Gerecht, effizient und nachhaltig

Zehn-Punkte-Plan
zur integrierten Krankenversicherung

verbraucherzentrale
Bundesverband

BertelsmannStiftung

Gerecht, effizient und nachhaltig

Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung

Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband sprechen sich für eine integrierte Krankenversicherung aus, die hinsichtlich ihrer Leistungen und Finanzierung folgende Anforderungen erfüllen sollte:

- Gewährleistung eines vom eigenen Beitrag und Einkommen unabhängigen bedarfsbezogenen Leistungsanspruchs auf dem Niveau der jetzigen GKV, der an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Versorgungsforschung angepasst wird,

- Kontrahierungszwang für Krankenversicherungen und freies Wahlrecht der Versicherten,

- Ausrichtung der Beiträge und Einnahmen nicht am individuellen Risiko, sondern an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger sowie

- Ausbau des Steuerzuschusses in die Krankenversicherung zu einer eigenen gleichgewichtigen Finanzierungssäule, der in Form eines regelbasierten, an der Einnahmeentwicklung orientierten Bundesbeitrages gesetzlich abzusichern wäre, um für eine gerechtere Lastenverteilung und eine nachhaltigere Finanzierung der Krankenversicherung zu sorgen.

Zur Verwirklichung dieses Ziels sind einige offene Fragen zu klären. Zugleich müssen die beiden Versicherungssysteme und das Gesundheitswesen insgesamt schrittweise auf eine integrierte Krankenversicherung vorbereitet werden. Im Folgenden werden diese Punkte kurz beschrieben und in eine logische Abfolge gebracht. Dieser Zehn-Punkte-Plan beschreibt somit die Meilensteine auf dem Weg zur Systemintegration in der Krankenversicherung und die im Vorfeld zu klärenden Schlüsselfragen. Er setzt voraus, dass in der nächsten Legislaturperiode die politische Grundsatzentscheidung für eine Integration von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) fällt. Die Überführung zweier Systeme – Umlage und Kapitaldeckung – in eine integrierte Krankenversicherung ist keineswegs trivial. Aber die dabei unweigerlich auftauchenden Probleme sind lösbar. Eine integrierte Krankenversicherung steht nicht im Widerspruch zum Grundgesetz, denn die Sozialversicherung, also auch die Kranken- und Pflegeversicherung, befinden sich mitten im Gestaltungsraum der Politik. Die Gesundheitspolitik ist damit aufgefordert, eine möglichst klare Grundsatzentscheidung über das Gesundheitssystem der Zukunft zu treffen und den Weg dahin so konsistent wir möglich zu gestalten.

Im Überblick: Klärung von Schlüsselfragen

1. **Systemintegration auch in der Pflegeversicherung –** Soll im Zuge der Zusammenführung von GKV und PKV ein analoger Prozess auch in der Pflegeversicherung initiiert werden?
   Wie verfährt man hier mit der Alterungsrückstellung?
2. **Integrationsprinzipen: Konvergenz, Angebotssepa-ration oder Kombination von beidem –** Werden die Geschäftsfelder zwischen GKV und PKV aufgetrennt oder nähern sich die Versicherungsanbieter im Angebot an?
3. **Verfassungskonforme Integration der Alterungsrück-stellungen aus privater Krankenversicherung –** Wie lassen sich Rückstellungen aus dem Kapitalstock der PKV individuell oder kohortenbezogen in den Gesundheitsfonds übertragen, um ihre ursprüngliche Zweckbestimmung erfüllen zu können?
4. **Rechtsform der Krankenversicherungen und der entsprechenden Wettbewerbsordnung –** Handeln die Krankenversicherungsträger künftig als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Wie ist der Wettbewerb innerhalb der Krankenversicherung zu regeln?

Im Überblick: Reformschritte

5. **Konvergenz der Vergütungssysteme von GKV und PKV –** Angleichung der ärztlichen Vergütung unabhängig davon, wer die Leistung bezahlt. GKV- und PKV-Vergütung werden auf Systemebene aufkommensneutral integriert.
6. **Schaffung eines tragfähigen Beamten- und Selbstän-digentarifs in der GKV –** Einrichtung eines beihilfefähigen Beamtentarifs und Absenkung des so genannten Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbständige.
7. **Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Neu-versicherte und Einführung der Versicherungspflicht für Selbständige und Beamte –** Ein Wechsel in die PKV ist dann nicht mehr möglich. Schaffung analoger Regelungen für Bundes- und Landesbeamte.
8. **Eintritt privater Krankenversicherungen in den integrierten Krankenversicherungsmarkt –** Schaffung eines PKV-Tarif, dessen Beitrag nach Einkommen gestaffelt ist und nicht nach individuellem Risiko; der Leistungsrahmen entspricht dem der GKV.
9. **Wechselrecht der PKV-Versicherten in die integrierte Krankenversicherung und Ausbau der Portabilität der Alterungsrückstellungen –** Eröffnung einer (zeitlich befristeten) Übertrittsoption von der PKV in die Integrierte Krankenversicherung, sofern die Alterungsrückstellung individuell portabel gemacht wurde.
10. **Regelung für in der privaten Krankenvollversicherung verbliebene Versicherte –** Erleichterung von Fusionen privater Versicherungsgesellschaften und Schaffung einer Auffanggesellschaft für nicht mehr leistungsfähige Unternehmen, deren Versicherte in die integrierte Krankenversicherung wechseln können.

1 Klärung zur Systemintegration in der Pflegeversicherung

Parallel zur Systemintegration in der Krankenversicherung ist zu klären, ob und wie ein analoger Prozess für die Pflegeversicherung in Gang gebracht werden muss. Da es sich hier um einen vergleichsweise jungen Versicherungszweig handelt, der zudem für beide Segmente (gesetzliche und private Pflegeversicherung) einen einheitlichen Leistungsrahmen bereits vorschreibt und ebenfalls hohe privat finanzierte Leistungsanteile enthält, sollte die Angleichung der Systeme hier einfacher zu bewerkstelligen sein. Es empfiehlt sich, mit der Integration der Kranken- auch eine Konvergenz der Pflegeversicherung zu vollziehen. Allerdings lassen sich damit die Herausforderungen für die Versorgung in der Pflege allein nicht bewältigen. Daher wäre für diesen Bereich die Einrichtung eines kollektiven Kapitalstocks nach skandinavischem Modell zu prüfen. Ob und inwieweit hierfür die Alterungsrückstellungen der privaten Pflegeversicherung mit genutzt werden können, wäre ebenfalls zu klären.

2 Klärung der Integrationsprinzipen: Konvergenz, Angebotsseparation oder Kombination von beidem

Auf dem Weg zu einer Integration der Krankenversicherung bleiben zwei grundlegend verschiedene Wege der Systemreform: die schrittweise Angleichung beider Versicherungszweige in einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt bei weitgehend homogener Leistung (Konvergenz) oder die Verschiebung der Trennlinie zwischen GKV und PKV gerade auf den Leistungsbereich, d.h. strikte Trennung der Geschäftsfelder Krankenvoll- und Zusatzversicherung bei freiem Zugang der Versicherten (Angebots-separation). Denkbar und wahrscheinlich ist, dass für die unterschiedlichen privaten Krankenversicherungsunternehmen beide Modelle differenziert zur Anwendung kommen. So würden sich die gewinnorientierten, konzernabhängigen Versicherungsgesellschaften, die in der Regel in der Rechtsform der Aktiengesellschaft betrieben werden, auf die Zusatzversicherungen konzentrieren, während die monothematischen Unternehmen und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit schrittweise in die integrierte Krankenversicherung einbezogen würden.

3 Klärung der verfassungskonformen Integration der Alterungsrückstellungen aus privater Krankenversicherung

Mit Eintritt in die integrierte Krankenversicherung würden die ehemals privat Versicherten am Umlagesystem beteiligt, so dass sich diese Risiken auf die Versichertenallgemeinheit verlagern. Daher muss im Zuge einer Integration der Krankenversicherung juristisch und politisch geklärt werden, auf welcher verfassungs- und versicherungsrechtlichen Grundlage sich die in der privaten Vollversicherung angesammelten Alterungsrückstellungen einbeziehen lassen, nicht allein um die Beitragszahler zu entlasten, sondern um diese Rückstellungen, die weder den einzelnen Versicherten noch den Versicherungsunternehmen gehören, ihrem eigentlichen Zweck zuzuführen. Da die vormals privat Versicherten, die als GKV-Mitglieder nunmehr in den Generationenausgleich einbezogen werden, auf diese Rückstellung nicht mehr angewiesen sind, das umlagegetragene Krankenversicherungssystem jedoch deren Leistungsrisiken übernimmt, lässt sich ein Anspruch begründen, einen dem allgemeinen Krankenversicherungsschutz entsprechenden Anteil der Alterungsrückstellungen in den systeminternen Risikoausgleich, d.h. in den Gesundheitsfonds, einfließen zu lassen. Aus der Logik des bestehenden Systems heraus wäre die sinnvollste Lösung, die Rückstellungsmittel der Jahrgänge oder Versichertenkohorten, die das Rentenalter erreichen, schrittweise dem Gesundheitsfonds zu übertragen, um damit den Risikostrukturausgleich für diese Generation zu finanzieren. Allerdings sind auch andere verfassungskonforme Wege der Überführung denkbar. Dabei ist zu beachten, dass aus den Übergangsregelungen keine neuen verfassungsrechtlichen Ansprüche hervorgehen.

4 Klärung der Rechtsform der Krankenversicherungen und der entsprechenden Wettbewerbsordnung

Mit der Entscheidung für die innere und äußere Verfassung der Krankenversicherungsträger wird eine wichtige Weiche für die Gestaltung des Handlungsrahmens und der Wettbewerbsregeln innerhalb der Krankenversicherung gestellt. Weitgehend unstrittig dürfte sein, dass die Bereiche, die gemeinsam und einheitlich vereinbart werden (Kollektivvertrag), durch dazu legitimierte Körperschaften des öffentlichen Rechts verhandelt und geregelt werden sollten. Während also der körperschaftliche Status der Verbände auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite klar ist, müssen deren Mitglieder auf Kassenseite keineswegs auch selbst Körperschaften des öffentlichen Rechts sein. Insbesondere im Zuge der Integration von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen wird zu klären sein, welche Organisation- und Rechtsform den Regeln einer solidarischen Wettbewerbsordnung und den Anforderungen an eine demokratische Repräsentation der Versicherten am ehesten entspricht. In der Folge der Grundsatzentscheidung, ob künftig alle Krankenversicherungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit weiterbestehen sollen, ergeben sich entsprechende Konsequenzen für die Gestaltung des Wettbewerbsrahmens, wie z.B. die Verortung und Ausstattung der Aufsichtsorgane. Dabei wäre auch zu klären, ob eine sinnvollere Arbeitsteilung zwischen Aufsichtsbehörden auf Bundes- und Landesebene etabliert werden kann, indem die Finanzaufsicht zentral für alle Krankenversicherungsträger auf Bundesebene, die Vertrags- und Versorgungsaufsicht jedoch ebenfalls für alle auf Landesebene verortet wird. Schließlich ist das Verhältnis von Gesundheits- und Sozialrecht zum Wettbewerbs- und Kartellrecht effektiv und möglichst unbürokratisch zu gestalten, so dass der Wettbewerb der Anbieter sich gut entfalten kann, ohne jedoch die im Rahmen einer Sozialversicherung notwendigen Felder für Kooperationen einzuschränken.

5 Konvergenz der Vergütungssysteme von GKV und PKV

Die Vergütungsunterschiede zwischen GKV und PKV in Struktur und Höhe bewirken Fehlanreize sowohl bei der Leistungserbringung (insbesondere diagnostische Überversorgung von privat Versicherten) als auch beim Zugang zu Leistungen bis hin zur Wahl des Niederlassungsortes. Die Angleichung der Vergütungssysteme verfolgt daher unabhängig von der Systemintegration zunächst das Ziel, diese Anreize für Fehlversorgung zu beseitigen, indem der allgemeine Krankenversicherungsstatus des Patienten künftig für Ärzte oder Krankenhäuser keinen finanziellen Unterschied mehr darstellt. Zugelassene Leistungserbringer wären somit verpflichtet, ihre Dienste nach den für alle verbindlichen Regeln einer einheitlichen Gebührenordnung abzurechnen, und zwar unabhängig davon, ob die Leistung von der GKV, durch eine private Krankenvoll- bzw. Zusatzversicherung erstattet oder aus eigener Tasche bezahlt wird. Um Ärzte und Krankenhäuser bezogen auf den Status Quo nicht schlechter zu stellen, soll die Angleichung der Vergütungssysteme auf der Systemebene aufkommensneutral erfolgen.

6 Schaffung eines tragfähigen Beamten- und Selbständigentarifs in der GKV

Derzeit ist eine Mitgliedschaft in der GKV weder für Beamte noch für viele Selbständige attraktiv. Beamte verlieren ihre Beihilfeansprüche, weil es keinen entsprechenden Teilkostentarif in der GKV gibt. Beide Gruppen müssen zudem sowohl den Arbeitnehmer- wie Arbeitgeberanteil aus ihren Einkünften bestreiten. Der Beitrag für freiwillig versicherte Selbständige liegt je nach Einkommenshöhe bei bis zu 650,- Euro pro Monat, lässt sich aber grundsätzlich, außer in Härtefällen, auch bei niedrigeren Einkünften kaum unter 350,- Euro senken. Daher liegt die Beitragsbelastung, insbesondere bei Selbständigen mit geringeren Einkünften, oftmals deutlich über dem allgemeinen Beitragssatz von derzeit 15,5 Prozent. Um als System für alle gelten zu können, muss eine integrierte Krankenversicherung für diese Personengruppen attraktivere Mitgliedschaftsoptionen eröffnen. Dazu gehört die Schaffung eines beihilfefähigen Beamtentarifs ebenso wie die Anpassung des so genannten Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbständige. Zur Debatte stehen u. a. die völlige Aufhebung einer Einkommensuntergrenze bei der Beitragsberechnung oder ihre Absenkung auf die Geringfügigkeitsschwelle (450,- Euro).

7 Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Neuversicherte und Einführung der Versicherungspflicht für Selbständige und Beamte

Die Zugangshürden zur PKV sind derzeit doppelter Natur: Neben der absoluten Einkommensgrenze, ab der die Versicherungspflicht endet (derzeit jährlich 52.200,00 bzw. monatlich 4.350,00 Euro), sind bestimmte Berufsgruppen, z. B. Selbstständige und Beamte, unabhängig von ihrem Einkommen davon ausgenommen. Ein nächster Schritt zur Integration besteht darin, die Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer aufzuheben, so dass künftig ein Wechsel in die PKV nicht mehr möglich ist. Damit wäre der Neueintritt von Versicherten in die PKV für die Zukunft gestoppt – bestehende Verträge wären davon allerdings nicht betroffen. Zusätzlich würde die Versicherungspflicht auf Selbständige ausgeweitet. Eine analoge Regelung für Beamte lässt sich auf Bundesebene nur für Bundesbedienstete festschreiben. Auf Landesebene wäre parallel eine abgestimmte einheitlich Regelung umzusetzen, so dass schrittweise alle Berufsgruppen in die integrierte Krankenversicherung einbezogen würden.

8 Eintritt privater Krankenversicherungen in den integrierten Krankenversicherungsmarkt

Die privaten Krankenversicherungen, die das wollen, können ihr Angebot zu einem bedarfs- und einkommensbezogenen Tarif nach dem Modell der integrierten Krankenversicherung umgestalten. Dies bietet sich insbesondere für die Unternehmen an, die bereits der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Merkmale aufweisen (z.B. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit).

Versicherte, die sich für einen solchen Tarif entscheiden, zahlen ihren Beitrag hier nach Einkommen gestaffelt und nicht nach individuellem Risiko; der Leistungsrahmen entspricht dem der GKV. So ließe sich ein fließender Übergang in die integrierte Krankenversicherung organisieren. Versicherte aus diesen Tarifen hätten nach einer gewissen gesetzlich festgelegten Übergangsfrist auch das Recht, zu einer gesetzlichen Krankenkasse zu wechseln.

9 Wechselrecht der PKV-Versicherten in die integrierte Krankenversicherung und Ausbau der Portabilität der Alterungsrückstellungen

Auf der Basis der bereits skizzierten Maßnahmen wäre eine Lockerung des Rückkehrverbots in die GKV unter bestimmten Umständen möglich. Ob ein solches Wechselrecht zeitlich befristet gewährt oder auf Dauer eröffnet wird, wäre mit Blick auf die zu erwartende Wechselbereitschaft zu klären. Damit könnte erstmals eine signifikante Wechselbewegung aus der PKV in die GKV ausgelöst und ein Wettbewerb aller Systemteilnehmer in Gang gebracht werden. Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass die bisher privat Versicherten einen der Krankenvollversicherung entsprechenden Anteil ihrer Alterungsrückstellung in das gesetzlich geregelte System des Risikoausgleichs einbringen, also in den Gesundheitsfonds transferieren können. Dieser Mitnahmeanteil läge oberhalb des derzeit innerhalb der PKV portablen Teils der individuellen Alterungsrückstellung.

10 Regelung für in der privaten Krankenvollversicherung verbliebene Versicherte

Der versiegende Zugang von Neu- und der zu erwartende Abgang von Bestandsversicherten können für diejenigen, die in der PKV verbleiben, auf längere Sicht zu erheblichen Problemen führen. Die Reduzierung der Versichertenkohorten erschwert die für jede erfolgreiche Versicherung notwendige Risikomischung. Flankierend zu den beschriebenen Maßnahmen zur Systemintegration wären die Bedingungen für Fusionen privater Versicherungsgesellschaften zu verbessern, um das Versorgungsversprechen für die verbliebenen Versicherten aufrechterhalten zu können. Darüber hinaus müsste gesetzgeberisch geregelt werden, wie Versicherte, deren Versicherungsunternehmen nicht mehr leistungsfähig ist, ihrer Krankenversicherungspflicht nachkommen können. Über eine Auffanggesellschaft wäre diesen Versicherten der Weg in die integrierte Krankenversicherung zu eröffnen.

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81139
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

verbraucherzentrale
Bundesverband

BertelsmannStiftung