

Prof. Dr. Stefan Greß
Dekan des Fachbereichs Pflege & Gesundheit
Hochschule Fulda

AOK im Dialog
Stuttgart, Römerkastell
12.11.2012

„Integration von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – ein gangbarer Weg“

Vortrag auf der Veranstaltung zum Thema: „Der Krankenversicherungsmarkt der Zukunft“ der AOK Baden-Württemberg am 12. November 2012 in Stuttgart

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Dr. Herrmann,
sehr geehrter Herr Nesch,
sehr geehrter Herr Dick,
sehr geehrter Herr Grüner,
sehr geehrte Mitglieder des Podiums,
sehr verehrte Gäste,

ich bedanke mich herzlich für die Einladung zu diesem Vortrag und fühle mich insbesondere geehrt, dass der erste grüne Ministerpräsident des Landes Baden-Württemberg einer meiner Vorgänger auf diesem Rednerpodium ist.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist keine gute Zeit für die private Krankenversicherung. Obwohl die konservativ-liberale Regierung dem Geschäftsmodell der PKV durchaus gewogen ist – und etwa die Wechselfrist für Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze wieder von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt hat – hat sich die öffentliche Wahrnehmung der PKV massiv verändert. Selten war die Presse für die PKV so schlecht wie im Jahr 2012.

Zum Jahreswechsel war wegen massiver Prämienanstiege von einer Flucht aus der privaten Krankenversicherung die Rede. Im Juni sprach der SPIEGEL dann wegen lückenhafter Tarife von einem „Tarifschwindel“ in der PKV. Die Süddeutsche Zeitung beschwor in einem längeren Artikel sogar den „Untergang“ der PKV herauf und verglich den Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung mit einer Passage auf dem Oberdeck der Titanic.

Derartige Untergangsszenarien mögen übertrieben sein, haben aber einen realen Hintergrund. Die Ausgaben in der PKV steigen regelmäßig stärker an als in der GKV – obwohl die Versichertenklientel im Durchschnitt gesünder ist. Damit steigen auch die Prämien – vor allem für ältere Versicherte, die wiederum keinerlei Rückkehroption in die GKV haben. Viele Tarife in der PKV haben außerdem beträchtliche Leistungslücken – beispielsweise für bestimmte teure Hilfsmittel und psychiatrische Behandlungen.

Mit anderen Worten treten die Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung deutlicher zu Tage als in der Vergangenheit – oder werden zumindest in der Öffentlichkeit deutlicher wahrgenommen. Die Existenz der PKV wird damit nicht nur von den Protagonisten einer Bürgerversicherung bedroht, die ein Versicherungssystem mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen fordern – sondern auch von innen heraus.

In diesem Vortrag möchte ich zwei Dinge tun. Erstens werde ich die Schwachstellen des Geschäftsmodells der PKV – die letztlich den oben beschriebenen Implosionstendenzen zugrunde liegen – genauer herausarbeiten. Zweitens werde ich Wege zu einem integrierten Krankenversicherungssystem mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen skizzieren.

Das duale System des Nebeneinanders von PKV und GKV ist mit Ausnahme der USA im internationalen Vergleich entwickelter Industrieländer einzigartig. Zuletzt ha-

ben im Jahr 2006 auch die Niederlande beide Krankenversicherungssysteme integriert. Dies geschah aus gutem Grund – schließlich bringt das Nebeneinander von sozialer Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung eine Reihe von gravierenden Problemen mit sich.

Diese Probleme resultieren in Deutschland daraus, dass für beide Systeme unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten – insbesondere im Hinblick auf die Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und die Vergütung der Leistungserbringer. Die privaten Krankenversicherer kalkulieren im Gegensatz zur GKV Prämien auf der Grundlage des gesundheitlichen Risikos und unabhängig vom Einkommen. Attraktiv ist der Wechsel in die PKV daher vor allem für gesunde Singles mit hohem Einkommen.

Die vorhandene Empirie zeigt dann auch eindeutig, dass Versicherte in der PKV insgesamt auch bei Berücksichtigung von Selbständigen und Beamten ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als in der GKV und im Durchschnitt deutlich gesünder sind. Die Funktionsfähigkeit von Einkommens- und Risikosolidarität in der GKV wird nachhaltig gestört, wenn Personen mit hohem Einkommen und Gesunde sich diesen Umverteilungsmechanismen entziehen können.

Ein zweiter zentraler Unterschied zwischen PKV und GKV besteht in unterschiedlichen Vergütungsstrukturen. Dies gilt insbesondere – aber nicht nur – für die ambulante ärztliche Versorgung. Diese unterschiedlichen finanziellen Anreize für Leistungsanbieter führen dazu, dass privat versicherte Patientinnen und Patienten bevorzugt behandelt werden.

GKV-Versicherte führen im Vergleich zu PKV-Versicherten kürzere Gespräche mit ihrem Arzt, fühlen sich schlechter beraten und weniger an Entscheidungsprozessen beteiligt. Bessere Zugänge in Form von kürzeren Wartezeiten für privat versicherte Personen sind in der Empirie hinreichend robust dokumentiert. Die bevorzugte Be-

handlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten ist inzwischen auch in der stationären Versorgung belegt.

Diese eher traditionelle Kritik am Geschäftsmodell der PKV von außen wird durch die schon angedeuteten Implosionstendenzen von innen verschärft. Das Ausgabenwachstum der privaten Krankenversicherung liegt kontinuierlich deutlich über den vergleichbaren Steigerungsraten der gesetzlichen Krankenversicherung. Selbstverständlich geben die Versicherungsunternehmen diese Ausgabensteigerungen in Form von steigenden Prämien an ihre Versicherten weiter. Betroffen sind in erster Linie ältere Versicherte ohne Rückkehroption in die GKV.

Diese Unterschiede in der Ausgabendynamik sind in erster Linie auf Schwächen im Steuerungsinstrumentarium der privaten Krankenversicherung zurückzuführen. Die Unterschiede im Vergütungssystem führen nicht nur zur Differenzierung der Versorgung in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus. Sie führen auch zu einem starken Ausgabenwachstum in der PKV. Die Gebührenordnung für Ärzte – ökonomisch gesehen eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung – schafft erhebliche Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage, ohne dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen diesen Anreizen – entweder einzeln oder branchenweit – etwas entgegensetzen könnten. Die Diskussion um die Einführung einer Öffnungsklausel im Rahmen der Neufassung der GOÄ zeigt, dass dieses Problem den privaten Krankenversicherungsunternehmen bewusst ist.

Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung ist stark darauf ausgerichtet, dass die Steuerung – über entsprechende finanzielle Anreize in den Versicherungsverträgen – durch die Versicherten erfolgt. Durch die Anwendung des Kostenerstattungsprinzips sollen gleichzeitig die Transparenz für die Versicherten erhöht, Abrechnungsbetrug verhindert, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten reduziert und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die gestärkte Rolle des Patienten

ten verbessert werden. Außerdem sollen Selbstbeteiligungen Anreize zur Überinanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen einschränken. Dieses Instrumentarium auf der Nachfrageseite ist allerdings nur sehr eingeschränkt dazu in der Lage, die gesundheitliche Versorgung wirkungsvoll zu steuern. Dies kann nur über die Steuerung des Angebots erfolgen – hier ist der Instrumentenkasten der PKV jedoch leer. Vor dem Hintergrund des weiterhin ansteigenden Prämiendrucks in der privaten Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) einen Versuch unternommen, die PKV zu entlasten. Im AMNOG ist geregelt, dass pharmazeutische Unternehmen seit 2011 die gesetzlichen Rabatte für Arzneimittelrabatte nicht mehr nur an die gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch an die privaten Krankenversicherungsunternehmen entrichten müssen. Das gilt insbesondere für den erhöhten Herstellerrabatt für patentgeschützte Medikamente ohne Festbetrag. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden hierdurch genauso entlastet wie die Bundesländer.

Im Umkehrschluss haben die pharmazeutischen Hersteller Umsatzaufschläge als Folge dieser gesetzlichen Neuregelung. Insofern überrascht es nicht, dass die pharmazeutischen Hersteller die Entlastung für die privaten Krankenversicherer als Systembruch ablehnen. Die Arzneimittelhersteller halten den Rabatt an die privaten Krankenversicherer für verfassungsrechtlich bedenklich, weil der Gesetzgeber eine Branche nicht zwingen könne, eine andere Branche zu subventionieren. Diese Rechtsauffassung ist zumindest nicht ganz von der Hand zu weisen.

Die privaten Krankenversicherer befinden sich damit in einer Zwickmühle. Die traditionelle Geschäftsgrundlage der PKV – Risikoauslese und bevorzugte Behandlung – befindet sich schon seit Jahren im Zentrum gesellschaftlicher Kritik. Bisher hat es die gut organisierte politische Lobby der privaten Krankenversicherung zwar verstanden,

politische Forderungen nach einer einheitlichen Wettbewerbsordnung – etwa im Rahmen einer Bürgerversicherung – abzuwehren. Ein Regierungswechsel nach der Bundestagswahl im September 2013 könnte diesen politischen Druck jedoch wieder verstärken – zumal auch in der CDU der Rückhalt für das derzeitige Geschäftsmodell der PKV schwindet.

Der galoppierende Ausgaben- und Prämienanstieg in der privaten Krankenversicherung macht darüber hinaus die systematischen Schwächen des Geschäftsmodells der PKV sichtbar. Auf der Nachfrageseite ist eine ausgabensenkende und effizienzsteigernde Steuerung durch Kostenerstattungsprinzip und Selbstbeteiligungen zum Scheitern verurteilt. Auf der Angebotsseite verfügen die privaten Krankenversicherer insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung über keinerlei Steuerungsinstrumente.

Forderungen nach Ausstattung der PKV mit solchen Instrumenten sind auch aus Sicht der privaten Krankenversicherer als ambivalent zu bewerten. Einerseits könnte die PKV dann unter Umständen das Ausgabenwachstum bremsen – andererseits würde ein solcher Schritt eine weitere Annäherung an die gesetzlichen Krankenkassen bedeuten und die Attraktivität für potenzielle Neuversicherte verringern.

So kommt derzeit die größte Gefahr für die Existenz der privaten Krankenvollversicherung aus meiner Sicht nicht von außen, sondern von innen. Die privaten Krankenversicherer können für potenzielle Neuversicherte nur deswegen attraktive Einstiegsprämien anbieten, weil sie steigende Leistungsausgaben, eine erhöhte Lebenserwartung und sinkende Zinsen auf dem Kapitalmarkt nicht einkalkulieren. In der Konsequenz werden die dann im privaten Krankenversicherungssystem gefangenen Versicherten mit permanenten Prämienanpassungen nach oben konfrontiert.

Hohe Prämiensteigerungen insbesondere für ältere Versicherte und Lücken im Leistungskatalog stellen daher inzwischen die Attraktivität des Geschäftsmodells der PKV

öffentlichkeitswirksam in Frage. Die von der privaten Krankenversicherungsindustrie immer wieder als stabilisierendes Element angepriesene Kapitaldeckung kann diese Schwächen nicht kompensieren. Die Turbulenzen der letzten Jahre auf den Kapitalmärkten sorgen vielmehr dafür, dass auch die privaten Krankenversicherer auch auf der Einnahmeseite weniger Spielräume haben.

Die Kombination von politischem Druck von außen und durch Schwächen im Geschäftsmodell bedingten ökonomischem Druck von innen wird daher über kurz oder lang zu einem integrierten Krankenversicherungssystem mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen führen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

der Titel meines Vortrags lautet „Integration von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – ein gangbarer Weg“. Tatsächlich ist dieser Titel nicht ganz präzise, denn es gibt mehrere Wege zu diesem Ziel. Diese Wege haben aber unterschiedliche ökonomische, politische und juristische Implikationen – diese möchte ich Ihnen abschließend darstellen.

Der erste Weg zu einem integrierten Krankenversicherungssystem wäre eine rigide Stichtagslösung. Ähnlich wie in den Niederlanden müssten sich alle Versicherten zu einem bestimmten Stichtag bei einem Krankenversicherer ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern. Ökonomisch hätte dieser Weg mehrere Vorteile. Erstens entfielen eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der Marktakteure. Zweitens würden die vorhin angesprochenen ökonomischen Anreize zur Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten auf einen Schlag verschwinden. Gleiches gilt für die negative Risikoauslese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ich warne jedoch davor, von einem Übergang in ein integriertes Krankenversicherungssystem sofort nachhaltige finanzielle Entlastungen für die jetzigen gesetzlichen Krankenkassen zu erwarten. Schließlich würde ein solcher Übergang auch bedeuten, dass die Vergütungssysteme – insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung angepasst werden - müssten. Diese müsste für die Ärzteschaft insgesamt zumindest einkommensneutral sein.

Damit komme ich zu den politischen Implikationen einer Stichtagslösung. Eine politische Mehrheit hierfür wäre aus meiner Sicht allenfalls mit einer rot-grünen Mehrheit in Bundestag und Bundesrat zu erkennen. (Im Gegensatz zu Baden-Württemberg ist

auf Bundesebene noch nicht mit einer grün-roten Mehrheit zu rechnen). Ein entsprechender Regierungswechsel auf Bundesebene ist im Moment mehr als ungewiss. Außerdem müsste eine solche Mehrheit auch den Widerstand nicht nur der privaten Krankenversicherer, sondern auch der organisierten Ärzteschaft überwinden. Völlig unabsehbar ist aus meiner Sicht auch das Verhalten der Bundesländer, die über die Beihilfe eng mit dem System der privaten Krankenversicherung verbandelt sind. Diese Überwindung politischen Widerstands ist natürlich nicht unmöglich – wäre aber mit Kosten verbunden – politisch und ökonomisch.

Juristisch ist eine Stichtagslösung verfassungsrechtlich zumindest problematisch. Natürlich sind die Stellungnahmen der einschlägigen Verfassungsrechtler zu dieser Thematik höchst unterschiedlich und immer auch vom jeweiligen Auftraggeber des Gutachtens abhängig. Es zeichnet sich jedoch nach meiner Wahrnehmung eine Tendenz ab, dass der Gesetzgeber mit einer Stichtagslösung seine auch vom Bundesverfassungsgericht garantierte Regelungskompetenz in sozialpolitischen Fragen überreizen würde. Entsprechende Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht – die sicher bei jeder der hier vorgestellten Varianten zu erwarten wären – wären nicht ohne Erfolgsaussichten.

Der zweite Weg ist aus meiner Sicht die „St. Nimmerleinstag“-Variante. Diese Option würde ebenfalls zu einem festzulegenden Stichtag den Zugang zur privaten Vollversicherung – so wie wir sie heute kennen – versperren. Nach diesem Stichtag müssten sich alle bisher nicht privat Versicherten – Selbständige, Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Beamte zukünftig in dem integrierten Krankenversicherungssystem versichern.

Ökonomisch hätte dieser Weg den entscheidenden Nachteil, dass über längere Zeit – wahrscheinlich mehrere Jahrzehnte - das Nebeneinander der zwei Krankenversicherungssysteme bestehen bleiben würde. Dementsprechend würde es auch lange

Zeit dauern, bis die Nachteile dieser Dualität verschwinden würden. Die Dauer dieser Übergangsphase würde entscheidend davon abhängen, wie solide die Tarife der privaten Krankenversicherer kalkuliert sind. Theoretisch müssten die Tarife schließlich so kalkuliert sein, dass die privaten Krankenversicherer nicht auf den Zufluss neuer Versicherter angewiesen sind. Es gibt aber zumindest Hinweise darauf, dass dies nur bei einem Teil der privaten Krankenversicherer auch so ist. Kurz gesagt: Je unsolider die Tarife tatsächlich kalkuliert sind – desto kürzer die Übergangsphase. Über kurz oder lang wäre der Gesetzgeber dann gezwungen, zur ersten Variante einer Stichtagslösung greifen.

Politisch unterscheidet sich diese Variante nicht grundsätzlich vom ersten Weg. Vielleicht wäre jedoch zumindest die CDU für eine solche Variante zu gewinnen – erste Signale gab es in der jüngeren Vergangenheit. Allerdings wissen wir, dass lange Übergangsfristen grundsätzlich das Problem der Umkehrbarkeit von Reformmaßnahmen aufwerfen – insbesondere dann, wenn sich neue politische Mehrheiten ergeben. Der Erfolg von Obamas Reform der Krankenversicherung in den USA war entscheidend von seiner Wiederwahl abhängig. Ein republikanischer Präsident hätte unter erheblichem politischen Druck von seiner Basis gestanden, insbesondere das Kernstück der Reform – die erst ab 2014 geltende Versicherungspflicht – wieder rückgängig zu machen.

Verfassungsrechtlich ist eine lange Übergangsfrist meiner Wahrnehmung nach deutlich unproblematischer als die Stichtagslösung. Die bestehenden Versicherungsverhältnisse werden zunächst nicht angetastet. Die eventuelle entstehende Notwendigkeit zur Intervention des Gesetzgebers zur Schließung unsolider finanzierter Tarife lässt sich aus meiner Sicht mit der vom Bundesverfassungsgericht garantierten Regelungskompetenz begründen.

Letztlich bleibt noch der aus meiner Sicht am besten gangbare Weg, der die eben angesprochene Übergangslösung mit einem zeitlich befristeten Wahlrecht der privaten Bestandsversicherten kombiniert. Diese hätten dann die Möglichkeit, in einem Übergangszeitraum von maximal einem Jahr in das neue integrierte System zu wechseln. Ich bin mir sicher, dass ein erheblicher Anteil der Privatversicherten diese Möglichkeit wahrnehmen würde. Die Übergangsfrist mit den damit verbundenen – ökonomischen und politischen – Problemen würde sich massiv verkürzen. Eine solche Wahlmöglichkeit ist aber ökonomisch betrachtet auch nicht ohne Risiken. Es besteht die Gefahr, dass insbesondere die schlechten Risiken aus der PKV in das integrierte System wechseln und die guten Risiken in der traditionellen Privatversicherung verbleiben – und sich die Risikoentmischung zwischen den beiden Systemen kurzfristig sogar noch verschärft. Ohne Zweifel wäre dieser Weg damit nur eine „Second-Best“ Variante. Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Problematik einer rigiden Stichtagsregelung halte ich diesen Weg dennoch für den, den die Politik gehen sollte.

Damit danke ich Ihnen ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich sehr auf die Diskussion.