

Privat Krankenversicherte und Risikostrukturausgleich – zur Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV

Es gibt mehrere Möglichkeiten, mit denen die Einbindung der derzeit privat Krankenversicherten in eine gemeinsame Finanzierungsbasis von GKV- und PKV-Versicherten erreicht werden kann. In diesem Beitrag haben wir die Möglichkeit der Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen Risikostrukturausgleich untersucht und eine adäquate Verfahrensausgestaltung formuliert, welche die Fortführung der privaten Krankenversicherung in ihrer derzeitigen Form ermöglicht.

■ Stephanie Sehlen, Jürgen Hofmann und Peter Reschke

1 Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung durch Einbeziehung der PKV-Versicherten¹

In der politischen Diskussion zu einer Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen der Krankenversicherung sind zahlreiche Möglichkeiten genannt worden, die eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung durch Einbindung der derzeit privat Krankenversicherten vorsehen. In unserem Beitrag im Heft 6/7 dieser Zeitschrift (Sehlen / Hofmann / Reschke 2005) haben wir zwei Möglichkeiten aufgezeigt und jeweils ein konsistentes Verfahren formuliert (vgl. A und B) und in diesem Beitrag stellen wir eine dritte Alternative vor (vgl. C).

A. die sofortige Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in eine Bürgerversicherung unter Anrechnung der auf die bürgerversicherungsäquivalenten Leistungen entfallenden Alterungsrückstellung.

Zum Zeitpunkt der Einführung der Bürgerversicherung werden grundsätzlich alle Personen, d.h. auch die bis dahin PKV-Versicherten, Pflichtmitglied der Bürgerversicherung. Für alle Versicherten der Bürgerversicherung werden Leistungen und Beiträge – sowohl von GKV- als auch von PKV-Unternehmen – einheitlich nach den Bedingungen der Bürgerversicherung angeboten. Anders als die GKV-Versicherten haben die PKV-Versicherten bisher keinen Beitrag für den Solidarausgleich der GKV eingezahlt; mit ihrer Einbeziehung in eine Bürgerversicherung hätten derzeit PKV-Versicherte künftig Ansprüche aus der Solidargemeinschaft. Durch Anrechnung der in den PKV-Unternehmen vorhandenen Alterungsrückstellungen könnten die PKV-Altversicherten die für eine Generationenumver-

teilung in der GKV nicht entrichteten Solidarbeiträge „nachzahlen“.

Angerechnet wird allein der Teil der Gesamalterungsrückstellung, der auf den „fiktiven“ Leistungsteil der Bürgerversicherung an dem Leistungsumfang der privaten Vollversicherung entfällt. Die auf die Zusatzleistungen der ursprünglichen PKV-Vollversicherung gegenüber der Bürgerversicherungsleistungen entfallenden Alterungsrückstellungen stünden im Unternehmen auch weiterhin für den ursprünglichen Zweck zur Finanzierung der Mehrleistungen gegenüber einer Bürgerversicherung zur Verfügung. Das Verfahren stellt also sicher, dass die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten in Bezug auf die Zusatzleistungen ihrer ehemaligen Vollversicherung (keine erneute Gesundheitsprüfung / keine Aktualisierung bzgl. Lebensalter) hinreichend gut gewahrt werden.

Das Verfahren sieht vor, dass die für die Bürgerversicherung angerechneten Teile der Alterungsrückstellungen solange beim PKV-Unternehmen verbleiben, bis sie auch hier zur Deckung der laufenden Ausgaben aufzulösen wären.²

B. die Einbeziehung der PKV-Altversicherten in den Risikostrukturausgleich unter Beibehaltung der privaten Vollversicherung für die bestehenden Altverträge

Das Verfahren stellt eine denkbare Übergangslösung für eine Bürgerversicherung dar. In bestehende PKV-Verträge wird hier nicht eingegriffen. Der Übergang zur Bürgerversicherung ist dann beendet, wenn alle PKV-Altversicherten verstorben sind. Die PKV-Unternehmen bieten dann nur noch private Zusatzversicherungen an, aber keine Tarife der Krankheitskostenvollversicherung mehr. Durch das hier beschriebene Verfahren werden die PKV-Altversicherten im Übergangszeitraum ersatzweise in den Risikostrukturausgleich (RSA) einbezogen. Das formulierte Verfahren stellt ebenfalls sicher, dass die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten an den Zusatzleistungen ihrer privaten Vollversicherung in geeigneter Weise bewahrt werden. In der Bestimmung der RSA-Zahlung an die PKV-

Dr. rer. pol. Stephanie Sehlen, Dr. rer. pol. Jürgen Hofmann, Dipl.-Math. Peter Reschke, Institut für Gesundheits- u. Sozialforschung (IGES), Berlin

Altkunden wird berücksichtigt, dass bereits (außerhalb der GKV aufgebaute) Rückstellungen vorhanden sind.

Mit der Einbeziehung in den RSA werden deshalb PKV-Altversicherte finanziell gesehen ähnlich gestellt wie in einer Bürgerversicherung: Sie sind Teil der Solidargemeinschaft und haben hierfür wie die Versicherten der Bürgerversicherung einen einkommensabhängigen Beitrag zu entrichten. Dafür erhalten aber alle PKV-Altkunden, auch diejenigen, die aufgrund von Vorerkrankungen einen Risikozuschlag für ihre PKV-Versicherung zahlen müssen, einen von der Solidargemeinschaft finanzierten Zuschuss. In diesem Szenario hätten Privatversicherte zudem einen Anspruch auf eine Familienmitversicherung zum Niveau der Bürgerversicherung.

Als grundsätzliche Alternative zur Bürgerversicherungslösung wird in der politischen Diskussion auch die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich genannt. Eine private Vollversicherung kann hier weiterhin von Neukunden abgeschlossen werden, und die Unternehmen können auch weiterhin einen risikoorientierten Versicherungsbeitrag kalkulieren und unterschiedliche im Kapitaldeckungsverfahren kalkulierte Tarife anbieten. Die PKV-Versicherten werden aber in einen GKV / PKV-übergreifenden RSA einbezogen.

C. die Einbeziehung der PKV-Alt- und PKV-Neukunden in einen GKV / PKV-übergreifenden RSA unter Weiterführung der privaten Vollversicherung

An den Lösungsvorschlag „Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen übergreifenden RSA“ wird gelegentlich von der Politik die Forderung geknüpft, dass in einem solchen Szenario die Versicherten erweiterte Wahlrechte erhalten sollen: Mit der Erweiterung des Risikostrukturausgleichs auf die PKV-Versicherten soll ein Unternehmenswechsel nicht nur innerhalb der GKV, sondern zwischen GKV und PKV in beiden Richtungen uneingeschränkt möglich sein. Schließlich wurde der Risikostrukturausgleich in der GKV begleitend zur Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit innerhalb der GKV eingeführt, um zu verhindern, dass sich Risikoeigenschaften des Versicherten vor- bzw. nachteilig im Kassenwettbewerb auswirken.

Vom Grundsatz her ist ein Verfahren für die Zwecke der Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen RSA mit der GKV relativ einfach ausgestaltbar. Die Lösung entspricht im Wesentlichen dem bereits vorgestellten Verfahren B (vgl. Sehlen / Hofmann / Reschke, 2005). Die Komplexität nimmt zu, wenn nun zusätzlich gefordert wird, dass ein Wechsel zwischen der im Kapitaldeckungsverfahren finanzierten PKV und der im Umlageverfahren finanzierten GKV – in beide Richtungen – uneingeschränkt möglich sein soll. Hierfür muss ein Verfahren so ausgestaltet sein, dass sich Selektionseffekte an der Grenze GKV / PKV nicht finanziell auswirken.

Selektionseffekte innerhalb der GKV werden „geheilt“ durch die Risikoadjustierung des (morbidityorientierten) RSA. Wegen der Nicht-Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen für PKV-Bestandsversicherte kommen Unternehmenswechsel zwischen den PKV-Unternehmen faktisch nicht vor; Fragen der Risikoadjustierung stellen sich daher innerhalb des Kapitaldeckungsverfahrens derzeit

nicht. Um Wechseloptionen „GKV versus PKV“ zu eröffnen und gleichzeitig faire Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten, wollen wir hier Lösungen entwickeln, die sich auf den Leistungsumfang der GKV beziehen.

Das in diesem Beitrag beschriebene Verfahren wäre vom Grundsatz her universell einsetzbar für alle denkbaren Ausgestaltungen der Beitragsbemessung (einkommensabhängiger Beitrag versus Pauschalbeitrag) und der Finanzierung (Umlage- versus Kapitaldeckungsverfahren) der gesetzlichen Krankenversicherung.

Um die Einbettung des Verfahrens in die RSA-Logik plastisch zu machen, gehen wir im Folgenden von der derzeitigen Ausgestaltung der GKV (Umlageverfahren, einkommensabhängige Beiträge) aus. In einem gesonderten Abschnitt werden Varianten des Verfahrens vorgestellt für die hypothetischen Anwendungszwecke, dass für die GKV ein Kapitaldeckungsverfahren Anwendung finden sollte bzw. eine pauschale Beitragsbemessung (Stichwort: Gesundheitsprämie) vorgenommen werden würde.

2 Einbeziehung der PKV-Versicherten unter Weiterführung der privaten Vollversicherung

2.1 Gestaltung für die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich

Die Einbeziehung von PKV-Versicherten in den RSA kann relativ einfach hergestellt werden.³ Für die Definition der Zahlungsströme ist zu beachten, dass die private Vollversicherung im Kapitaldeckungsverfahren geführt wird. Durch Beiträge werden hier Alterungsrückstellungen angesammelt, die im Alter der Versicherten zur Finanzierung der Leistungsausgaben herangezogen werden. Für die PKV-Versicherten ist damit keine Generationenumverteilung über den RSA durchzuführen. Anders als der allein einkommensabhängige Beitrag zu einer gesetzlichen Krankenversicherung ist der Beitrag für eine private Vollversicherung abhängig von dem Gesundheitszustand und Alter zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses, dem gewählten Leistungsumfang der Versicherung und der Anzahl der mitversicherten Familienmitglieder. Auch diese Unterschiede sind in der Definition der RSA-Zahlungen zu beachten. Denn durch ihre Einbeziehung in den Risikostrukturausgleich werden PKV-Versicherte – bezogen auf den Leistungsumfang der GKV – Teil des „Solidarausgleichs“ und haben damit nicht nur Zahlungsverpflichtungen sondern auch Leistungsansprüche.

In den RSA werden die Versicherten selbst einbezogen, die PKV-Unternehmen haben keine direkte Beziehung zum RSA.⁴ Der Beitragseinzug von den derzeit PKV-Versicherten für den RSA sowie die Auszahlungen an die PKV-Versicherten aus dem RSA werden organisiert von einer gesonderten „Einzugsstelle“.

Jeder PKV-Versicherte **zahlt** an die „Einzugsstelle“ einen einkommensabhängigen Beitrag für den Leistungsumfang der GKV zu dem durchschnittlichen ausgabendeckenden Beitragssatz der GKV; PKV-Versicherte erhalten hierfür einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers bzw. des gesetz-

lichen Rentenversicherungsträgers, der sich anders als heute allein auf die GKV-äquivalenten Leistungen bezieht und strikt einkommensproportional ist.

Jeder PKV-Versicherte **erhält** von der „Einzugsstelle“ „standardisierte Prämienzahlungen“ für den Leistungsumfang der GKV, die der PKV-Versicherte zur Finanzierung seines PKV-Beitrags, genauer für den Beitragsteil der GKV-äquivalenten Leistungen seiner Vollversicherung, verwenden kann. Wie der PKV-Beitrag ist die „standardisierte Prämienzahlung“ kalkulatorisch gesehen im Lebensverlauf konstant, sie wird aber jährlich entsprechend der tatsächlichen Ausgabenentwicklung angepasst.⁵

Für jeden PKV-Versicherten wird seine standardisierte Prämienzahlung in Abhängigkeit von seinem individuellen Eintrittsalter in die PKV und dem damals vorliegenden Gesundheitszustand bemessen. Im Falle von zum Zeitpunkt des Eintritts in die PKV vorhandenen Vorerkrankungen erhält der PKV-Versicherte neben seiner nach Eintrittsalter und Geschlecht kalkulierten standardisierten Prämienzahlung einen ebenfalls von der Solidargemeinschaft finanzierten Risikozuschlag, mit dem er den vom PKV-Unternehmen veranschlagten Risikozuschlag oder Leistungsausschluss finanzieren kann. Der PKV-Versicherte erhält auch für seine nicht-erwerbstätigen Familienmitglieder die standardisierten Prämienzahlungen von der Einzugsstelle, so dass auch für die PKV-Versicherten in Bezug auf die GKV-äquivalenten Leistungen die Familienmitversicherung gilt.

Leistungen, die über den GKV-Leistungsumfang hinausgehen, hat der Versicherte allein zu finanzieren. Sind Vorerkrankungen vorhanden oder weist der Versicherte ein hohes Eintrittsalter auf, hat er für die Zusatzteile der Vollversicherung eine entsprechend hohe Versicherungsprämie zu entrichten.⁶

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten für ihre GKV-Versicherten über den RSA wie jetzt auch standardisierte Leistungsausgaben, die eine Altersabhängigkeit aufweisen. Grund für die Altersabhängigkeit der RSA-Zahlung ist das Umlageverfahren der GKV. Für einen jungen PKV-Versicherten würden diese altersgemäß niedrigen RSA-Zahlungen nicht ausreichen, um den alterskonstanten PKV-Beitrag (für den Leistungsteil der GKV) zu finanzieren; umgekehrt erhielten ältere PKV-Versicherte mit den „standardisierten Leistungsausgaben“ weit höhere Zahlungen als sie zur Deckung ihres PKV-Beitrags benötigen. Demgegenüber wäre die Auszahlung von „standardisierten Prämienzahlungen“ mit dem Kapitaldeckungsverfahren konform.

Der gemeinsame Solidarausgleich von GKV und PKV finanziert damit auf der einen Seite die Sparbeiträge für die Kapitalbildung von PKV-Versicherten (im Umfang der GKV-Leistungen) und auf der anderen Seite die Generationenumlage von GKV-Versicherten. Die RSA-Auszahlung für einen GKV-Versicherten erhält seine Krankenkasse, diejenige für einen PKV-Versicherten erhält der Versicherte selbst.

Ein morbiditätsorientierter RSA innerhalb der GKV ist auch in diesem Verfahren C nicht zwingend für das Verfahren. Werden aber Selektionen an der Grenze GKV / PKV durch solche aufwändigen Verfahren glatt gestellt, ohne dass Selektionen durch gesetzliche Kassen finanziell neutralisiert würden, würden marktverzerrende Selektionseffekte dann GKV- und PKV- Unternehmen betreffen.

Die Berechnung der standardisierten Prämienzahlungen, die der privat Versicherte aus dem RSA erhält, wird nach den aktuarischen Grundsätzen der PKV vorgenommen, d. h. inklusive eines Auf- und Abbaus von Alterungsrückstellungen. Die für RSA-Zwecke kalkulierte standardisierte Prämienzahlung fußt anders als die private Vollversicherung auf dem Leistungsumfang der GKV auf, unter Berücksichtigung auch der gesetzlichen Eigenleistungen der Versicherten. Rechnungsgrundlagen sind die des RSA, anders als in den Verfahren A und B müssen hier also PKV-Unternehmens-bezogene Daten nicht herangezogen werden.⁷

In dem hier angedachten Krankenversicherungssystem erhalten alle Personen die Möglichkeit, alternativ zur – im Umlageverfahren finanzierten – GKV die – im Kapitaldeckungsverfahren geführte – private Vollversicherung zu wählen. Im Folgenden wird eine Lösungsmöglichkeit beschrieben, die den Wechsel zwischen diesen beiden Finanzierungssystemen in beide Richtungen bewältigt.

2.2 Gestaltung des Wechsels zwischen Krankenversicherungen im Umlageverfahren und Krankenversicherungen im Kapitaldeckungsverfahren

Wichtiges Kriterium für die Konstruktion des Verfahrens ist dass sich Selektionseffekte beim Wechsel zwischen GKV und PKV finanziell nicht auswirken.⁸

Die Wechselmöglichkeit zwischen GKV und PKV und umgekehrt bezieht sich allein auf die GKV-äquivalenten Leistungen als Teil der Vollversicherung. Bei einem Wechsel von der PKV zur GKV sollen die auf die Zusatzanteile der Vollversicherung gegenüber den GKV-äquivalenten Leistungen erworbenen Rechte des Versicherten beim alten Versicherer beibehalten werden, so dass insoweit die Wechselbereitschaft nicht behindert wird. Wenn also PKV-Versicherte zur GKV wechseln wollen, aber den umfassenderen Versicherungsschutz ihrer bisherigen Vollversicherung beibehalten möchten, sollen sie die zusätzlichen Leistungen über eine Zusatzversicherung zu dem bisherigen anteiligen Beitrag bei ihrem alten PKV-Unternehmen weiter versichern können.⁹

Wechselmöglichkeit von GKV nach PKV

Mit der oben skizzierten Ausgestaltung des Verfahrens ist abschließend beschrieben, wie beim Wechsel eines Versicherten von der GKV hin zur PKV vorzugehen ist: Wie bisher zahlt der Versicherte einen einkommensabhängigen Beitrag für die gemeinsame Finanzierungsgrundlage der „Solidargemeinschaft“ aus GKV- und PKV-

Versicherten – anstatt an die abgebende gesetzliche Krankenkasse nun an die „Einzugsstelle“. Im Gegenzug finanziert die Solidargemeinschaft einen standardisierten Anteil seiner PKV-Prämie, der auf den Leistungsteil der GKV entfällt sowie die entsprechenden Prämien seiner Familieneingehöriqen.

Soweit risikoeerhebliche Vorerkrankungen zum Zeitpunkt des Wechsels vorliegen, erhält der PKV-Versicherte zusätzlich einen Risikozuschlag. Eine Selbstselektion an der Grenze der GKV hin zur PKV ist damit zahlungsmäßig „kontrolliert“. Als RSA-Zahlung tritt der Prämienzuschuss für den PKV-Versicherten an die Stelle der standardisierten Leistungsausgaben, die früher seine gesetzliche Krankenkasse erhalten hat.

Wechselmöglichkeit von PKV nach GKV

Bei dem Wechsel von der im Kapitaldeckungsverfahren finanzierten PKV hin zu der im Umlageverfahren finanzierten GKV ist die Frage zu beantworten, wie mit der in der PKV für den Wechsler angesammelten Alterungsrückstellung zu verfahren ist. Die Antwort lässt sich aus den Prämissen des Verfahrens ableiten:

Über den gemeinsamen RSA von GKV und PKV wird der Aufbau von Kapitaldeckung für den GKV-äquivalenten Leistungsteil der PKV-Vollversicherung von der Solidargemeinschaft finanziert. Wechselt nun ein PKV-Versicherter zur GKV wird die angesammelte Alterungsrückstellung nicht mehr zur Abdeckung der Leistungsausgaben **innerhalb** des PKV-Unternehmens benötigt, sondern muss – über den RSA – der Finanzierungsbasis des gemeinsamen Solidarausgleichs (GKV und PKV) zugeführt werden. Von Relevanz ist auch hier allein der Teil der Alterungsrückstellung, der auf den Leistungsteil der GKV entfällt.

In den Jahren nach dem Wechsel zur GKV sind also vom abgebenden PKV-Unternehmen periodisierte Zahlungen an den RSA zu entrichten. Im Folgenden geht es darum, wie diese periodisierten Zahlungen zu bestimmen sind.

In einem Szenario, das den zwangsweisen Wechsel aller PKV-Versicherten in die GKV, sprich: in die „Bürgerversicherung“, vorsieht (unser Szenario A) wären einfach kalkulatorische Durchschnittsbeträge, d.h. nicht risikodifferenzierte Beträge für den RSA anzurechnen (vgl. die Ausführungen in Abschnitt 2.2 in Sehlen / Hofmann / Reschke 2005). Soll aber vor dem Horizont einer weiterhin angebotenen privaten Vollversicherung der Wechsel aus der PKV-Vollversicherung hin zur GKV **wahlweise** möglich sein, müssten die Zahlungsströme risikoorientiert kalkuliert werden, um einer möglichen Selbstselektion der Versicherten zu beugen.

Denn würde für einen Versicherten, dessen Morbidität sich während der Versicherungsdauer in der PKV schlechter entwickelt hat als das im Durchschnitt aller PKV-Versicherten der Fall war, nur die nach Alter und Geschlecht durchschnittliche Alterungsrückstellung für die Solidargemeinschaft angerechnet, müssten die höheren Leistungsausgaben, die für den Versicherten beim

Übergang von PKV zu GKV von der Versichertengemeinschaft der aufnehmenden Kassen und /oder (beim morbiditätsorientierten RSA) von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Das abgebende PKV-Unternehmen bzw. sein Versichertenbestand erhält dagegen einen finanziellen Vorteil: hätte man doch im Zeitverlauf die überdurchschnittlichen Leistungsausgaben finanzieren müssen, wenn das „schlechte Risiko“ nicht zu einer gesetzlichen Krankenkasse gewechselt wäre. Verlässt im umgekehrten Fall ein „gutes Risiko“ sein PKV-Unternehmen, führt die Durchschnittsberechnung dazu, dass die aufnehmende gesetzliche Krankenkasse und /oder (beim morbiditätsorientierten RSA) die Solidargemeinschaft finanziell bevorteilt und das PKV-Unternehmen benachteiligt wird.

Der im Folgenden beschriebene risikoorientierte Zahlungsstrom stellt sicher, dass eine stattfindende Selbstselektion beim Wechsel von der PKV zur GKV nicht zu finanziellen Vor- oder Nachteilen der beteiligten Finanzierungsträger führt:

- Zum Zeitpunkt des Wechsels wird der (aktuelle) Gesundheitszustand des Versicherten festgestellt.
- Das abgebende Unternehmen **zahlt** an den RSA die durchschnittlichen Leistungsausgaben derjenigen Versicherten, die zum Zeitpunkt des Wechsels dieselbe Morbiditäts-Kategorie für die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung aufgewiesen haben wie der Wechsler (d. h. die GKV-Durchschnittsausgaben von Versicherten mit derselben historischen Morbiditäts-Kategorie). Es wird also für das abgebende PKV-Unternehmen unterstellt, der Wechsler würde nach seinem Wechsel zur GKV trotzdem bei ihm weiterhin Leistungen im Umfang der GKV in Anspruch nehmen, allerdings die genau durchschnittlichen Leistungsausgaben der Gruppe der Versicherten mit einem historisch (bei seinem Austritt aus der PKV) gleichen Gesundheitszustand.
- Die GKV- und PKV-übergreifende Solidargemeinschaft erhält damit die für den Gesundheitszustand zum Wechselzeitpunkt berechneten GKV-durchschnittlichen Leistungsausgaben, die sie zur Finanzierung der standardisierten Leistungsausgaben verwenden kann, welche über den RSA an die GKV-Kasse des Versicherten entrichtet werden. Jede weitere Veränderung des Gesundheitszustands dieses PKV / GKV-Wechslers trägt die gemeinsame Finanzierungsbasis aus GKV und PKV-Versicherten.
- Im Gegenzug **erhält** das abgebende PKV-Unternehmen von dem RSA die (GKV-anteilige) Prämie, die der Versicherte bezogen auf die GKV-äquivalenten Leistungen seiner Vollversicherung an das abgebende Unternehmen „im Prinzip“ weiterhin gezahlt hätte, wenn er nicht zur GKV gewechselt wäre. Dieser Tarifbeitrag ist auf das Alter und den Gesundheitszustand beim Eintritt in das abgebende PKV-Unternehmen bezogen, das Geschlecht wäre zu berücksichtigen. Aus Sicht der Solidargemeinschaft sind dies die standardisierten Prämienzahlungen, die der vormals PKV-Versicherte von der Einzugsstelle selbst bezogen hat, die nun nicht mehr an ihn, sondern an sein ehemaliges PKV-Unternehmen überwiesen werden. Rechnerisch sind sie mit

den oben beschriebenen standardisierten Prämienzahlungen identisch.¹⁰ Weder die Einzahlung in den RSA noch die Auszahlung berücksichtigt Selbstbehalte oder eine Abwahl von Tarifarten.¹¹

Eine gebildete Alterungsrückstellung bleibt damit zunächst beim abgebenden PKV-Unternehmen. Stattdessen werden laufende Zahlungen ausgelöst, die gewährleisten, dass die Alterungsrückstellung beim abgebenden PKV-Unternehmen – wie vom Unternehmen vorauskalkuliert – erst im Zeitverlauf aufgelöst wird. Weil sich die beiden Zahlungsströme, die mit dem Wechsel von der PKV zur GKV ausgelöst werden, lediglich auf die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung beziehen, sind die für die Zusatzelemente erworbenen Ansprüche der Versicherten hiervon nicht berührt. Der Versicherte könnte diese (Zusatz-)Leistungen nach seinem Wechsel zur GKV über eine Zusatzversicherung zu historischen Bedingungen bei seinem alten PKV-Unternehmen weiter versichern.

Die Berechnungen sämtlicher Transferzahlungen könnten auf Basis von GKV-Daten durchgeführt werden; unter-

nehmensbezogene Daten von Seiten der PKV-Unternehmen wären also nicht erforderlich. Sämtliche Beträge beziehen sich damit per se auf den Leistungsumfang der GKV. Die jährlichen Ausgleichszahlungen werden ex post festgelegt und bis dahin über a-conto-Zahlungen angenähert.

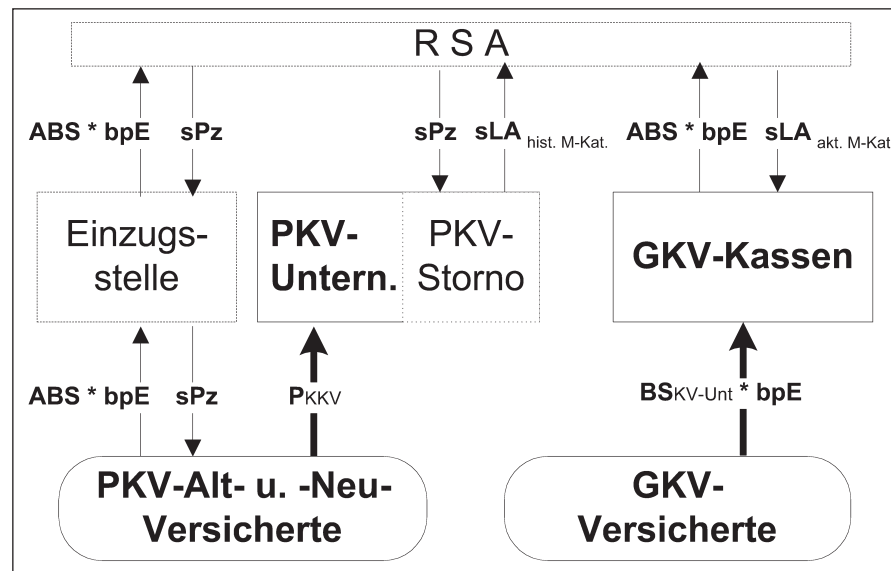
Die Finanzierungsströme des Verfahrens werden in der Abbildung veranschaulicht.

3 Gestaltung des Wechsels von der GKV zur PKV im Detail

Für den Wechsel von der GKV zur PKV sieht die Gestaltung im Detail wie folgt aus:

Die Kalkulation der RSA-Auszahlungen an die privat Krankenversicherten ist vom Grundsatz her sehr ähnlich dem Verfahren B für die Einbeziehung der PKV-Altversicherten in den RSA als Übergangslösung zur Bürgerversicherung (vgl. Sehlen, Hofmann, Reschke, 2005). Die Solidargemeinschaft „finanziert“ die PKV-Prämie zum Ni-

Abbildung: Einbeziehung von PKV-Neu- und PKV-Altkunden in den RSA bei Wechselmöglichkeit zwischen GKV und PKV



Quelle: Eigene Darstellung

Erläuterung: Derzeit PKV-Versicherte entrichten an die „Einzugsstelle“ als Beitrag zum gemeinsamen Solidarausgleich den durchschnittlichen Beitragssatz der GKV (sog. Ausgleichsbedarfssatz, ABS) auf ihre beitragspflichtigen Einkommen (bpE) und erhalten im Gegenzug die standardisierten Prämienzahlungen (sPz), die sie zur Finanzierung ihrer Prämie für ihre private Krankheitskosten-Vollversicherung verwenden können (PKKV). Versicherte der GKV entrichten an ihren Versicherungsträger, wie jetzt auch in der GKV, einen einkommensabhängigen Beitrag, kalkuliert zum individuellen Beitragssatz des Krankenversicherers (BS_{KV-Unt}). Die gesetzlichen Krankenkassen und die PKV-Versicherten sind in den RSA einbezogen: Die gesetzliche Krankenkasse entrichtet den durchschnittlichen Beitragssatz der GKV auf die beitragspflichtigen Einkommen der

Versicherten ($ABS * bpE$) und erhält im Gegenzug die standardisierten Leistungsausgaben (sLa) ihrer Versicherten.

Wechselt ein GKV-Versicherter zur PKV, werden die oben genannten Zahlungen (sPz) fällig. Wechselt ein PKV-Versicherter zur GKV, werden – für den in der Abbildung als „PKV-Storno“ bezeichneten Bereich – gesonderte Zahlungen zwischen PKV-Unternehmen und RSA fällig: Der RSA zahlt weiterhin die standardisierten Prämienzahlungen nun nicht mehr an den PKV-Versicherten, sondern an das abgebende PKV-Unternehmen. Das PKV-Unternehmen zahlt die standardisierten Leistungsausgaben, berechnet zum historischen Gesundheitsstatus beim Austritt ($sLA_{hist. M-Kat.}$). Dies sind die erwarteten Leistungsausgaben, den der Versicherte im abgebenden PKV-Unt. „im Prinzip“ verursacht hätte, wenn er nicht gewechselt wäre.

veau der GKV-Leistungen durch zum PKV-Eintrittsalter und Geschlecht sowie Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt berechnete standardisierte Prämienzahlungen. Um der hier wegen der Wechseloption gegebenen Gefahr einer Risikoselektion an der Grenze GKV zu PKV zu begegnen, sind jedoch die Anforderungen an die Kalkulation der durch die Solidargemeinschaft finanzierten Risikozuschläge höher: Durch den Wechsel zur PKV sollen die einzelnen Personen gegenüber früher keinen systematischen Vor- oder Nachteil dadurch erhalten, dass ihre Risikosituation zum Wechselzeitpunkt nicht richtig abgebildet wird. Für die künftigen PKV-Kunden wären auch Risikozuschläge für solche Vorerkrankungen zu berechnen, wegen derer PKV-Interessenten momentan noch von der PKV abgelehnt werden.

Dem könnte durch das folgende Verfahren der Risikozuschlagskalkulation entsprochen werden: Zuzüglich zu den nach Eintrittsalter und Geschlecht kalkulierten standardisierten Prämienzahlungen wird ein jährlich floatender (absoluter) Risikozuschlag kalkuliert, der die jeweils aktuellen aufgrund der bei Eintritt vorhandenen Vorerkrankung auftretenden Mehraufwendungen des Jahres abdeckt. Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeitsanreize werden jedoch nicht die tatsächlich entstandenen Mehraufwendungen von der Solidargemeinschaft erstattet, sondern nur durchschnittliche, genauer: die durchschnittlichen Mehrausgaben der Versicherten, die zum Wechselzeitpunkt des Versicherten von der GKV zur PKV dieselbe Morbiditäts-Kategorie sowie Altersgruppe und Geschlecht aufwiesen, aber in dem Jahr nicht gewechselt sind.¹²

Wie im Verfahren B zur Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA (Abschnitt 3 in Sehlen/Hofmann/Reschke 2005) erläutert, sind von der Einzugsstelle an den PKV-Versicherten (Alt- und Neukunden) die „standardisierten Prämien“ in voller Höhe zu entrichten, auch wenn der Versicherte für seine private Krankheitskostenvollversicherung beispielsweise eine **Selbstbeteiligung** gewählt hat oder keinen Zahntarif abgeschlossen hat. Die insoweit den tatsächlichen PKV-Prämienanteil für die GKV-äquivalenten Leistungen „überschüssenden“ standardisierten Prämienzahlungen stehen dem Versicherten zur Finanzierung seines verbliebenen Eigenbehalts zur Verfügung. Dies lässt sich aus dem Anspruch der PKV-Versicherten aus dem gemeinsamen Solidarausgleich aus GKV- und PKV-Versicherten, den sie über den RSA mit finanzieren, ableiten.

Für eine Einbeziehung von **Beihilfeberechtigten** in den gemeinsamen Risikostrukturausgleich aus GKV und PKV muss das bestehende Beihilferecht nicht geändert werden. Wie schon in dem Verfahren zur „Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA als Übergangslösung“ beschrieben, bleiben Beihilfeberechtigte weiterhin im Beihilfesystem. Für den nach Beihilfe verbleibenden Bedarf an Versicherungsschutz erhalten sie wie PKV-Versicherte auch standardisierte Prämienzahlungen, allerdings nur für den verbleibenden, nicht durch Beihilfe gedeckten Teil. Entsprechend haben diese Personen auch nur den anteiligen Beitragsatz (1 – Beihilfesatz) auf ihre beitrags-

pflichtigen Einnahmen an die Einzugsstelle und damit an die gemeinsame Finanzierungsbasis zu zahlen.

Auch in Bezug auf Ihren Beihilfeteil können Beihilfeberechtigte in den RSA einbezogen werden. Einbezogen werden hier allerdings nicht die Beihilfeberechtigten selbst, sondern die Beihilfeträger, die auch jetzt die Erstattungen leisten. Das Beihilfesystem ist ein Umlagesystem außerhalb der GKV. Es ist damit, anders als die PKV, ohne besondere Modifikationen in den RSA eingliederbar: Die Beihilfeträger werden technisch den gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt, sie erhalten also je Risikogruppe die entsprechenden standardisierten Leistungsausgaben anteilig zum Beihilfesatz und zahlen den Ausgleichsbedarfsatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Beihilfeberechtigten, wiederum anteilig zum Beihilfesatz.

4 Gestaltung des Wechsels von der PKV zur GKV im Detail

Für den Wechsel von der PKV zur GKV sieht die Gestaltung im Detail wie folgt aus:

Zum Wechselzeitpunkt wird der Gesundheitszustand des Wechslers von der PKV zur GKV vom abgebenden PKV-Unternehmen anhand der bei ihm gespeicherten Leistungsabrechnungsdaten und eines einheitlichen, den Unternehmen vorgegebenen morbiditätsorientierten Klassifikationsverfahrens bestimmt.¹³ Für den Fall, dass wegen des Selbstbehalts oder eines Beitragsrückerstattungsanspruchs Abrechnungsunterlagen nicht vorhanden sind, wird durch eine gesonderte Stelle, z. B. den medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, eine Gesundheitsprüfung vorgenommen.

Für die Bestimmung der **vom PKV-Unternehmen an den RSA** zu entrichtenden durchschnittlichen Leistungsausgaben hat die den RSA durchführende Behörde eine Stichprobe von (GKV-)Versicherten zu bilden, die in dem Jahr nicht gewechselt sind, aber in diesem Jahr denselben Gesundheitszustand sowie Alter und Geschlecht des Wechslers aufweisen. Die Vorgehensweise ist analog zu dem oben skizzierten Verfahren der Risikozuschlagskalkulation. In den Jahren nach dem Wechsel werden für die Vergleichsgruppe die durchschnittlichen Leistungsausgaben festgestellt. Dieser Betrag ist vom abgebenden PKV-Unternehmen bis zum statistischen Lebensende der Person an die Solidargemeinschaft zu entrichten.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Vergleichsgruppe stellen eine besondere Art von standardisierten Leistungsausgaben dar: es sind nicht die standardisierten Leistungsausgaben, wie sie im (morbiditätsorientierten) RSA der GKV-Unternehmen zum aktuellen Morbiditätszustand berechnet werden, sondern es sind die „standardisierten Leistungsausgaben“ zu einem historisch festgestellten Gesundheitszustand. Finden erst nach dem Wechsel Veränderungen des Krankheitsrisikos im Vergleich zu diesem Durchschnitt statt, fallen diese Ausgabendifferenzen in die Verantwortung der aufnehmenden gesetzlichen Krankenkasse, bzw. in die Verantwortung der Solidargemeinschaft.

Für die **vom RSA an das abgebende PKV-Unternehmen** zu entrichtende Prämienzahlung werden wie oben beschrieben die berechneten „standardisierten Prämienzahlungen“ angesetzt, die der vormals PKV-Versicherte erhalten hätte, wenn er nicht zur GKV gewechselt wäre. Relevant für den eventuell zu zahlenden Risikozuschlag ist auch hier der (damalige) Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt in die PKV.

Bei einem bis zum Zeitpunkt des Wechsels genau durchschnittlichen Versicherten würden die jährlichen Zahlungen von und an das PKV-Unternehmen nach dem Wechselzeitpunkt im Saldo genau der planmäßigen Auflösung der kalkulatorischen Alterungsrückstellung entsprechen.

Erhöhen sich im Zeitverlauf die Leistungsausgaben für die GKV-Leistungen durch Preissteigerungen im Gesundheitswesen, werden die Zahlungsbeträge in beide Richtungen entsprechend angepasst. Erhöhen sich die Leistungsausgaben stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen aus GKV und PKV, erhöht sich der GKV-durchschnittliche Beitragssatz und damit auch der einkommensabhängige Beitrag, den die PKV-Versicherten an die Einzugsstelle zu entrichten haben.

Diese Zahlungen zwischen PKV-Unternehmen und RSA erfolgen unabhängig vom individuellen Schicksal der Person solange, bis die Vergleichsgruppe zum Wechsler statistisch betrachtet „ausgestorben“ ist. Für das Verfahren relevant ist lediglich der historische Gesundheitszustand zum Wechselzeitpunkt, nicht der aktuelle. Ein Bestandsnachweis des Wechslers ist damit nicht erforderlich, die Person kann zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse oder auch wieder zurück zur PKV wechseln.

Für das Berechnungsverfahren ist es unerheblich, ob der Versicherte bereits früher einmal gewechselt hat. Ein Ex-PKV-Versicherter, der über die GKV wieder zu einem (neuen) PKV-Unternehmen wechselt, wird wie ein PKV-Neukunde behandelt, d.h. er erhält von der Einzugsstelle standardisierte Prämienzahlungen, die zu seinem nun erreichten zweiten Eintrittsalter in die PKV und seinem jetzigen Gesundheitszustand kalkuliert sind. Mit dem höheren Eintrittsalter und einer in der Zwischenzeit eingetretenen Vorerkrankung hat die Solidargemeinschaft eine höhere standardisierte Prämienzahlung zu entrichten.

5 Zwei Varianten des Verfahrens: Einsatz bei Kapitaldeckung und bei pauschaler Beitragsbemessung in der GKV

Im Folgenden sollen zwei Varianten des Verfahrens erläutert werden, die für den Einsatz für zwei besondere Ausgestaltungen der gesetzlichen Krankenversicherung passgenau sind:

1. für eine gesetzliche Krankenversicherung mit Kapitaldeckung und
2. für eine gesetzliche Krankenversicherung mit pauschaler Beitragsbemessung.

5.1 Der Einsatz des Verfahrens bei Kapitaldeckung in der GKV

Das oben beschriebene Verfahren sieht bereits implizit eine Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor: Jeder Wechsel von GKV zur PKV initiiert eine Kapitalbildung für einen weiteren Versicherten, die durch den gemeinsamen Solidarausgleich von PKV und GKV finanziert wird.

Insbesondere bei erweiterter Wahlfreiheit ist es denklich, das Ausmaß der Kapitalbildung von diesen individuellen Entscheidungen der Versicherten – ob PKV oder GKV oder wieder zurück – abhängig zu machen. Die Kapitalbildung wäre weder steuerbar noch antizipierbar.

Ist eine Kapitaldeckung für die gesetzliche Krankenversicherung erwünscht, sollte besser ein Verfahren gewählt werden, bei dem ein gleichmäßiger Aufbau des Kapitals erfolgt. Das könnte erreicht werden durch eine kollektive Rücklage der Solidargemeinschaft, z.B. in einem Sonderkonto des RSA. Um eine Verstetigung im Kapitalaufbau zu erreichen, wäre ein spürbarer Kapitalaufbau erforderlich. Aus diesem Kapitalstock könnte dann der Aufbau von Alterungsrückstellung für die PKV-Neukunden finanziert werden. Der Kapitalaufbau wäre über die Finanzkraft aller GKV- und PKV-Versicherten zu finanzieren, d. h. alle Versicherten hätten zusätzlich einen einheitlichen Teilbeitragsbedarfssatz auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen zu entrichten.

5.2 Der Einsatz des Verfahrens bei pauschaler Beitragsgestaltung in der GKV

In diesem Abschnitt soll erläutert werden, in welcher Weise das oben skizzierte Verfahren Anwendung finden kann, wenn – anders als oben zur Illustration gewählt – die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung über Pauschalbeiträge gespeist wird.

In Pauschalbeitragsmodellen ist vom Grundsatz her der Krankenversicherungsbeitrag unabhängig von der ökonomischen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Um die finanzielle Belastung der Versicherten durch den zu zahlenden Pauschalbeitrag zu begrenzen, sehen sämtliche vorgeschlagenen Pauschalprämien-Modelle neben der Beitragszahlung zur Krankenversicherung einen Einkommens-transfer zur Subventionierung von Beitragszahlungen vor.

Die Herausnahme der Einkommensumverteilung aus der GKV in das Steuersystem hebt einen Großteil der Unterschiede zwischen GKV und PKV auf: GKV- wie PKV-Unternehmen veranschlagen dann einkommensunabhängige Beiträge, wobei die Beiträge der PKV noch nach Eintrittsalter, Vorerkrankungen und Tarifumfang differieren.

Durch einen übergreifenden Risikostrukturausgleich könnten vorhandene Unterschiede in der Morbiditätsstruktur von GKV- und PKV-Versicherten ausgeglichen werden. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn, wie oben angenommen, für alle Versicherte ein Wechsel von der GKV zur PKV und zurück möglich sein

soll. Über die Einbeziehung in den RSA werden Selektionseffekte an der Grenze GKV / PKV sowie an der Grenze PKV / GKV „zahlungsmäßig“ internalisiert. Als Konsequenz wäre ein Wechsel zur PKV bzw. GKV für einen Versicherten unabhängig von seiner Risikoeigenschaft gleich attraktiv. Weder GKV- noch PKV-Unternehmen erhielten durch eine vom Durchschnitt abweichende Risikostruktur Vorteile oder Nachteile im Beitragswettbewerb.

Dazu wären die Zahlungsströme für den RSA in dem oben beschriebenen Verfahren der Konzeption nach nur marginal zu verändern: GKV-Versicherte entrichten an ihre gesetzliche Krankenkasse keinen einkommensabhängigen Beitrag ($BS_{KV-Unt.} \cdot bpE$, vgl. obige Abbildung) mehr, sondern den Pauschalbeitrag der Kasse ($PB_{KV-Unt.}$). An den RSA entrichten GKV-Kassen und – über die Einzugsstelle – die PKV-Versicherten nun ebenfalls einen einkommensunabhängigen Beitrag, den durchschnittlichen ausgabendeckenden Pauschalbeitrag (sog. Ausgleichsbedarfsprämie, ABP). Ansonsten verändert sich nichts an dem Verfahren.

Durch eine Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA in dieser Form ist es möglich, dass auch PKV-Versicherte, die auf der einen Seite durch die Besteuerung an der Mittelaufbringung zur Subventionierung der Pauschalbeiträge für finanzschwache GKV-Versicherte teilnehmen, im Bedarfsfall ebenfalls in den Genuss eines adäquaten Zuschusses kommen, mit dem sie ihren privaten Krankenversicherungsbeitrag finanzieren können.

Denn der Pauschalzuschuss, den das Finanzamt an einen GKV-Versicherten entrichtet, kann erheblich von dem Beitrag abweichen, den ein PKV-Versicherter für den GKV-äquivalenten Leistungsteil seiner Vollversicherung an sein PKV-Unternehmen zu entrichten hat. So ist eine Differenzierung nach Eintrittsalter, Geschlecht und bei Eintritt vorhandenen Vorerkrankungen für den vom Steuerzahler finanzierten und Finanzamt ausgezahlten Beitragszuschuss bisher per Definition nicht vorgesehen. Der vom Finanzamt ausgezahlte Beitragszuschuss „passt“ also nicht für Privatversicherte.

Das Verfahren zur Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen Risikostrukturausgleich liefert die organisatorischen Voraussetzungen dafür, dass PKV-Versicherte, deren Einkommen die Belastungsgrenze unterschreiten, auch in den Genuss einer angemessenen Zuschussung ihres Krankenversicherungsbeitrags kommen.

Dafür hat der PKV-Versicherte den Beitragszuschuss, den er vom Finanzamt erhält, an die Einzugsstelle des RSA zu entrichten (vgl. die Abbildung in Abschnitt 2). Er erhält über die Einzugsstelle im Gegenzug die adäquaten standardisierten Prämienzahlungen, die er zur Finanzierung des GKV-äquivalenten Teils seiner privaten Krankenversicherung verwenden kann.

Um die Wirtschaftlichkeitsanreize der Versicherten zu wahren, sollte der Beitragszuschuss für PKV-Versicherte wie auch der Beitragszuschuss für GKV-Versicherte nicht

auf den individuell tatsächlich zu zahlenden Beitrag abstellen, sondern auf kalkulatorische Durchschnittswerte.

6 Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten

Auch mit diesem Verfahren ergeben sich Konsequenzen für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, für die derzeit PKV-Versicherten, die gesetzlich Versicherten und für die Leistungserbringer; wir nehmen hier Bezug auf die in Abschnitt 2 beschriebene Grundform:

Die Veränderungen, die sich für die *privaten Krankenversicherungsunternehmen* im Hinblick auf ihr Kalkulationsverfahren und ihre Produktgestaltung ergeben, sind im Vergleich zu den Anforderungen einer Bürgerversicherung deutlich geringer: Die Unternehmen können weiterhin die im Kapitaldeckungsverfahren geführte private Vollversicherung anbieten. Durch die neu gefassten Wahlfreiheiten zwischen GKV und PKV erweitert sich der potenzielle Kundenkreis auf die gesamte Bevölkerung.

Um sicherzustellen, dass alle wechselwilligen GKV-Versicherten unabhängig von ihrer Risikoeigenschaft auch faktisch bei einem privaten Krankenversicherer einen Versicherungsschutz erhalten, könnte für die PKV-Unternehmen ein Kontrahierungszwang eingeführt werden. Hiernach werden PKV-Unternehmen verpflichtet, GKV-Versicherten einen definierten Versicherungstarif zur Abdeckung GKV-äquivalenter Leistungen zu einem definierten Höchstbeitrag anzubieten.¹⁴

Im derzeitigen Verfahren wird prämienmindernd berücksichtigt, dass Kündiger ihre zum Kündigungszeitpunkt vorhandenen Alterungsrückstellungen an ihr altes Versichertenkollektiv verlieren, weshalb die PKV-Unternehmen die Prämie insoweit niedriger ansetzen können. Für das hier beschriebene Verfahren der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den gemeinsamen RSA unter Eröffnung der Wechselmöglichkeit von GKV zu PKV und umgekehrt, können Stornierungen in Richtung der GKV nicht mehr prämienmindernd berücksichtigt werden: Die für die GKV-äquivalenten Leistungen vorhandene Alterungsrückstellung wird ja gerade wieder der gemeinsamen Finanzierungsbasis der Krankenversicherung zugeführt. Dies hat zur Folge, dass die Unternehmen die Versicherungsprämien entsprechend anheben müssten.

Wie oben erläutert, ermöglicht das hier beschriebene Verfahren den Wechsel von der PKV zur GKV. Es ist aber nicht dafür gedacht, auch den Wechsel von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen PKV-Unternehmen zu bewerkstelligen. Hierzu wäre zusätzlich die Beibehaltung des individuellen Tarifumfangs beim abgebenden Unternehmen zu gewährleisten.

Zwar ermöglicht das hier beschriebene Verfahren den Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen über den Umweg der GKV, die gegenüber dem abgebenden PKV-Unternehmen vorhandenen Ansprüche für die Zusatzteile gegenüber den GKV-Leistungen werden jedoch nicht mitübertragen. Um allerdings den Wechsel PKV-GKV nicht zu behindern, muss

gesichert sein, dass der Versicherte den Zusatzteil beim abgebenden PKV-Unternehmen fortführen kann.

Anders als heute haben mit der Einbeziehung der PKV-Versicherten Beitragsanpassungen in der PKV bezogen auf den GKV-äquivalenten Teil eine Gegenfinanzierung, die durch die Solidargemeinschaft aufgebracht wird: Die von der Einzugsstelle an den PKV-Versicherten entrichteten „standardisierten Prämienzahlungen“ erhöhen sich bei Preissteigerungen im Gesundheitswesen. Damit wird die Problematik der finanziellen Belastung von privat Krankenversicherten aus hohen Beitragszahlungen im Alter abgemildert.

Für die Mitglieder der **gesetzlichen Krankenversicherung**, insbesondere für die Pflichtmitglieder ergibt sich als erweiterte Wahlmöglichkeit, neben unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen nun auch zur PKV zu wechseln. Personen, die aufgrund ausgabenträchtiger Vorerkrankungen bisher eine PKV-Prämie nicht bereit waren zu finanzieren, erhalten nun den erforderlichen Risikozuschlag aus solidarischer Finanzierung.

Weil GKV-Versicherte nach ihrem Übertritt zur privaten Vollversicherung weiterhin in den GKV-PKV-übergreifenden Risikostrukturausgleich einbezogen sind, wird dem System durch PKV-Wechsel keine Finanzkraft mehr vorenthalten. Da für die Berechnung der Zahlungsströme „Risikozuschlag“ und „Auflösungsbeträge der Alterungsrückstellung“ die Versichertenmorbidity berücksichtigt wird, wirkt sich eine Negativselektion nicht aus.

In Folge der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA wird die Kapitalbildung in der PKV für den Leistungsteil der GKV-äquivalenten Leistungen über den gemeinsamen Solidarausgleich finanziert. Wenn Versicherte die PKV und damit das Kapitaldeckungsverfahren wählen, sind also die erforderlichen Mittel über einen höheren Beitragssatz aufzubringen. Das Umlageverfahren der GKV wird dann aber von den PKV-Versicherten nicht mehr belastet. Finanziell gesehen ist dies mit der heutigen Situation vergleichbar: Wenn heute ein junger Versicherter aus der GKV zur PKV wechselt, so müssen die Mittel, die er ansonsten in die Generationenumverteilung der GKV entrichtet hätte, durch die verbleibenden GKV-Versicherten ersetzt werden.

Für einkommensstarke **PKV-Versicherte** werden sich wie in den anderen Szenarien (A und B) auch die Kosten des Krankenversicherungsschutzes erhöhen, weil sie nun auch über den RSA einen Beitrag zum übergreifenden Solidarausgleich leisten müssen. Zu erwarten ist wiederum, dass aus diesem Grund ein Teil der PKV-Vollversicherten ihren Versicherungsschutz abstocken wird. Die PKV-Versicherten hätten die uneingeschränkte Möglichkeit, zu einer gesetzlichen Krankenkasse zu wechseln, nicht aber zu einem anderen PKV-Unternehmen. Das oben beschriebene Verfahren greift – wie oben erläutert – bei einem (direkten) Wechsel von PKV zu PKV nicht.

Wie in dem vorhergehenden Verfahren auch erhalten die **Leistungserbringer** weiterhin die Vergütung aus „privatärztlicher Behandlung“, insoweit die privat Kran-

kenversicherten ihren Vollversicherungsschutz nicht abstocken und ggf. sogar verstärkt, insoweit sich der PKV-Neuzugang für die höheren Leistungen der privaten Vollversicherung entschließt.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Es gibt mehrere Möglichkeiten, mit denen die Einbindung der derzeit privat Krankenversicherten in die gemeinsame Finanzierungsbasis einer gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden kann. Denkbar ist die Einführung einer Bürgerversicherung, aber auch die Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen Risikostrukturausgleich. In diesem Beitrag haben wir die Möglichkeit der Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen Risikostrukturausgleich untersucht und eine adäquate Verfahrensausgestaltung formuliert. Gegenüber früheren Arbeiten sind durch Vorarbeiten zur Morbiditätsorientierung des RSA in der GKV nunmehr passgenaue Instrumente verfügbar, die in diesem Beitrag vorgestellten Konzepte ermöglicht haben.

Um mit diesem Szenario eine direkte Alternative zu einer Bürgerversicherung zu erhalten, haben wir das Verfahren so gestaltet, dass die Versicherten der GKV und die Versicherten der PKV ähnliche Wahlrechte erhalten wie Versicherte einer Bürgerversicherung: Zwischen GKV und PKV soll in beiden Richtungen der Wechsel uneingeschränkt möglich sein. Die Risikoeigenschaft eines Versicherten soll hierbei nicht von Vor- oder Nachteil sein.

Dieses Verfahren ist kompatibel mit dem Kapitaldeckungsverfahren der privaten Krankenversicherung und es stellt sicher, dass bei einem Wechsel von der PKV zur GKV die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten in Bezug auf ihre Zusatzleistungen gewahrt bleiben. Das Verfahren stellt außerdem sicher, dass sich Selektionseffekte durch Unternehmenswechsel an der Grenze GKV / PKV und an der Grenze PKV / GKV nicht finanziell auswirken.

Das beschriebene Verfahren kann auch angewendet werden, wenn für den einkommensabhängigen Beitrag in der GKV ein Pauschalbeitrag eingeführt wird. Zur Subventionierung von Beitragszahlungen würde eine ergänzende Einkommensumlage – in unserem Beispiel – über das Steuersystem vorgenommen werden. Auch bei pauschaler Beitragsgestaltung in der GKV würde das Verfahren sicherstellen, dass Selektionseffekte durch Wechsel zwischen GKV und PKV in geeigneter Weise internalisiert werden. Zudem wird es durch diese Form der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den gemeinsamen RSA möglich, dass auch PKV-Versicherte, die auf der einen Seite durch die Besteuerung an der Mittelaufbringung zur Subventionierung der Pauschalbeiträge für finanzschwache GKV-Versicherte teilnehmen, auf der anderen Seite – im Bedarfsfalle – ebenfalls in den Genuss einer Beitragssubventionierung kommen können.

Auch die Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens für die GKV wäre mit diesem Verfahren kompatibel. So sieht es schon implizit eine Kapitaldeckung im Gesamt-

system vor: Jeder Wechsel von der GKV zur PKV initiiert eine Kapitaldeckung für einen weiteren Versicherten, die durch den gemeinsamen Solidarausgleich von PKV und GKV finanziert wird.

In diesem Lösungsmodell haben alle Versicherten der GKV und der PKV einen einheitlichen vom Einkommen abhängigen Solidarbeitrag zur Finanzierung einer Krankenversicherung zum Niveau der GKV zu finanzieren. Der bisher gegebene Unterschied, dass PKV-Versicherte hiervon ausgenommen sind, wird aufgehoben. Durch einen GKV- / PKV-übergreifenden RSA würden auch die wettbewerblichen Vorteile der PKV durch die bessere Risikostruktur ihrer Versicherten aufgehoben werden.

Der Aufbau von Kapitaldeckung in der PKV bezogen auf die GKV-äquivalenten Leistungen wird finanziert von der Solidargemeinschaft insgesamt. Aus den Unterschieden im Finanzierungsverfahren (Kapitaldeckung versus Umlage) resultieren keine Beitragsunterschiede.

Unter den Bedingungen eines solchen Verfahrens erscheint es vom Grundsatz her – unter Einhaltung weiterer Nebenbedingungen – möglich, ähnliche Rahmenbedingungen für GKV- und PKV-Versicherte zu schaffen. Es könnte also zwischen GKV- und PKV-Unternehmen ein Wettbewerb unter einheitlichen Startbedingungen stattfinden. Dazu wären natürlich noch weitere Regelungen zu treffen, die zu einer Angleichung führen. Darunter fällt z.B., dass neben PKV-Unternehmen auch GKV-Unternehmen Zusatzversicherungen anbieten dürfen etc. Um vergleichbare Bedingungen im Beitragswettbewerb zur erhalten, müssten PKV-Unternehmen die Möglichkeit erhalten, für die GKV-äquivalenten Leistungen auch im ambulanten Leistungsbereich vergleichbare Preise zu erzielen.

Juristisch wäre vor der Einführung des Verfahrens zu prüfen, ob nicht in dieser Konstellation, in der die Alterungsrückstellung für die GKV-äquivalenten Leistungen von der Solidargemeinschaft aus GKV und PKV-Versicherten finanziert werden, die Übertragung der Alterungsrückstellung für den direkten Wechsel zwischen PKV-Unternehmen gefordert werden muss. Denn das Verfallen der Alterungsrückstellung im Zuge des Unternehmenswechsels von PKV nach PKV bedeutet einen Verlust von solidarisch finanziertem Kapital.^{15, 16}

Aus den hier und in Sehlen / Hofmann / Reschke 2005 vorgestellten Verfahrenstechniken ließen sich auch Vorgehensweisen für andere Ausgestaltungen der Beziehungen zwischen privaten und gesetzlichen Versicherungsunternehmen konstruieren.

Literatur

- Bohm, Steffen; Jacobs, Klaus; Reschke, Peter (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeptionelle und empirische Analysen in wettbewerblicher Analyse, Düsseldorf.
- Pfaff, Martin (1995): Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen: Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion, in: Arbeit- und Sozialpolitik, 49. Jg., S. 41-46.

- Reschke, Peter; Sehlen, Stephanie (2005): Methoden der Morbiditätsadjustierung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 59 Jg., H 1, S. 10-19.
- Reschke, Peter; Sehlen, Stephanie; Schiffhorst, Guido; Schröder, Wilhelm F.; Lauterbach, Karl W.; Wasem, Jürgen (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Schriftenreihe, Band 155, Baden-Baden: Nomos.
- Sehlen, Stephanie; Hofmann, Jürgen; Reschke, Peter (2005): Private Krankenversicherung und Bürgerversicherung. Zwei Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsgrundlage einer Bürgerversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 59 Jg., H.5/6, S. 52-61.
- Wasem, Jürgen; Gress, Stefan (2004): Zur Integration der Privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Ursula Engelen-Kiefer (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung – Wie das Gesundheitssystem solidarischer finanziert werden kann, Hamburg: VSA-Verlag, S. 78-84.

Fußnoten

- 1 Die hier vorgestellten Untersuchungsergebnisse sind Teil eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projektes zu konzeptionellen Fragen der Bürgerversicherung. Der Endbericht liegt vor, die Veröffentlichung wird im Frühjahr 2006 erwartet.
- 2 Das im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projektes erstellte Gutachten von Herrn Prof. Dr. Klaus-Jürgen Bieback (Universität Hamburg, WiSo-Fakultät) zeigt, dass das vorgestellte Verfahren zur Anrechnung der Alterungsrückstellung der PKV-Altkunden für die Bürgerversicherung im Einklang steht mit den Grundrechten von Privatversicherten und Versicherungsunternehmen (Veröffentlichung in Vorbereitung). Die Veröffentlichung wird im Frühjahr 2006 erwartet.
- 3 Vorschläge zur Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich der GKV wurden schon früher geäußert, vgl. z. B. Pfaff, M. (1995), Bohm, S.; Jacobs, K.; Reschke, P. (1996) und jüngst Wasem, J.; Greß, S. (2004). Alle dort beschriebenen Verfahren sehen jedoch Zahlungsströme vor, die nicht kompatibel sind mit dem Kapitaldeckungsverfahren der privaten Krankenversicherung. Die Zahlungsströme in dem hier beschriebenen Verfahren harmonisieren mit dem Auf- bzw. Abbau von Alterungsrückstellungen der PKV-Unternehmen, so dass zumindest für diesen Zweig der Krankenversicherung durch Kapitaldeckung eine Vorsorge gegenüber demographischen Veränderungen erfolgen kann.
- 4 Statt der PKV-Versicherten könnte auch das PKV-Unternehmen in den RSA einbezogen werden. Über die hier beschriebene Variante lassen sich jedoch die Zahlungsströme einfacher veranschaulichen. Dies gilt auch für die im folgenden Satz beschriebene Institution „Einzugsstelle“; ihre Aufgaben könnten auch von der den RSA durchführenden Behörde, dem Bundesversicherungsamt, erfüllt werden.
- 5 Die Prämienzahlung der Einzugsstelle wird wie auch in Verfahren B in Sehlen / Hofmann / Reschke 2005 turnusmäßig aktualisiert entsprechend der Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es werden also entsprechend der versicherungstechnischen Methoden der PKV die Prämienanpassungen vorgenommen.
- 6 Das Verfahren würde transparenter werden, wenn die PKV-Unternehmen die Prämien und Kalkulationen für den GKV-äquivalenten Teil und den Zusatz-Teil separat ausweisen.
- 7 Der kalkulatorische aus RSA-Sicht unterstellte Verlauf der Alterungsrückstellung kann also von der tatsächlich im jeweiligen PKV-Unternehmen vorhandenen Alterungsrückstellung abweichen, vgl. zu den Details den ausführlichen Bericht.
- 8 Für die Organisation eines Unternehmenswechsels zwischen PKV-Unternehmen ist das hier beschriebene Verfahren allerdings nicht hinreichend. Hierfür wäre zusätzlich die Beibehaltung des individuellen Tarifumfangs beim aufnehmenden Unternehmen zu gewährleisten, die für das hier beschriebenen Vorgehen – wegen des einheitlichen Leistungsumfangs der GKV – nicht relevant ist. Die Eröffnung dieser Möglichkeit wird deshalb mit Hilfe des hier konstruierten Verfahrens nicht angedacht.
- 9 An dieser Stelle soll nicht diskutiert werden, ob unter diesen Rahmenbedingungen Zusatzversicherungsprodukte nicht auch von gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden dürfen oder ob (weiterhin) nur die privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit hierzu haben.
- 10 Anstatt des einen Zahlungsstroms für die Auflösungsbeträge der Alterungsrückstellung vom PKV-Unternehmen an die gemeinsame Finanzierungsgrundlage sind hier zwei Zahlungsströme aus Beitragszahlungen und Leistungsausgaben in gegenläufiger Richtung vorgesehen.

Die Trennung in zwei Zahlungsströme macht es für das Verfahren hier leichter, eine morbiditätsorientierte Kalkulation vorzunehmen.

- 11 Selbstbehalte der Vollversicherung werden bei Wechsel in die GKV auf die Zusatzversicherung übertragen, vgl. die in Abschn. 2 in Sehlen / Hofmann / Reschke 2005 beschriebene Verfahrensweise.
- 12 Um die standardisierten Prämienzahlungen, die der PKV-Versicherte aus dem RSA erhält, mit der tatsächlich an das PKV-Unternehmen zu entrichtenden Prämie zu harmonisieren, sollten die PKV-Unternehmen ihr derzeitiges Kalkulationsverfahren für die Risikozuschläge in der oben beschriebenen Weise ändern. Die Kalkulationsweise ermöglicht es auch den PKV-Unternehmen Risikozuschläge für Hochrisiken zu kalkulieren, die von den Unternehmen in der Regel bisher abgelehnt werden. Diese Veränderung kann mit der den Unternehmen zur Verfügung stehenden Technologie durchgeführt werden; es ergeben sich mit der Änderung keine weiteren Anpassungen. So hat sie insbesondere keinen Einfluss auf die kalkulatorische Alterungsrückstellung der Versicherten.
- 13 Zur Funktion und Ausgestaltung morbiditätsorientierter Klassifikationsverfahren vgl. Reschke, P. / Sehlen, S. (2005) sowie zur möglichen Anwendung im Rahmen eines morbiditätsorientierten RSA Reschke, P. / Sehlen, S. / Schiffhorst, G. / Schröder, W.F. / Lauterbach, K.W. / Wasem, J. (2005).
- 14 Vgl. den Ausgestaltungsvorschlag in der ausführlichen Veröffentlichung, die für den Frühjahr 2006 erwartet wird.
- 15 Zwar ergeben sich durch die kalkulatorische Berücksichtigung von „stornierten“ Alterungsrückstellungen auch niedrigere standardisierte Prämienzahlungen, die – solidarisch finanziert – über die Einzugsstelle an PKV-Versicherte gezahlt werden. Hier ist jedoch nur ein pauschaler Ansatz von Stornoquoten möglich. Über die einkalkulierte Stornoquote hinausgehende Kündigungen aus einzelnen PKV-Unternehmen heraus bleiben damit unberücksichtigt.
- 16 Die Alterungsrückstellung, die auf die Zusatzanteile der Vollversicherung gegenüber dem GKV-Schutz entfällt wird in dem hier vorgestellten Verfahren nicht solidarisch, sondern individuell finanziert. Die Behandlung dieser auf die Zusatzleistungen entfallenden Alterungsrückstellung im Rahmen des Unternehmenswechsels wirkt daher vermutlich eine etwas andere juristische Fragestellung auf.

Das gesamte **Nomos** Programm ► suchen ► finden ► bestellen unter **www.nomos.de**



Das Dilemma der modernen Medizin

Gratwanderung zwischen Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Bezahlbarkeit

Herausgegeben von Prof. Dr. Heinrich Reineremann,
Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften, Speyer

2006, 210 S., geb., 42,- €, ISBN 3-8329-1713-6

Unser Gesundheitssystem ist überstrapaziert; das ist mittlerweile ein Gemeinplatz. Denn einerseits müssen immer mehr Ausgaben für medizinische Leistungen aufgebracht werden, weil mit dem wachsenden Bevölkerungsanteil Älterer auch die altersbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen zunehmen und weil der medizinische Fortschritt immer neue Behandlungsmethoden zulässt. Und andererseits halten die Einnahmen damit nicht Schritt, weil das Sozialbeitragsaufkommen demographisch bedingt, aber auch globalisierungs- und konjunkturbedingt sinkt.

Gibt es gangbare Auswege aus diesem Dilemma? Die Johann Joachim Becher-Stiftung zu Speyer hat mit der Auslobung ihres Wissenschaftspreises »Das Dilemma der modernen Medizin: Gratwanderung zwischen Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Finanzierbarkeit« versucht, Antworten zu finden. Vier Wettbewerbsarbeiten wurden ausgezeichnet, die im vorliegenden Band versammelt sind. Sie empfehlen der Gesundheitspolitik, sich folgenden Bereichen verstärkt zuzuwenden: Optimierung klinischer Behandlungspfade, Prävention und Gesundheitsförderung, Ausgaben senkung bei den Erbringern medizinischer Leistungen sowie vermehrte Eigenverantwortung mittels Gesundheitssparkonten.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei:
Nomos Verlagsgesellschaft | 76520 Baden-Baden
Tel. 0 72 21/21 04-37 | Fax -43 | vertrieb@nomos.de



Nomos