

Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherer am 15. Juni 2005 in Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort. -

Pressekonferenz

Eingangsstatement Reinhold Schulte

Meine Damen und Herren,

in 92 Tagen ist (aller Voraussicht nach) Bundestagswahl.
Es wird eine **Richtungswahl** sein, so die
übereinstimmende Einschätzung der politischen Be-
obachter wie der Akteure.

Entsprechend sieht auch der Wahlkampf aus, der ja
schon entbrannt ist. Wesentlich geht es dabei darum,
welche Richtung der **Sozialstaat** Deutschland nehmen
wird. Und das bedeutet, wir stehen mitten in einer
Auseinandersetzung um die Zukunft der Sozialsysteme,
die – so wie sie sind – erkennbar an die **Grenzen ihrer
Finanzierbarkeit** gelangen. Sie werden künftig immer
weniger dem dramatischen demografischen Wandel
gewachsen sein, in dem wir heute schon stehen.

Auch wir wollen eine solche Richtungsentscheidung, sie
ist unbestreitbar notwendig, um die Sozialsysteme bere-
chenbarer zu machen und ihre Zukunftsfähigkeit zu si-
chern. Wir sind aber mit gutem Grund und mit Leiden-
schaft dagegen, dass die Kursentscheidung bei der
Krankenversicherung ausschließlich zwischen zwei **ex-
tremen** Reformalternativen erfolgen soll - nämlich zwi-

schen Bürgerversicherung und Pauschalprämie. Beide Kursrichtungen sind bei weitem noch nicht zu Ende gedacht, beide haben fundamentale Schwächen, beide werden nach unserer Einschätzung - und der vieler anderer Experten - zu einem Schiffbruch des deutschen Gesundheitswesens mit seinem hochwertigen Leistungsstandard führen.

Der Verband der privaten Krankenversicherung stellt deshalb heute ein Konzept vor, das die Gesundheitsdebatte auf einen neuen, auf einen **zukunftsfähigen** Kurs führt. Warum, so fragen wir, soll man ein System zerschlagen, das sich insgesamt hervorragend bewährt hat und grundlegende Strukturelemente enthält, die auch künftig tragen werden?

Die deutsche Gesundheitsversorgung gehört zu den besten der Welt. Warum also überprüft man das bestehende System nicht zunächst einmal auf seine Reformfähigkeit, bevor man es einreißt? Reform heißt schließlich nicht unbedingt, alles Bisherige über Bord zu werfen. Wo Weiterentwicklung des Bestehenden sich als der richtige Weg erweist, sollte man sich darauf konzentrieren. Das allerdings mit Entschiedenheit und Mut.

Ziel einer jeden Gesundheitsreform muss sein:

- die hohe **Versorgungsqualität** zu erhalten,
- der gesamten Bevölkerung den **Zugang** zu einem leistungsfähigen Versicherungsschutz zu bieten,
- die **Bezahlbarkeit** des Gesundheitssystems dauerhaft zu sichern.

Darüber besteht Konsens. Es gilt, eine qualitativ hochwertige Breitenversorgung auch unter veränderten wirt-

schaftlichen, gesellschaftlichen und demografischen Bedingungen zu erhalten - zugleich aber Wahlfreiheit und Wettbewerb zu ermöglichen. Das geht nur mit Reformen im bestehenden System.

Lassen Sie mich diese Ziele detaillierter formulieren und unsere Wege dorthin erläutern:

Die Veränderungen im Bevölkerungsaufbau unseres Landes können inzwischen als bekannt vorausgesetzt werden. Jedenfalls werden diese Erkenntnisse inzwischen nicht mehr verdrängt. Die Auswirkungen auf die Beitragslasten nachfolgender Generationen ebenfalls nicht. Um trotz demografischer Verschiebungen eine langfristig stabile Finanzierung des Gesundheitswesens zu gewährleisten, ist eine Neugewichtung zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren unumgänglich. Denn überall dort, wo Gesundheitsleistungen kapitalgedeckt finanziert werden, bezahlt immer die Generation, die die Leistungen auch in Anspruch nimmt. Bei Umlagefinanzierung muss dagegen die nachfolgende Generation einspringen. Das ist eine Politik gegen unsere Kinder, gegen nachwachsende Generationen. Wir müssen also die Umlagefinanzierung begrenzen und die Kapitaldeckung ausbauen.

Zu den von uns angestrebten Zielen führen zwei Wege:

Erstens: Leistungsbereiche aus der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung werden in die kapitalgedeckte private Krankenversicherung überführt.

Zweitens: Mehr Versicherte werden in der kapitalgedeckt finanzierten privaten Krankenversicherung abgesichert.

Für die Überführung von Leistungen aus der Umlagefinanzierung der GKV in das kapitalgedeckte System der PKV bieten sich insbesondere drei Leistungsbereiche an:

1. Die Absicherung **privater Unfälle**.
2. Die Versicherung der **Zahnbehandlung und des Zahnersatzes**.
3. Die Versicherung des **Krankengeldes**.

Es ist unbestritten, dass mit einer solchen Ausgliederung von Leistungen aus dem Versicherungsschutz der GKV an Besitzstände gerührt wird. Das sind schmerzhaft Veränderungen – sie sind aber letztendlich bei jedem ernsthaften Reformansatz in der Krankenversicherung unumgänglich. Dennoch darf dabei – und wir haben dem Rechnung getragen - die **soziale Balance** nicht aus den Augen verloren werden.

Zu den drei genannten Bereichen im Einzelnen:

Die Folgen von Berufsunfällen werden allein und in vollem Umfang durch den Arbeitgeber abgesichert. Private Unfälle gehören zum persönlichen Lebensrisiko und entspringen häufig sehr persönlichen Entscheidungen – man denke hier an die Ausübung von Risikosportarten.

Die privaten Krankenversicherer wären bereit und in der Lage, diese privaten Unfallrisiken zu **sozialverträglichen** Bedingungen zu übernehmen. Annahmeverpflichtung und Verzicht auf differenzierte Risikozuschläge sind

Maßnahmen, über die man auf dem noch auszugestaltenden Weg dorthin sprechen muss.

Analog wäre eine **Versicherung des Krankengeldes** durch die PKV möglich. Dazu hatten wir vor zwei Jahren bereits einen Vorschlag gemacht.

Im dritten vorgeschlagenen Bereich zur Herausnahme aus dem gesetzlichen Katalog - **Zahnbehandlungen und Zahnersatz** - liegt der gesetzliche Versicherungsschutz in Deutschland weit über dem internationalen Standard. Zudem hängen die Risiken hier sehr stark von individuellen Vorsorgemaßnahmen des Versicherten ab. Eine Stärkung der Eigenverantwortung und eine Absicherung dieser Risiken in der PKV sind daher der richtige Weg.

Dabei gilt: Nicht alles, was künftig nicht mehr in der GKV ist, muss von dem Einzelnen zwingend und in gleicher Höhe wie vorher versichert werden. Es gilt außerdem: Nicht alles, was obligatorisch zu versichern ist, muss zwangsläufig in der GKV versichert sein. Versicherungspflicht kann – bei entsprechenden Rahmenbedingungen - auch in der PKV umgesetzt werden.

Eine Ausgliederung dieser drei Leistungsarten Private Unfälle, Krankengeld, Zahnbehandlung/Zahnersatz würde **die GKV sofort um rund 28 Milliarden Euro entlasten**. Damit könnte der Beitragssatz zur GKV **um ca. 2,9 Prozentpunkte** sinken.

Das ist der erste Schritt.

In einem zweiten Schritt muss der **Leistungskatalog der GKV** auf den Prüfstand. Dabei verdienen mehrere Leistungsarten eine kritische Beleuchtung: So ist für Satzungsleistungen in einer Pflichtversicherung ehrlich analysiert kein Platz. Satzungsleistungen wie z.B. Kuren sind nichts anderes als freiwillige Leistungen in einer Pflichtversicherung – bereits ein Widerspruch an sich. **Freiwillige Leistungen** haben in einer Pflichtversicherung nichts zu suchen – sie gehören privat finanziert.

Nächstes Stichwort: **Versicherungsfremde** Leistungen sollten konsequenterweise vollständig aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen - und dort, wo nötig – steuerfinanziert werden.

Nächstes Stichwort: **Selbstbeteiligung**. Die heutigen Zuzahlungsregelungen gehören auf den Prüfstand. Die Selbstbeteiligung ist in der GKV im internationalen Vergleich immer noch außerordentlich niedrig. Eine höhere Selbstbeteiligung würde eine größere ausgabensteuernde Wirkung entfalten, ohne die soziale Balance zu gefährden.

Die Streichung bzw. Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen, die Herausnahme von Satzungsleistungen und die Ausweitung der Zuzahlung würde die GKV um rund **6,9 Mrd. Euro** entlasten. Dadurch ergibt sich eine **Beitragssatzsenkung von ca. 0,7 Beitragspunkten**.

Das Ziel, den Anteil von Versicherten in der kapitalgedeckt finanzierten privaten Krankenversicherung auszuweiten, setzt eine deutliche Erweiterung der **Wahlfreiheit**

in der Krankenversicherung voraus. Angesichts dieser Notwendigkeit erweist sich die im Jahr 2003 vorgenommene extreme Anhebung der **Versicherungspflichtgrenze** als ein Schritt in die falsche Richtung. Ein Schritt, der die strukturellen Probleme der GKV langfristig noch vergrößert. Zumindest diese außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze muss wieder rückgängig gemacht werden.

Im Gegenzug eröffnen die privaten Krankenversicherer ihrerseits **erleichterte Zugangsmöglichkeiten**. Sie bieten an, jeden freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten bis zum Alter von 55 Jahren mit einem der GKV vergleichbaren Leistungsrahmen – dafür haben wir den sog. Basistarif entwickelt - aufzunehmen und dabei auf Risikozuschläge zu verzichten. Für Versicherte über 55 Jahre ist der Abschluss des Basistarifs im Rahmen einer 12-monatigen Öffnungsaktion zu den gleichen Bedingungen möglich.

Und wir tun noch mehr. Wer erstmals in den Status der freiwilligen Versicherung hineinwächst, wird nach unserem Vorschlag in einem Zeitraum von sechs Monaten in den höherwertigen Versicherungsschutz der PKV wechseln können. Auch hier würden sich die Gesellschaften einem Annahmewang unterwerfen. Eventuell notwendige Risikozuschläge würden auf 30 Prozent begrenzt.

Wir tun diesen Schritt, um die private Krankenversicherung endgültig von dem Vorwurf zu befreien, sie überlasse die schlechten Risiken der GKV. Von einem Solidaritätsdefizit im Miteinander von GKV und PKV sollte dann endgültig niemand mehr sprechen. Zur Umsetzung brauchen wir den Gesetzgeber.

Meine Damen und Herren, Effizienz ist im Wesentlichen das Ergebnis von Wettbewerb. Wir wollen deshalb auch den **Wettbewerb innerhalb der PKV** selbst stärken: Im Rahmen des neu geschaffenen PKV-Basistarifs soll künftig jeder privat Versicherte seinen Versicherer nachteilsfrei wechseln können.

Zurück zur GKV: Wir schlagen weiter vor, die **beitragsfreie Familienmitversicherung** für kinderlose und nicht berufstätige Ehepartner mit dem Ziel zu überprüfen, einen Mindestbeitrag zu erheben. Auch sollte für die bislang beitragsfrei mitversicherten Kinder künftig ein eigener Beitrag an die GKV entrichtet werden. Und zwar aus Steuermitteln, denn Familien- und Kinderförderung gehört nicht ins Pflichtenheft der Sozialversicherung, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Selbstverständlich muss das auch für PKV-Kinder gelten.

Aus beiden Maßnahmen ergibt sich eine **Beitragssatzsenkung von etwa 1,2 Beitragspunkten**.

Ich fasse zusammen: Allein aus der Umsetzung der von uns vorgeschlagenen Maßnahmen resultiert eine Beitragssenkung in der gesetzlichen Krankenversicherung um insgesamt rund 4,8 Prozentpunkte auf rund 9,4 Prozent. Damit wäre die GKV langfristig finanzierbar und wir hätten einen ganz erheblichen Fortschritt für die **internationale Wettbewerbsfähigkeit** der deutschen Volkswirtschaft erzielt.

Dass diese Maßnahmen nicht unbedingt zu einer Nettoentlastung der Versicherten führen, darüber sind wir uns im Klaren. Und wir wollen hier auch keine falschen Hoff-

nungen wecken. Für die ausgegliederten Leistungen, die – obligatorisch oder freiwillig – in der PKV abgesichert werden, fallen eigenständige Beiträge an. Eine solche Umverteilung von Beitragslasten ist allerdings allen bislang diskutierten Reformmodellen gemeinsam.

Unser Vorschlag hat jedoch gegenüber anderen zwei wesentliche Vorteile: Der Vorzug des PKV-Konzepts besteht erstens darin, dass es dem Einzelnen mehr eigene Entscheidungsspielräume mit Wahlmöglichkeiten eröffnet. Nur so kann Eigenverantwortung letztendlich funktionieren. Zweitens stehen den zusätzlichen Beiträgen in der PKV auch spürbare Entlastungen beim GKV-Beitrag gegenüber.

Ausgehend von einem durch die genannten Maßnahmen reduzierten Beitragssatz in Höhe von ca. 9,4 Prozent, wäre für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Abzug des Arbeitgeberzuschusses ein beträchtlich reduzierter GKV-Beitrag erreicht. Wie dieser insgesamt deutlich gesenkte Beitragssatz in Zukunft auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufzuteilen ist, muss politisch entschieden werden. Eine eindeutige Vorgabe ergibt sich insofern nicht, als die bisherige Beitragsparität ab 1. Juli aufgehoben wird (Stichwort Zahnersatz, Krankengeld).

In jedem Fall müssen die Lohnzusatzkosten künftig von der Dynamik der Gesundheitskosten abgekoppelt werden. Der durchschnittliche Arbeitgeberzuschuss von heute 7,1 % ist deshalb zumindest auf dieser Höhe festzuschreiben.

Entscheidend ist, dass die **Beitragsentlastung** auf jeden Fall finanziellen Spielraum für die Arbeitnehmer schafft,

um die Beiträge für die in die PKV überführten Leistungen aufwenden zu können.

Meine Damen und Herren, sowohl Bürgerversicherung als auch Gesundheitsprämie stellen vor allem die Erschließung neuer Geldströme für die gesetzliche Krankenversicherung in den Vordergrund und vergessen darüber die Lösung struktureller Probleme. Beide Modelle tasten den gesetzlichen Leistungskatalog nicht an. Der radikale Systemwechsel kaschiert, dass die Probleme mit einer Zerschlagung des bisherigen dualen Systems eher noch wachsen und in einem ausufernden Transfersystem die Beitragströme weiter verbreitert und umgelenkt werden. Eine nachhaltige Lösung der finanziellen Probleme des Gesundheitswesens kann mit beiden Modellen nicht erreicht werden. Die Erfahrungen bei der Umstellung auf Hartz 4 sollten überdies lehren, dass solche Großreformen eine enorme administrative Herausforderung darstellen, die leider nicht selten eine schier endlose Kette von sogenannten Nachbesserungen nach sich zieht und den Erfolg von vorneherein in Frage stellt.

Meine Damen und Herren, das Konzept, das wir in die entscheidende Phase der Reformdebatte einbringen, ist nicht vom Himmel gefallen oder in der Retorte entstanden. Wir arbeiten seit mehr als einem Jahr – und manches muss noch geleistet werden - in einem breit gefächerten Verbund erfahrener Experten. Wir haben auch die Zusammenhänge mit anderen Systemen beachtet wie insbesondere mit der **Pflegeversicherung**, deren Neuausrichtung ebenfalls unausweichlich ist. Dazu haben wir schon im April dieses Jahres ein umfassendes Konzept vorgelegt. Heute aber geht es um die Reform

der Krankenversicherung, deren Qualität nicht unter die Wahlkampfträder geraten darf.

Unsere Linie eines Reformrealismus ist auf folgenden Nenner zu bringen: Wo Reformbedarf ist, konsequent verändern – gleichzeitig aber Bewährtes bewahren! Das ist das Konzept des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Weitsicht statt hektischer Reformitis und gebotener **Reformrealismus** statt Herumexperimentieren tragen unsere Überlegungen. Wir bieten damit eine echte Alternative zu den bisher aus der Politik vorgelegten Reformmodellen für unser Gesundheitswesen an. Wir schlagen ein System vor, das den sozialen Gedanken wahrt, das solide finanziert ist und das die Beitragslasten für die ohnehin schon strapazierten privaten Haushalte ebenso in Grenzen hält wie es die Lohnzusatzkosten der Unternehmen zurückführt.

Die privaten Krankenversicherer legen dieses Konzept zu einem Zeitpunkt vor, der unter den Vorzeichen vorgezogener Bundestagswahlen die Reformdebatte um die Neuausrichtung des deutschen Gesundheitswesens um eine substanzielle und – wie wir meinen – um eine **bessere Alternative** bereichert. Wir werden alles dafür tun, dass dieser am gesundheitspolitischen Gemeinwohl orientierte Reformbeitrag im polarisierten Wahlkampf nicht untergeht und auch nach der Wahl zur Entscheidung steht. Wir stehen der Politik als kompetenter Partner zur Verfügung.

Es geht um eine neue Richtung – dafür schlagen wir einen **Kurs der Mitte** vor, der Konsens ermöglicht und sicher in die Zukunft trägt.