

Jahresmitgliederversammlung
des Verbandes der
privaten Krankenversicherung e.V.
am 31. Mai 2006 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Generaldirektor Reinhold Schulte
Vorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung

Zwischen Subsidiarität und Solidarität
– Reformoptionen in der Krankenversicherung –

Gliederung:

1. Ausgang offen: Die Gesundheitsreform in der großen Koalition
2. Ideologie statt Vernunft – Die Defizite in der gesundheitspolitischen Debatte
3. Die wesentlichen Herausforderungen: Demographie und medizinisch-technischer Fortschritt
4. Ohne Konzentration des Leistungskatalogs in der GKV kann es keine nachhaltige Reform geben
5. Angriffe auf die Privatversicherten und die PKV
6. Warum ein langfristig leistungsfähiges Gesundheitswesen eine starke PKV braucht
7. Fazit: Für eine gesunde Zukunft muss die Subsidiarität gestärkt, muss die Dualität von GKV und PKV weiterentwickelt werden

1. Ausgang offen: Die Gesundheitsreform in der großen Koalition

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

in diesen Tagen, in diesen Stunden der PKV-Jahrestagung 2006, verhandelt die große Koalition – nicht weit von unserem Tagungsort – über die Reform des Gesundheitswesens in Deutschland. Spricht man mit Politikern und Beobachtern der gesundheitspolitischen Szene – und das tun wir fortwährend und intensiv –, scheint derzeit alles offen und damit auch vieles möglich zu sein: Eine Reform, die unsere Systemstrukturen fundamental ändern wird und – so der Anspruch – die nächsten 20 Jahre tragen soll – oder doch nur ein Kompromiss auf kleinstem gemeinsamem Nenner, der allenfalls das kurzfristige Stopfen der Finanzlöcher in der GKV erlaubt, die die Politik durch eigenes Handeln geschaufelt hat.

Die große Koalition bezeichnet die Gesundheitsreform als wichtigstes Projekt dieser Bundesregierung. Angesichts von rund 5 Millionen Arbeitslosen, einer desaströsen Situation der öffentlichen Haushalte und eines im internationalen Vergleich stark renovierungsbedürftigen Bildungssystems darf man die Frage stellen, ob die politischen Prioritäten richtig gesetzt sind. Brauchen wir wirklich Radikalreformen in einem Gesundheitssystem, das zwar zweifelsohne fit gemacht werden muss für die Zukunft, das aber noch so leistungsfähig wie kein anderes System auf der Welt ist?

Unter der Überschrift „Reformieren, nicht zerschlagen“ haben wir schon auf unserer Jahrestagung im vergangenen Jahr darauf hingewiesen, dass es darum geht, bewährte Strukturen zu erneuern, nicht abzuschaffen; dass es darum geht, die Menschen in diesen existentiellen Fragen mitzunehmen.

Meine Damen und Herren, man darf also verwundert sein, dass sich die Großkoalitionäre darauf verständigt haben, der Gesundheitsreform die größte politische Bedeutung beizumessen. Und man darf auch verwundert sein – vielleicht muss man sogar empört sein –, dass diese als so außerordentlich wichtig bezeichnete Reform hinter verschlossenen Türen verhandelt wird. So gibt es kaum substantielle inhaltliche Äußerungen der verantwortlichen Politiker. Die Verhandlungen werden unter Ausschluss der Öffentlichkeit, unter Ausschluss der betroffenen Akteure und damit auch unter Ausschluss des für eine tragfähige Reform notwendigen Sachverständigen geführt. Notwendige Diskussionen in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit finden nicht statt oder beschäftigen sich allenfalls mit Spekulationen und den dann regelmäßig folgenden Dementis.

Man darf auch verwundert sein – und ich bin in der Tat sehr verwundert darüber –, dass auch das Parlament faktisch ausgesperrt ist. So werden die notwendigen Auseinandersetzungen in Parlament und Öffentlichkeit erst zu einem Zeitpunkt geführt werden können, zu dem die Grundlinien der Reform bereits erarbeitet worden sind – kein Musterbeispiel für Demokratie!

Wenn die Akteure schon keinen unmittelbaren Einfluss auf Richtung und Inhalt der Gesundheitsreform nehmen können, so können doch Erwartungen formuliert werden. Und meine Erwartung – die Erwartung der privaten Krankenversicherung – ist, dass sich die verantwortlichen Politiker vor der Beantwortung von Detailfragen zunächst einmal über die

Grundrichtung der Reform einig werden müssen: Wollen wir in der Gesundheitspolitik einen Weg beschreiten, der immer weiter in Richtung mehr Staat geht oder wollen wir die Freiheitsgrade – und damit auch die Verantwortung – der unmittelbar Systembeteiligten erhöhen?

Die Antwort der privaten Krankenversicherung auf diese Richtungsfrage ist eindeutig: Wir müssen – um mit Bundeskanzlerin Angela Merkel zu sprechen – „mehr Freiheit wagen“. Nein, wir dürfen dem Staat nicht immer weitere Aufgabe zuweisen, die ihn noch mehr fordern, ja überfordern. Wir dürfen den Bürgern nicht weitere Zwangsabgaben auferlegen und das System einer weiter verstärkten staatlichen Regulierung aussetzen. Wir müssen vielmehr die Freiheitsgrade erhöhen. Dabei ist klar: Freiheit bedeutet nicht Anarchie – selbstverständlich muss der Staat, muss die öffentliche Hand die Rahmenbedingungen setzen. Diese müssen allerdings so ausgestaltet sein, dass Wettbewerb und Wahlfreiheit gestärkt sowie Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit ermöglicht werden. Die private Krankenversicherung, meine Damen und Herren, hat gezeigt, dass diese Prinzipien keine Gegensätze sind, sondern zum Nutzen der Versicherten und des Gesundheitssystems insgesamt zusammenwirken. Die PKV hat millionenfach den Beweis für die Einhaltung ihrer Leistungsversprechen angetreten und garantiert diese auch für die Zukunft verlässlich.

2. Ideologie statt Vernunft – Die Defizite in der gesundheitspolitischen Debatte

Liest man den Koalitionsvertrag, so wird deutlich, dass weder die Bürgerversicherung – richtiger: die Bürgerzwangsversicherung – noch die Gesundheitsprämie in Reinkultur verwirklicht werden. Und dies ist ein gutes Ergebnis für die Menschen in unserem Land. Mit beiden Modellen hätte man unser gegenwärtiges System, das zukunftsfähig weiterentwickelt werden kann, ohne Not zerschlagen. Zerschlagen, ohne an seine Stelle etwas Gleichwertiges oder gar Besseres zu setzen.

Jetzt kommt es darauf an, dass bei der Suche nach einem „dritten Weg“ nicht aus Gründen der politischen Gesichtswahrung untaugliche Kombinationen beider Ursprungsmodelle konstruiert werden. Die Nachteile zweier ungeeigneter Reformmodelle zu kombinieren, wird nicht zu einer guten, sondern zu einer schlechten Reform führen.

Die Gesundheitsreform, meine Damen und Herren, wird nicht dann erfolgreich sein, wenn sie eine politische Mehrheit gefunden hat. Sie wird nur dann Erfolg haben, wenn das Reformmodell geeignet ist, die aktuellen und zukünftigen Probleme zu lösen. Ich sage es noch einmal klar und deutlich: Ziel darf nicht die politische Gesichtswahrung sein, die Messlatte für eine erfolgreiche Gesundheitsreform ist vielmehr ihr Potential zur Problemlösung, ihre Zukunftsfähigkeit.

Eine Reform muss Antworten auf die tatsächlichen Herausforderungen geben. Das ist die Messlatte. Diese Herausforderungen resultieren vor allem aus der demographischen Entwicklung in Deutschland und aus der Dynamik des medizinisch-technischen Fortschritts.

Diese Herausforderungen werden auch dann nicht kleiner, wenn man ideologisch motiviert Randfragen diskutiert und Stimmungen in der Bevölkerung fördert oder bedient, die dann einen medienwirksamen Niederschlag finden mögen, aber kein einziges strukturelles Problem in der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen im Stande sind.

Ich spreche hier von der insbesondere von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt angezettelten Neiddebatte.

Mit Neiddebatten und Symbolpolitik mögen einem die Schlagzeilen von heute gehören. Symbolpolitik kann im einen oder anderem Fall auch durchaus populär sein – ein Beispiel hat die große Koalition ja gerade erst vor wenigen Tagen mit der sogenannten Reichensteuer geliefert. Symbolpolitik ersetzt jedoch nicht die notwendige Problemlösung. Allerdings lenkt sie davon ab, setzt die eigentlich zu behandelnden Themen auf die Tagesordnung für die nächste Legislaturperiode – vielleicht regiert dann ja eine andere Konstellation –, macht damit die Probleme und die Schwierigkeiten, sie zu lösen, jedoch noch nur größer.

3. Die wesentlichen Herausforderungen: Demographie und medizinisch-technischer Fortschritt

Zunächst zur demographischen Entwicklung:

Der Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland wird sich in den kommenden 40 Jahren gewaltig verändern. Die Zahl der 21- bis 60-Jährigen wird nach Prognosen des statistischen Bundesamtes bis zum Jahre 2050 auf 47 % sinken. Gleichzeitig wird der Anteil der über 60-Jährigen auf fast 37 % steigen. Aber immer noch gibt es Politiker und Kommentatoren – deren Zahl wird allerdings kleiner –, die diese Entwicklung bagatellisieren. Das ist verantwortungslos.

Die völlig neuen Relationen zwischen Jung und Alt – ein soziales Geschehen ohne historische Vorerfahrung! – wird mit einer demographisch bedingten Ausgabendynamik in der Krankenversicherung bislang ungeahnten Ausmaßes einhergehen.

Wenn auch die Folgen der demographischen Entwicklung erst langfristig ihre volle Dramatik entfalten, ist das demografische Problem doch schon heute bei der gesetzlichen Krankenversicherung angekommen. Ich spreche von der dramatischen Unterfinanzierung der Krankenversicherung der Rentner. Die heutigen Rentner zahlen mit ihren Beiträgen nur rund 41 % der von ihnen verursachten Kosten. Der jährliche Fehlbetrag in der Krankenversicherung der Rentner, der von der abnehmenden Zahl junger Erwerbstätiger finanziert werden muss, beläuft sich Jahr für Jahr auf rund 35 Milliarden Euro – Tendenz steigend –, weil einerseits der Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung zunehmen und sich andererseits das heutige Rentenniveau für die Zukunft nicht mehr halten lassen wird. Die Unterfinanzierung der Krankenversicherung der Rentner ist daher ein Defizit mit strukturell steigender Dynamik, die durch den medizinisch-technischen Fortschritt noch beschleunigt wird.

Damit komme ich zum zweiten Stichwort: Der medizinisch-technische Fortschritt.

In einem atemberaubenden Tempo entstehen immer neue Möglichkeiten der Heilbehandlung. Krankheiten, die vor einigen Jahren noch als unheilbar galten, können heute erfolgreich behandelt oder doch zumindest erträglich gestaltet werden. Die Folgen der Demografie und des medizinischen-technischen Fortschritts mögen sich analytisch sauber voneinander trennen lassen, in der Praxis aber treten sie in einen Wirkungszusammenhang, da medizinische Leistungen naturgemäß deutlich überproportional von den Älteren in Anspruch genommen werden. Doch das hat seinen Preis – und dieser Preis wird in Zukunft stark steigen. Dafür Finanzierungsformen zu finden, die – wie die Umlagefinanzierung – nicht alles auf unsere Kinder und Enkel abschieben, das meine Damen und Herren, ist die große Aufgabe der Gesundheitsreform.

Sofern wir nicht sehr bald handeln – die Private Krankenversicherung hat dazu bereits im vergangenen Jahr einen mutigen, aber realisierbaren Vorschlag gemacht –, werden wir die nachwachsenden Generationen und damit unsere eigenen Kinder und Enkel überfordern.

Doch die Grenzen der Belastbarkeit sind bereits erreicht – nicht nur in der Sozialversicherung! So hat die offizielle Staatsverschuldung in diesem Jahr erstmals die Marke von 1,5 Billionen Euro überschritten. Hinzu kommen als implizite Staatsverschuldung die bereits aufgebauten Renten- und Pensionsansprüche von 4 bis 6 Billionen Euro! Das darf so nicht weitergehen!

Doch die große Koalition senkt weder Schulden noch verfolgt sie eine Politik relevanter Einsparungen. So folgt im kommenden Jahr die größte Steuererhöhung der Nachkriegsgeschichte. Wachsende Staatsverschuldung **und** Erhöhung der Steuern und Abgaben – das exakt ist die unheilvolle Spirale einer immer weiter steigenden Belastung heutiger und zukünftiger Generationen, die die PKV, von ihrem Auftrag her dem Generationendenken verpflichtet, in aller Deutlichkeit monieren muss und immer monieren wird.

4. Ohne Konzentration des Leistungskatalogs in der GKV kann es keine nachhaltige Reform geben

Die Bundesregierung wäre gut beraten, investierte sie nur annähernd so viel Energie und Kreativität in die Senkung von Ausgaben, wie darin, die Einnahmen zu erhöhen und die Bürger zusätzlich zu belasten.

Ausgehend von der These, wir hätten in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich ein Einnahmenproblem, überbieten sich die politisch Verantwortlichen in Vorschlägen, der GKV mehr Geld zuzuführen.

Doch die vorgebliche große Einnahmeschwäche der GKV hält einer soliden Nachprüfung nicht stand. Das Volkseinkommen pro Kopf wuchs von 1991 bis 2004 um 35 Prozent. Das beitragspflichtige Einkommen der Versicherten in der GKV ist im gleichen Zeitraum mit 39 Prozent jedoch deutlich schneller gestiegen. Damit hat die GKV überproportional vom wirtschaftlichen Wachstum profitiert. In Wahrheit ist die Einnahmehasis der GKV also durchaus fundiert.

Angesichts dieser Fakten können und dürfen die für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen nicht mit dem Ziel an das Reformwerk herangehen, die Einnahmen immer weiter zu erhöhen. Vielmehr ist es unsausweichlich, die Ausgabenseite der GKV in den Blick zu nehmen und zu fragen, welcher Umfang an Gesundheitsleistungen im Umlageverfahren zu finanzieren ist und für welche Gesundheitsleistungen die Versicherten eigenständig Vorsorge treffen können. In diesem Sinne hat sich kürzlich Kardinal Lehmann für eine Wiederbelebung des Subsidiaritätsprinzips ausgesprochen. In einer eindrucksvollen Rede hat der Kardinal den Wohlfahrtsstaat für den Verlust menschlicher Energie verantwortlich gemacht. Die soziale Marktwirtschaft sei im Laufe der Jahrzehnte durch Entwicklungen überlagert worden, die die Grundprinzipien unseres Miteinanders, wie Eigeninitiative, Selbstverantwortung, Leistungsbereitschaft und Mut zum Wettbewerb gefährdeten. Zwar müsse – so der Theologe – gewährleistet bleiben, dass Großrisiken, wie lebensbedrohliche, chronische Krankheiten oder finanziell vom Patienten nicht zu bewältigende Risiken von der GKV abgesichert werden, nicht aber jegliche kleineren Erkrankungen. Sozialpolitik dürfe nicht auf Verteilungspolitik reduziert werden. Vielmehr müsse Sozialpolitik den Blick auf eine nachhaltige, zukunftsorientierte Struktur richten.

Was folgt aus dieser richtigen Analyse an Schlussfolgerungen für die anstehende Gesundheitsreform? Für mich folgt daraus zwingend, dass sich die gesetzliche Krankenversicherung auf ihre Kernaufgaben konzentriert und sich so den finanziellen Spielraum verschafft, den medizinisch-technischen Fortschritt in den Kernbereichen der Medizin unter den dargestellten demographischen Veränderungen auch in Zukunft für alle bereitstellen zu können. Nur eine Politik, die die Grenzen der Belastbarkeit der jetzt aktiven und insbesondere der nachwachsenden Generationen beachtet, die den Begriff der Solidarität um den der Generationensolidarität erweitert, ist wahrhaft solidarisch.

Unsere Vorschläge zur Konzentration, zur Einschränkung des Leistungskatalogs in der GKV liegen auf dem Tisch. Sie reichen von der Streichung bzw. sachgerechten Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen über die Streichung von

Satzungsleistungen bis hin zu Vorschlägen, ganze Leistungsstränge in die Eigenverantwortung zu überführen bzw. in der kapitalgedeckt finanzierten privaten Krankenversicherung abzusichern.

Im letzten Jahr habe ich detailliert unsere Vorschläge zur Ausgliederung von Zahnersatz und Zahnbehandlung, Krankengeld und privaten Unfälle vorgestellt. Diese Vorschläge haben unverändert ihre Gültigkeit und die Politik wäre gut beraten, sich mit diesen Vorschlägen vorurteilsfrei und konstruktiv auseinander zu setzen. Alles in höchster Qualität für alle an jedem Ort bereitzustellen – einschließlich sämtlicher Innovationen – und dies angesichts der unumkehrbaren demografischen Entwicklung, wird in der umlagefinanzierten GKV nicht möglich sein.

Ich sehe sehr wohl, dass eine Politik, die auf solche notwendigen Einschränkung des Leistungskatalogs in der GKV abzielt, sich in der Bevölkerung nicht beliebt macht. Angesichts der demographischen Entwicklung und der notwendigen Integration von Innovationen in den Leistungskatalog der GKV bleibt jedoch keine Alternative. Und: Mit den Steuererhöhungen setzt die große Koalition ziemlich ungerührt Unpopuläres durch. Den gleichen Durchsetzungswillen würde man sich an dieser hilfreichen Stelle wünschen. Vorbild könnte das europäische Ausland sein. Auch in Deutschland muss die Eigenverantwortung gestärkt werden. Mehr Leistungen müssen demographiefest in der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung abgesichert werden.

5. Angriffe auf die Privatversicherten und die PKV

Gerade auch für die Neujustierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist die private Krankenversicherung unverzichtbar.

Doch was geschieht in der aktuellen gesundheitspolitischen Auseinandersetzung? Viele politische Kräfte – insbesondere in der SPD, an ihrer Spitze die Bundesgesundheitsministerin –, überbieten sich mit Vorschlägen, die private Krankenversicherung zu schwächen und ihre Versicherten, die bereits heute einen überproportionalen Solidaritätsbeitrag für das Gesundheitswesen leisten, zusätzlich zur Kasse zu bitten.

Dabei wird argumentiert, dass ohne einen zusätzlichen, fühlbaren Beitrag der Privatversicherten die gesetzliche Krankenversicherung im nächsten Jahr in ein Milliardendefizit laufe. Hier verschweigt die Politik allerdings, dass sie heute ein drängendes Problem lösen muss, das sie mit der Koalitionsvereinbarung vor wenigen Monaten selbst herbeigeführt hat, nämlich die Streichung des Zuschusses aus der Tabaksteuer sowie die Erhöhung der Mehrwertsteuer, auch für Arzneimittel. Würden beide Maßnahmen rückgängig gemacht, sähe die Lage für die GKV wesentlich entspannter aus.

Lassen Sie mich kurz Stellung zu einzelnen Vorschlägen nehmen, die eine Schwächung der privaten Krankenversicherung, eine Zusatzbelastung der Privatversicherten und ganz allgemein einen Angriff auf das Modell der privaten Krankenversicherung zum Ziel haben.

- Erschwerung des Zugangs zur PKV durch Anhebung der Versicherungspflichtgrenze

Ein Dauerbrenner in der Finanzdiskussion ist die weitere Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. Bereits zum 1. Januar 2003 – verantwortlich damals war die rot-grüne Koalition – wurde die Versicherungspflichtgrenze um 450,- Euro erhöht. Mit dramatischen Folgen für die Wahlfreiheit der in der GKV freiwillig Versicherten und damit für den Versichertenzugang zur privaten Krankenversicherung im Angestelltenbereich. Wir stellen heute fest, dass aufgrund der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze im Jahre 2003 die PKV im Angestelltenbereich inzwischen keinen Nettozuwachs mehr zu verzeichnen hat. Und warum das alles? Hat die GKV davon profitiert? Die Antwort ist „nein“! Selbst diese deutliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze hat kein Finanzierungsproblem der GKV gelöst. Sie hat nicht einmal beitragsatzdämpfend gewirkt – denn für dieses Ziel ist sie auch ein völlig ungeeignetes Instrument.

Trotz dieser frischen, klar dokumentierten Erfahrung wird die SPD nicht müde, eine weitere Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze zu fordern. Ich warne die große Koalition ausdrücklich davor, hier irgendwelche Tauschgeschäfte anzubieten. Denn eine noch höhere Versicherungspflichtgrenze würde die Wahlfreiheit der freiwillig versicherten Angestellten wie auch den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV definitiv beenden und würde die faktische Einführung der Bürgerversicherung im Angestelltenbereich bedeuten. Und dies, wohl gemerkt, ohne der GKV damit zu helfen. Denn eines steht fest: Die Angestellten, die von der GKV in die PKV

wechseln, haben die gesunde Hälfte ihres Lebens in der GKV verbracht und werden die Hälfte ihres Lebens, in der sie nach aller Erfahrung krank werden, in der PKV verbringen. Kurzum: Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist für die GKV bereits mittelfristig ein Minusgeschäft. Was also soll eine solche Politik?

- Einbezug in den Risikostrukturausgleich

Viele in der SPD kämpfen mit ihrer ganzen politischen Kraft für eine Einbeziehung der Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich der GKV. Doch diese Forderung hat keine Grundlage. Es gibt kein Solidaritätsdefizit an der Grenze von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Privatversicherten leisten Solidarität in zweifacher Ausprägung: Zum einen, indem sie für ihre mit dem Alter steigenden Krankheitskosten durch die Bildung von Alterungsrückstellungen vorsorgen, zum anderen, indem sie über höhere Honorare und Preise im Gesundheitswesen einen unverzichtbaren Finanzierungsbeitrag für eine flächendeckende Breitenversorgung leisten. Die Privatversicherten über diese Solidarbeiträge hinaus zur Kasse zu bitten, bedeutete eine ungerechtfertigte Zusatzbelastung. Doch nicht nur die sachliche und moralische Rechtfertigung fehlen – ein Einbezug der PKV-Versicherten in den RSA ist zudem versicherungstechnisch nicht möglich und stößt an rechtlich unüberwindbare Grenzen.

Denn, meine Damen und Herren, ein Risikostrukturausgleich ist nur dort angezeigt, wo – anders als in der PKV – nicht risikoadäquat kalkuliert wird. Es kann ja kaum angehen, dass ein privat versicherter Ehegatte, der in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei wäre, in der privaten Krankenversicherung jedoch einen adäquaten Beitrag zahlt, zusätzlich belastet wird, um die beitragsfreie Familienmitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufrecht zu erhalten! Die Absurdität dieses Vorschlags wird auch dann deutlich, wenn auch privatversicherte Kinder zur Kasse gebeten werden sollen. Denn sie zahlen in der privaten Krankenversicherung einen Beitrag, im Gegensatz zu den Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch ist nicht begründbar, dass Versicherte, die für ihren Privatversicherungsschutz einen altersgerechten Beitrag zahlen, zudem für die mit ihrem Alter steigenden Gesundheitskosten durch die Bildung von Alterungsrückstellungen vorsorgen, zusätzlich noch für das Demographieproblem in der gesetzlichen Krankenversicherung eintreten sollen. Das ist absurd!

Und außerdem: Wo ist die Rechtsgrundlage? Wie könnte sie geschaffen werden? Kann der Gesetzgeber überhaupt in Privatversicherungsverträge eingreifen? Diese Grundlage gibt es nicht und kann es nicht geben. Insofern kann weder der Bestand, noch können Neuversicherte in der privaten Krankenversicherung mit Zusatzabgaben belastet werden, die ausschließlich den GKV-Versicherten zugute kommen.

Ein derartiger Finanztransfer – dies gilt im Übrigen auch für alle seine Varianten – kann auch nie und nimmer mit der angeblich größeren ökonomischen Leistungsfähigkeit der PKV-Versicherten begründet werden. So genannte Besserverdienende gibt es zwar in der PKV, aber es gibt sie auch – und wahrscheinlich in deutlich höherer Zahl – in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Und ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es auch in der privaten Krankenversicherung Versicherte mit mittlerem und kleinerem Einkommen. Wo sind sie denn, die angeblich starken Schultern des Polizeibeamten mit einem Bruttoverdienst von oft unter 2.500,- Euro? Wo ist die Belastungsgrenze für einen jungen Selbständigen? Wieso sollen Familien in der PKV, die für alle Familienmitglieder zusammen einen oft höheren Beitrag zahlen, als sie in der GKV zahlen müssten, zusätzlich belastet werden? – Die Antwort liegt auf der Hand: Eine Forderung nach Einbezug der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich hat kein Argument auf ihrer Seite. Sie entspricht einzig und allein sozialer Willkür.

Lassen Sie mich an diesem Punkt auch deutlich sagen: Entgegen anders lautenden Gerüchten – wer immer sie auch gestreut haben mag – hat die PKV niemals ein Angebot an die Politik gemacht und sie wird es auch nicht machen, um sich, wie gelegentlich kolportiert wird, „frei zu kaufen“. Warum sollte sie dies tun? Die PKV leistet seit Jahrzehnten verdienstvolle Arbeit im Gesundheitssystem Deutschlands. Und wir leisten sie erfolgreich. Wir brauchen und wir suchen deshalb keinen Ablass. Unsere Rechtfertigung ist die Sicherheit von mehr als 8 Millionen privat versicherter Menschen, die im Krankheitsfall bestmöglich versorgt sind und bereits heute einen unverzichtbaren, überproportionalen Solidarbeitrag für das Gesamtsystem leisten. Deren Geld und Vertrauen werden wir nicht durch irgendwelche Kompensationsgeschäfte aufs Spiel setzen.

- Mehr Wettbewerb

Meine sehr geehrten Damen und Herren, unter den Stichworten „mehr Wettbewerb“ und „mehr Wahlmöglichkeiten“ wird mitunter die Forderung erhoben, der gesetzlichen Krankenversicherung so genannte Wahltarife zuzugestehen oder ihr gar die Kompetenzen zu geben, die die private Krankenversicherung im Bereich der Zusatzversicherungen hat.

Wer diese Forderungen erhebt, verkennt die unterschiedliche Funktionsweise von GKV und PKV. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Platz für differenzierte Leistungspakete. Bei Umlagefinanzierung und Kontrahierungszwang bedeutete dies geradewegs eine Einladung zum Vorteilshopping, bei der junge und gesunde Versicherte mit einem niedrigeren Leistungspaket Beitragsvorteile realisieren, um im Alter oder im Krankheitsfall in De-Luxe-Tarife zu wechseln. Die Zeche für dieses Vorteilshopping würden jeweils die Alten und Kranken zu zahlen haben. Solidarisch ist dies jedenfalls nicht.

Demgegenüber gilt in der privaten Krankenversicherung das Äquivalenzprinzip. Verändert der Versicherte sein Leistungspaket, trägt er auch die sachgerechte Anpassung und bürdet sie nicht der Solidargemeinschaft auf.

Im Übrigen: Die gesetzliche Krankenversicherung bezieht ihre Legitimation daraus, dass sie für den schutzbedürftigen Teil der Bevölkerung die notwendigen medizinischen Leistungen bereitstellt. Ist eine Leistung notwendig, gehört sie in den Pflichtleistungskatalog. Ist sie es aber nicht, gibt es in einer freiheitlichen

Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung keine Rechtfertigung, dass eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, mit allen staatlichen Privilegien ausgestattet, in Konkurrenz zur privaten Versicherungswirtschaft tritt.

- Portabilität der Alterungsrückstellung

Ebenfalls mit dem Argument von „mehr Wettbewerb“ wird die Forderung nach Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung begründet. Wer dies fordert, übersieht erstens, dass in der PKV ein sehr intensiver Wettbewerb um Versicherte besteht und es sehr wohl auch einen beträchtlichen Wechsel gibt. Und er nimmt zweitens nicht zur Kenntnis, dass die Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung – der Bundesgerichtshof hat dies bestätigt – kollektiven Charakter haben. Die private Krankenversicherung ist keine Sparkasse mit einem individuell zurechenbaren Guthaben.

Eine Wechselmöglichkeit setzt voraus, dass die PKV-Unternehmen einem Kontrahierungszwang unterworfen werden. Kontrahierungszwang wiederum kann es nur bei einem standardisierten Versicherungsschutz geben – anders geht es im Übrigen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Und Kontrahierungszwang wiederum setzt einen Poolausgleich voraus. Alle drei Bedingungen sind für die Bestandsversicherten heute nicht gegeben. Insofern verlangt die Politik, sollte sie auf einem nachteilsfreien Wechsel für den Bestand bestehen, objektiv Unmögliches.

Für Neuversicherte allerdings kann ein nachteilsfreier Wechsel im Rahmen eines unternehmensübergreifend anzubietenden standardisierten Schutzes eröffnet werden. Wir haben dazu einen entsprechenden Vorschlag gemacht, der die Unterstützung des Gesetzgebers voraussetzt, von Bundesgesundheitsministerin Schmidt allerdings abgelehnt wurde.

So wenig sich die Bundesministerin für Gesundheit für unseren damaligen Vorschlag interessierte, so begehrlig blickt sie wohl auf die angesammelten Alterungsrückstellungen in der PKV. Es ist offensichtlich, dass diejenigen, die im Namen von „mehr Wettbewerb“ nicht nur eine Portabilität der Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV, sondern auch von der PKV zur GKV fordern, den Menschen Sand in die Augen streuen und verschweigen, worum es ihnen tatsächlich geht: Nämlich der GKV angesichts ihres strukturellen Defizits neue Finanzquellen zu erschließen, die Alterungsrückstellungen in der PKV anzuzapfen und damit ein Einheitssystem vorzubereiten.

- Angleichung der Vergütungen in GKV und PKV

Wenn es nach der Gesundheitsministerin geht, soll es demnächst eine einheitliche Vergütung für die Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten geben. Ihre Forderung begründet sie mit einer sich angeblich verstärkenden Zwei-Klassen-Medizin. So hat die Gesundheitsministerin Ende vergangenen Jahres sehr medien-

wirksam unterschiedliche Wartezeiten für GKV- und PKV-Patienten beklagt – so, als ob dies das wichtigste Merkmal unseres Gesundheitssystems sei. Das Killer-Wort von der „Zwei-Klassen-Medizin“ machte die Runde und füllte die Talkshows – so, als ob in Deutschland notwendige Operationen sich je nach Kassenzugehörigkeit unterscheiden oder verschoben würden.

Wie irreführend dies ist, zeigt eine Studie des eng an das Gesundheitsministerium angebotenen „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, das Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern Bestnoten für die allgemeine Gesundheitsversorgung gibt.

Doch sind Unterschiede – insbesondere im Service, in der Terminvergabe – nicht zu leugnen. Doch was ist der Grund dafür? Es ist unredlich, die Unterschiede den Ärzten oder der PKV anzulasten. Was ist denn das gesundheitspolitische Problem? Die vermeintliche Besserversorgung oder die Schlechtersorgung? Dort, wo es Unterschiede gibt, sind sie das Ergebnis der politisch zu verantwortenden restriktiven Budgetierung im GKV-Bereich – und nichts anderes. Ohne Beendigung der Budgetierung werden sich in der Tat die Tendenzen hin zur Zwei-Klassen-Medizin verschärfen. Das ist von der PKV aber weder verursacht noch gewollt.

Da hilft auch ein einheitliches Vergütungssystem nicht, wie internationale Erfahrungen zeigen. In allen Einheitssystemen weltweit bildet sich auf der Basis eines einheitlichen Versicherungsrahmens eine echte Zwei-Klassen-Medizin heraus, mit herausragenden Leistungserbringern, die ausschließlich außerhalb des gesetzlichen Einheitssystems, dann zu deutlich höheren Honoraren, tätig werden. In Deutschland dagegen kommt die Leistungsfähigkeit der Selbstzahler allen zugute: In Form überproportionaler Zahlungen von Privatversicherten in das Gesundheitssystem – und dies mit jährlich steigender Tendenz. Ein Einheitssystem führt demgegenüber zu einer schlechteren Versorgung für alle. In der Folge bilden sich graue und schwarze Märkte. Eine merkwürdige Vorstellung von Gerechtigkeit, die sich hier mit solchen Reformabsichten verbindet.

Und, meine Damen und Herren, eine merkwürdige Vorstellung von Vertragsfreiheit, will doch die große Koalition den Systembeteiligten – und hierzu gehört zweifelsohne die private Krankenversicherung – mehr Kompetenzen zur Einflussnahme auf Qualität, Menge und Preis der Leistungen einräumen. Nun ist es aber unredlich, auf der einen Seite die unmittelbar Systembeteiligten in die Pflicht zu nehmen, um in der Folge guter Vertragsabschlüsse zu einer besseren Versorgung zu kommen, ihnen auf der anderen Seite jedoch bereits vorab das Ergebnis der Vertragsverhandlungen vorzugeben – hier in Form einheitlicher Honorare. Diesen Weg können und werden wir – und hier besteht größte Einigkeit mit der Ärzteschaft – nicht mitgehen.

- Das Fondsmodell

Kommen wir zu dem wahrscheinlich aktuellsten Vorschlag für neue Strukturen im Gesundheitswesen, das sogenannte Fonds- oder Kauder-Modell. Es sieht vor, dass GKV-Versicherte und ihre Arbeitgeber – wie bisher, wenn auch nur bis zu einer

prozentualen Obergrenze – einkommensabhängige Beiträge zahlen. Die Beiträge sollen jedoch nicht mehr direkt an die gesetzliche Krankenkasse, sondern an einen Fonds gezahlt werden, der seinerseits für jeden Erwachsenen einen im Prinzip einheitlichen Beitrag an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse zahlt, bei der das Versicherungsverhältnis besteht.

Mit diesen und seinen weiteren Besonderheiten kann das Kauder-Modell als interessanter Vorschlag zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen werden. Auch wenn sich damit neue Fragen stellen, gerade auch vor dem Hintergrund des notwendigen Bürokratieabbaus. Doch: Die zentralen Probleme des Gesundheitswesens – Demografie, medizinisch-technischer Fortschritt – sind damit nicht gelöst.

In keinem Fall jedoch, meine Damen und Herren, eignet sich der Gesundheitsfonds zur Einbeziehung der PKV-Versicherten. Wer die Einbeziehung der PKV in den Fonds fordert, lockert gerade nicht den Lohnbezug bei der Finanzierung der Krankenversicherung, sondern er verstärkt ihn, indem privatversicherte Arbeitnehmer, die heute lohnunabhängige Prämien zahlen, in die lohnbezogene Finanzierung gezwungen werden.

Hinzu kommt, dass die vom Fonds ausgezahlten Kopfprämien in keinem Fall die tatsächlichen Kosten der Privatversicherten decken. Privatversicherte müssten also noch die überwiegend erhebliche Differenz zur risikoäquivalenten Prämie ihrer Versicherung zusätzlich zahlen. Bei fast allen Privatversicherten käme es zu einer unzumutbaren Mehrbelastung, die die Mehrzahl der PKV-Versicherten gar nicht schultern könnte. Die Konsequenz wäre eine Massenabwanderung aus der PKV in die GKV.

Doch gerade dies will die SPD, gerade dies will die Gesundheitsministerin mit ihrer Forderung, die PKV in die Fondslösung einzubeziehen, erreichen. Damit wäre die Bürgerversicherung – wenn auch unter einem anderen Namen – realisiert.

Geradezu absurd wäre es, wenn die Union – die stärkste Fraktion und die Kanzlerin stellend – diesem Bürgerversicherungsmodell die Hand reichen würde, ein Modell, das sie in sieben Jahren Oppositionszeit mit guten Gründen vehement bekämpft und erfolgreich verhindert hat.

- Nicht-Versicherte

Die private Krankenversicherung hat als erste auf die Forderung der Bundesregierung reagiert, vormals Versicherten, die heute keinen Versicherungsschutz haben, unter bestimmten Bedingungen ein Rückkehrrecht in ihre alte Versicherung anzubieten. Dabei sei hier deutlich gesagt: Das Problem der Nicht-Versicherten – im Übrigen quantitativ deutlich kleiner als von interessierten politischen Kreisen immer wieder behauptet – ist nur zu einem geringeren Teil ein Problem ehemaliger PKV-Versicherter. Zu einem größeren Teil sind Nicht-Versicherte

das Problem vormals GKV-Versicherter, die gleichfalls ihren Versicherungsschutz verlieren, wenn die Beiträge nicht gezahlt werden.

So gilt generell: Ein Versicherungsvertrag lebt von der Vertragserfüllung auf beiden Seiten. Es können nicht nur Leistungen gewährt, es müssen auch Beiträge bezahlt werden. Und das muss so bleiben!

Dies vor Augen haben wir im Verband eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die intensiv an Lösungen für dieses Problem arbeitet. Dabei ist klar, dass es nur dann gelöst werden kann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung sich gleichfalls zu einer Lösung bereit erklärt. Auch brauchen PKV und GKV dazu eine Flankierung durch den Gesetzgeber. Eins steht dabei aber fest: Das Problem der Nicht-Versicherten ist überschaubar. Als Hebel für die Einführung der Bürgerversicherung taugt es nicht.

6. Warum ein langfristig leistungsfähiges Gesundheitswesen eine starke PKV braucht

Meine Damen und Herren, in einer freiheitlichen, marktwirtschaftlichen Grundordnung muss sich jedes Zwangssystem rechtfertigen. Der große sozialpolitische Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die sozial Schutzbedürftigen vor existentiellen Gesundheitsrisiken und deren Folgen zu schützen – nicht weniger, aber auch nicht mehr.

Die private Krankenversicherung demgegenüber ist der „natürliche Versicherungsträger“ in einer freiheitlichen Gesellschaft. Sie ermöglicht Wahlfreiheit und Wettbewerb im Rahmen der sozialstaatlichen Ordnung. Die PKV ist ein unverzichtbares Korrektiv für willkürliche Eingriffe des Staates in die gesetzliche Krankenversicherung. Sie ist zudem Garant für die Freiberuflichkeit der Ärzte, die ansonsten einem Nachfragemonopol ausgesetzt wären.

Es gibt, meine Damen und Herren, keine ordnungspolitische Alternative zu einer starken privaten Krankenversicherung, eine gesunde Branche überdies, wie Präsident Sanio heute Morgen noch nach kürzlich durchgeführten Stresstests der BaFin verkündet hat.

Die PKV ist zudem Motor für Innovationen. Viele medizinische Innovationen sind erst in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden, nachdem der Markteintritt über die privat Krankenversicherten erfolgreich verlaufen ist.

Und was uns allen, gerade wenn wir die Zukunftsfähigkeit einer Reform vor Augen haben, besonders wichtig sein sollte:

Die private Krankenversicherung steht wie kein anderes System für Generationengerechtigkeit. Ihr Finanzierungsverfahren – das Prinzip der Kapitaldeckung – garantiert, dass die infolge der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung wachsenden Gesundheitsausgaben nicht auf die ohnehin schon belasteten Schultern unserer Kinder und Enkel gelegt werden.

Und lassen Sie mich abschließend nochmals den unverzichtbaren Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten für unser qualitativ insgesamt hochwertiges Gesundheitswesen mit einer im internationalen Vergleich herausragenden Breitenversorgung betonen. Ohne die Privatversicherten, die höhere Honorare und Preise im Gesundheitswesen zahlen, kämen bei den Leistungserbringern 9,5 Milliarden Euro weniger an. Diese Zahl aus dem Jahre 2004– im Übrigen nie widerlegt – ist von unserem wissenschaftlichen Institut bis auf mehrere Nachkommastellen nachgewiesen worden.

Dass all diese Errungenschaften bei einer falschen Reformpolitik gefährdet sind, hat zwölf Spitzenverbände des Gesundheitswesens und der Wirtschaft veranlasst, an Bundeskanzlerin Angela Merkel zu appellieren, die private Krankenversicherung weder direkt noch indirekt zu schwächen. Vielmehr sei es ein Gebot der Stunde, sie zu stärken.

7. Fazit: Für eine gesunde Zukunft muss die Subsidiarität gestärkt, muss die Dualität von GKV und PKV weiterentwickelt werden

Für eine gesunde Zukunft unseres Gesundheitswesens brauchen wir keine Radikalmodelle. GKV und PKV haben in der Vergangenheit gemeinsam bis zum heutigen Tage für einen international herausragenden Versorgungsstandard gesorgt. Wir sollten das duale System der Krankenversicherung in Deutschland nicht angreifen, sondern es weiterentwickeln und damit stärken. Wir sollten uns die gestaltende Kraft des Wettbewerbs nutzbar machen und sollten auch auf die Bevölkerung hören, die mehrheitlich für dieses duale System eintritt – wie eine Umfrage aus diesem Monat – übrigens nicht von der PKV in Auftrag gegeben – eindrucksvoll zeigt.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein leistungsfähiges System. Noch! Will sie dies bleiben, muss die GKV reformiert werden. Allerdings wird es ihr nicht helfen, wenn sie über mehr Versicherte verfügt. Probleme, die sie mit und für 90 % der Bevölkerung nicht lösen kann, wird sie mit 91, 95 oder gar 100 % der Bevölkerung erst recht nicht lösen können.

Lassen Sie mich mit einem Zitat der amtierenden Bundeskanzlerin und CDU-Vorsitzenden Angela Merkel vom 23. Oktober 2005 schließen. Angela Merkel damals wörtlich:

„Ich halte nach wie vor eine Bürgerversicherung, eine Zwangsversicherung, eine Einheitsversicherung nicht für das, was dem Wesenskern der sozialen Marktwirtschaft gerecht wird. Der Gedanke der sozialen Marktwirtschaft war der, dass solidarische Sicherungssysteme für die gelten sollen, die die Risiken des Lebens nicht alleine schultern können, dass aber all die, die über einer bestimmten Grenze verdienen, für die größeren Risiken des Lebens durch eigene Versicherungen klar kommen können, ...“

Zitatende.

Meine Damen und Herren, derart grundsätzliche Festlegungen und Kursbestimmungen veralten nicht in wenigen Monaten. Sie bleiben richtig, denn sie leben aus der freiheitlichen Grundorientierung, die zum Kennzeichen dieser Demokratie, dieser sozialen Marktwirtschaft in Deutschland wurde.

Solidarität neu zu definieren, Subsidiarität zu stärken, Solidarität und Subsidiarität in eine neue Balance zu bringen, das ist die große Aufgabe und Verantwortung dieser großen Koalition.

Wir helfen mit. Wir schotten uns nicht ab. Wir wollen, dass die Reform gelingt. Und, meine Damen und Herren, wir sind überzeugt: Wir, die private Krankenversicherung, werden gebraucht für die Modernisierung des Gesundheitswesens in Deutschland.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.