

INTERVIEW



„Privatversicherte brauchen mehr Wahlfreiheit“

Weniger Unterschiede bei Arztterminen, eine bessere Verteilung niedergelassener Mediziner, mehr Wahlmöglichkeiten für Versicherte: Für Professor **Thorsten Kingreen** bietet ein gemeinsamer Markt von privater und gesetzlicher Krankenversicherung viele Vorteile. Und ist verfassungsrechtlich möglich.

Herr Professor Kingreen, wenn der Gesetzgeber es wollte: Darf er – rein verfassungsrechtlich – die private und die gesetzliche Krankenversicherung abschaffen und durch ein völlig neues System der Gesundheitsversorgung ersetzen?

Thorsten Kingreen: Das darf der Gesetzgeber selbstverständlich. Das Sozialstaatsprinzip verpflichtet ihn zwar, eine sozial ausgleichende und leistungsfähige Absicherung gegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu schaffen, zu der jeder Bürger Zugang haben muss. Wie er das organisiert, bleibt aber dem Gesetzgeber überlassen. Steuern, Prämien oder Beiträge, privat oder öffentlich-rechtlich – im Grundsatz ist alles möglich, wobei ich das Sozialversicherungssystem für das politisch und praktisch überlegene halte. Wer sagt, der Gesetzgeber habe bei der Ausgestaltung des Gesundheitswesens nur geringen Spielraum, vertritt meistens Interessen.

Vertreter der privaten Krankenversicherung (PKV) verweisen darauf, dass Eingriffe in die Privatassekuranz mit dem Grundgesetz nicht vereinbar seien. Was meinen Sie?

Kingreen: Noch einmal: Das Bundesverfassungsgericht hat mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung immer wieder den sehr weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers betont, zum Beispiel im Jahr 2009 in einer grundlegenden Entscheidung zum Wettbewerbsstärkungsgesetz, mit dem der Gesundheitsfonds und der einheitliche Beitragssatz eingeführt wurden. Der Gesetzgeber darf also das Krankenversicherungssystem grundsätzlich anders organisieren, indem er etwa nur noch privatrechtliche oder nur noch öffentlich-rechtliche Versicherer beziehungs-

weise Kassen zulässt. Er muss nur dafür Sorge tragen, dass alle bisherigen Krankenversicherer Zugang zu diesem neuen Markt bekommen. Es darf weder für die eine noch für die andere Seite Exklusivrechte geben.

Es gibt also gar keine Probleme?

Kingreen: Natürlich sind wichtige verfassungsrechtliche Fragen zu klären. Diese betreffen aber nicht das eigentliche Ziel einer Versicherung für alle Einwohner, sondern den Weg dorthin, also die Übergangsphase. So wäre es rechtlich problematisch, wenn man alle Privatversicherten in eine Einwohnerversicherung zwingen würde. Das Ganze muss ein Angebot sein, keine Pflicht. Wer privat versichert bleiben will, darf privat versichert bleiben. Wichtig ist auch, wie in der Übergangsphase mit den Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, den ärztlichen Honoraren und der Beihilfe für Beamte umgegangen wird. Werden hier Fragen des Vertrauensschutzes beachtet, steht das Grundgesetz nicht im Weg.

Sie plädieren für eine „monistische Einwohnerversicherung“, also einen gemeinsamen Markt von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Was stört Sie am heutigen System?

Kingreen: Derzeit haben zum Beispiel nur etwa fünf Prozent der Versicherten eine echte Wahlfreiheit zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Alle anderen sind mehr oder minder traditionell einem der beiden Systeme zugewiesen, etwa weil sie Beamte sind. Privatversicherte haben zudem nach Vertragsabschluss de facto keine Wahlfreiheit mehr, weil sie ihre angesparten Alterungsrückstellungen nicht mitnehmen können und ein neuer Vertrag bei einem anderen Versicherer dadurch zu kostspielig wird. Darüber hinaus gibt es unterschiedlich hohe Arzthonorare, was dazu führt, dass wir in Ballungsräumen mit vielen Privatversicherten zu viele Ärzte und in strukturschwachen Gebieten mit vielen gesetzlich Versicherten tendenziell zu wenig Ärzte haben. Hinzu kommen die unterschiedlichen Wartezeiten.

Welche Vorteile hätte demgegenüber eine Einwohnerversicherung?

Kingreen: Ich möchte positive Elemente aus beiden Versicherungszweigen verknüpfen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann etwa durch Verträge und andere Mechanismen Qualität, Menge und Preis der medizinischen Versorgung steuern. Die PKV braucht solche Kompetenzen eigentlich auch, müsste sie aber im heutigen System erst aufwendig aufbauen. Auf der anderen Seite erscheint mir eine kapitaldeckte Finanzierungssäule, wie sie die PKV praktiziert, angesichts des demografischen Wandels sinnvoll, wenn auch nur als Ergänzung zur Umlagefinanzierung, die sich in der GKV bewährt hat.

Und darüber hinaus?

Kingreen: Ein gemeinsamer Markt nach gleichen Spielregeln hat den Vorteil, dass der alte Vorwurf an die Adresse der Bürgerversicherung „Die PKV wird abgeschafft“ nicht verfängt: Alle Unternehmen, die es wollen, können zu gleichen Bedingungen um Versicherte im neuen gemeinsamen Markt der Einwohner-

versicherung – umlagefinanziert und ohne Risikoprüfung – werben. Für bisher Privatversicherte herrscht Bestandsschutz, sie dürfen in die Einwohnerversicherung wechseln, müssen aber nicht. Privatversicherte brauchen mehr Wahlfreiheit, die wir damit schaffen würden.

Sind nicht zumindest Beamte die Gelackmeierten? Sie bekommen keinen Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung und würden sich schlechter stellen.

Kingreen: Das bezweifle ich. Die Beihilfeberechtigung der Beamten ist verfassungsrechtlich nicht geschützt. Der Gesetzgeber darf das System der Beihilfe abschaffen, er muss den Beamten nur eine adäquate andere Absicherung für den Krankheitsfall anbieten. Man kann das System der Beihilfe wegen der zu erwartenden politischen Widerstände aber auch bestehen lassen und einen Teilkosten-Erstattungstarif in der Einwohnerversicherung einführen, wie es ihn heute schon in der GKV für die beamtenähnlichen Dienstleistungs-Angestellten der gesetzlichen Krankenkassen gibt. Warum eröffnet man diese Möglichkeit nicht allen Beamten und ihren Familien, die das wollen?

Niedergelassene Ärzte befürchten Honorarverluste, wenn die Privatversicherung wegfallen würde. Gehören die Mediziner zu den Verlierern Ihres Modells?

Kingreen: Um es klar zu sagen: Das Projekt der Einwohnerversicherung verträgt keine Trittbrettfahrer, die im Windschatten einer solchen Reform andere Interessen durchsetzen möchten wie zum Beispiel die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Es würde daher auch diskreditiert, wenn man versuchen würde, das Gesamtvolumen der Ärztehonorare aus GKV und PKV abzusenken. Es muss vielmehr darum gehen, die Gebührenordnungen sukzessive aneinander anzugleichen, um Steuerungsdefizite bei der Verteilung von Ärzten und ungleiche Wartezeiten nur aufgrund des Versicherungsstatus abzubauen.

Private und gesetzliche Krankenversicherung unterliegen unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Wer soll die Einhaltung der Spielregeln in einem gemeinsamen Markt überwachen, etwa wenn es um Verträge mit Ärzten und Kliniken geht?

Kingreen: Was die Aufsicht über die Krankenversicherungen als Unternehmen angeht, plädiere ich für eine Bundesgesundheitsagentur, die alle Kassen in dem neuen gemeinsamen Markt beaufsichtigt. Vorbild hierfür ist die Bundesnetzagentur, die etwa bei Energie und Telekommunikation faire Bedingungen für Verbraucher und Anbieter sicherstellen soll. Hinsichtlich der Versorgung vor Ort kann man an die bestehenden Strukturen mit Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhauspflanzen anknüpfen oder auch nicht. Die Frage, wie sich ambulante und stationäre Versorgung besser verzahnen lassen, wie Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern aussehen könnten, stellt sich heute schon und ist letztlich unabhängig vom Krankenversicherungsmarkt zu beantworten.

Und wer definiert den Umfang des Versicherungsschutzes? Der Gesetzgeber, der Gemeinsame Bundesausschuss oder kann sich das jeder Versicherte aussuchen?



„Wer sagt, der Gesetzgeber habe bei der Gestaltung des Gesundheitswesens nur geringen Spielraum, vertritt meistens Interessen.“



Kingreen: Die GKV ist bei der Definition dessen, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll ist, der PKV überlegen. Hier hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss bewährt, auch wenn er einer größeren demokratischen Legitimation bedarf. Die Privatversicherung hängt sich etwa bei der Qualitätssicherung, bei den Preisen für neue Arzneimittel und den Fallpauschalen im Krankenhaus an das gesetzliche System dran, ihr fehlt aber letztlich ein Gremium für die Feinsteuerung des Leistungskataloges. Dabei ist für Privatversicherte das Gleiche medizinisch notwendig wie für gesetzlich Versicherte: Oft warten Privatpatienten nur kürzer auf medizinisch Überflüssiges.

Grundlegende Veränderungen, wie Sie sie vorschlagen, sind politisch nur langfristig durchzusetzen. Was wäre ein erster Schritt, um die Grenze zwischen PKV und GKV durchlässiger zu machen, nicht zuletzt, um finanziell überforderten Privatversicherten zu helfen?

Kingreen: Ein erster Schritt könnte sein, die Alterungsrückstellungen in der PKV so auszugestalten, dass ein Versicherter sie mitnehmen kann. Privatversicherte, die in die GKV wechseln wollen, würden ihre Rückstellung gewissermaßen als Eintrittsgeld mitbringen, um zusätzliche Belastungen für die GKV abzumildern. Denn die Alterungsrückstellungen in der PKV haben exakt die gleiche Funktion wie die Umlagefinanzierung in der GKV: Beide begründen gleichermaßen eine Anwartschaft darauf, im Alter nicht wegen erhöhter Leistungsausgaben mit höheren Beiträgen belastet zu werden. Die mitgebrachten Rückstellungen sollten in ein Sondervermögen fließen, aus dem jährlich Zuweisungen an den Gesundheitsfonds erfolgen. Dann wäre dieser Zusatz-Topf vor Eingriffen des Gesetzgebers geschützt.

Und in der PKV? Bisher können Privatversicherte ihre bereits angesparten Alterungsrückstellungen nicht zu einem anderen Unternehmen mitnehmen, was einen Tarifwechsel teuer macht.

Kingreen: Juristisch müsste man nur das Versicherungsvertragsgesetz ändern. Versicherungsmathematisch lässt sich das Problem ebenfalls lösen, wie sogar ein Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes zeigt. Schon heute können Versicherte, die ihren

Vertrag nach dem 1. Juli 2009 abgeschlossen haben, beim Anbieterwechsel einen Teil der Rückstellungen mitnehmen. Dass eine vollständige Mitnahme nicht möglich ist und Altkunden dieses Recht überhaupt nicht haben, liegt am Widerstand der großen privaten Krankenversicherer. Die wollen keinen Wettbewerb um Bestandskunden, die Claims sind abgesteckt. Aber der politische Druck ist groß, dass sich hier etwas tut.

Stehen die Sterne nach der Bundestagswahl günstig für einen gemeinsamen Versicherungsmarkt oder sehen Sie eher schwarz?



„Oft warten Privatpatienten nur kürzer auf medizinisch Überflüssiges.“

Kingreen: Ich bin überzeugt, dass sich auch in der neuen Legislaturperiode gesetzliche und private Krankenversicherung weiter einander angleichen werden. Ein gemeinsamer Versicherungsmarkt wird aber vermutlich noch nicht in den nächsten vier Jahren kommen. Als Wissenschaftler bin ich aber immer optimistisch, dass sich gute Modelle auf Dauer durchsetzen. ■

Die Fragen stellte Hans-Bernhard Henkel-Hoving.

Zur Person

Thorsten Kingreen, 48, ist Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Universität Regensburg. Der gebürtige Bremer wächst im Ruhrgebiet auf und studiert nach dem Abitur Jura in Marburg und Genf. Nach Promotion und Habilitation in Münster lehrt er zunächst an der Universität Bielefeld, bevor er 2003 einen Ruf nach Regensburg erhält. Kingreen ist Herausgeber eines Standardkommentars zum Sozialgesetzbuch V und wurde mehrfach für sein Engagement in der akademischen Lehre ausgezeichnet. Der Vater von drei Kindern macht gerne Urlaub in Griechenland, ist begeisterter Läufer und Mitglied von Borussia Dortmund. Gemeinsam mit seinem Regensburger Kollegen **Prof. Dr. Jürgen Kühling** hat er im Auftrag der AOK Baden-Württemberg ein Gutachten zur „**Monistischen Krankenversicherung**“ verfasst, das im Nomos-Verlag, Baden-Baden, erschienen ist (ISBN 978-3-8487-0627-3).