

HANS CHRISTOPH ULEER

Die Privatversicherung in der Gesundheitsreform

Seit den sechziger Jahren steht in jeder Legislaturperiode die Reform des Gesundheitswesens auf der Tagesordnung. Derzeit haben wir uns mit der sog. zweiten Stufe der Seehofer-Reform zu befassen. Ausgangspunkt ist wiederum die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jede Reform strahlt aber auch auf die private Krankenversicherung aus, der etwa zehn Prozent der Bevölkerung ihren Krankheitsschutz anvertraut haben, von den Kassenmitgliedern mit privatem Zusatzschutz einmal abgesehen.

Im folgenden soll dargestellt werden, wie es um das Kostendämpfungspotential von GKV einerseits und PKV andererseits bestellt ist, welche neuen Wege im Kassenbereich eingeschlagen werden sollen und wie die von der PKV zu ziehenden Konsequenzen aussehen. Dabei wird es auch um das Thema der Konvergenz gehen, nämlich das Bemühen des Gesetzgebers, das PKV-Instrumentarium partiell auf die Kassen zu übertragen, und die Notwendigkeit, im Gegenzug auch der PKV verbesserte Möglichkeiten zur Wahrung der Interessen ihrer Versicherten einzuräumen.

Bisherige Kostenentwicklung

Vergleicht man die Entwicklung der Kosten pro Versicherten von 1983 – dem Jahr des Inkrafttretens der neuen Gebührenordnung für Ärzte – bis 1995, so zeigt sich auf der ganzen Linie eine erstaunliche Parallelität zwischen GKV und PKV. Auffällig ist allerdings, daß der PKV-Kostenanstieg relativ gleichmäßig verlief, während die Entwicklung bei den Kassen großen Schwankungen unterworfen gewesen ist, geprägt jeweils von den Auswirkungen staatlicher Eingriffe. Die Selbstverwaltungsmaßnahmen der Kassen allein hätten nicht ausgereicht, um den Wettbewerb mit der PKV zu bestehen. Hinzu kommen mußten staatliche Preiseingriffe, Leistungseinschränkungen und Budgetierungen.

Auch die PKV war von staatlichen Maßnahmen abhängig. So ist der Maßstab für die ärztliche Honorarberechnung die Gebührenordnung für Ärzte. Traditionell stand dabei aber die Kostendämpfung nicht im Vordergrund, wie allein der Umstand erkennen läßt, daß bei Berechnung des Regelhöchstsatzes der Gebührenordnung, den 93 Prozent der Ärzte anwenden, das Honorarniveau der GOÄ für die gleichen Leistungen mehr als doppelt so hoch liegt wie nach den Bewertungsmaßstäben der GKV. Im Krankenhausbereich hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 das

Prinzip der einheitlichen Pflegesätze unabhängig vom Kostenträger eingeführt. Seither gelten die von den Kassen ausgehandelten Pflegesätze für die allgemeinen Krankenhausleistungen auch für die PKV. Diese hat sogar das Recht erhalten, sich an den Pflegesatzverhandlungen zu beteiligen, ohne selbst Vertragspartei zu werden.

Ansatzpunkt für die eigenen Kostendämpfungsbemühungen der PKV ist immer der Patient selbst gewesen. Sie hat versucht, ihn durch eine differenzierte Tarifgestaltung, insbesondere durch die Selbstbeteiligung und Beitragsrückerstattung, zu einem kostenbewußten Verhalten zu motivieren. Es hat darüber hinaus branchenweite Bemühungen gegeben, auf die Honorargestaltung der Ärzte für bestimmte Versichertengruppen, etwa die Studenten und die sozial Schwächeren, Einfluß zu nehmen. Zu vertraglichen Vereinbarungen mit der Ärzteschaft oder auch nur zu Empfehlungen ist es aber wegen Einwänden des Bundeskartellamtes nicht gekommen. Auf Vorschlag der Branche hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 die PKV verpflichtet, einen einheitlichen Standardtarif für ältere Versicherte anzubieten, dessen Leistungen denen der Kassen entsprechen und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der Kassen nicht überschreitet. Eine Garantie, die durch einen finanziellen Spitzenausgleich abgesichert werden muß. Hebel für die Durchsetzung dieses Standardtarifs ist eine entsprechende Konditionierung des Arbeitgeberzuschusses. Aber auch insoweit ist die Flanke „Arzt-Honorar“ noch offen. Auf die in Kürze anlaufende Eigeninitiative der Branche in diese Sache werde ich abschließend noch eingehen.

Die zweite Stufe der Gesundheitsreform

Bei der anstehenden zweiten Stufe der Gesundheitsreform spielen zusätzliche Einschränkungen des Leistungsumfangs der Kassen nur noch eine untergeordnete Rolle. Insoweit sollen lediglich die schon geltenden Zuzahlungen, insbesondere beim Krankenhausaufenthalt und beim Arzneimittelbezug, dynamisiert werden. Daß der Arzneimittelsektor für einen Ausbau der Verbrauchersouveränität besonders geeignet und empfindlich ist, zeigt die Tatsache, daß die Kostenentwicklung der PKV in diesem Bereich auch ohne Hilfe des Gesetzgebers moderater verlaufen ist als die der GKV.

Das eigentlich bemerkenswerte an der neuen Reformstufe ist die Tatsache, daß der Gesetzgeber bemüht ist, auf die Kassen nunmehr in großem Umfang Steuerungsinstrumente der PKV zu übertragen. In der Gesetzesbegründung stellt er die Versicherungsbedingungen der PKV insoweit geradezu als beispielhaft hin. Die Koalitionsfraktionen sehen in ihrem Entwurf zur Weiterentwicklung der GKV (GKVWG) vor, daß die Kassen per Satzung eigene Gestaltungsleistungen einführen können, für die die Beiträge allein von den Versicherten aufgebracht werden müssen. Der Gesetzgeber schreibt den Kernbereich des Leistungsspektrums allerdings fest und begrenzt die Zusatzleistungen auf Randbereiche, wie Fahrtkosten und Kuren. Auch der Wahlleistungsbereich bleibt den Kassen verschlossen, vor allem unter dem Gesichtspunkt, daß sie solidaritätsgerecht die Gestaltungsleistungen nicht auf einzelne Versichertengruppen begrenzen dür-

fen, sondern für alle Mitglieder der Kasse gleichermaßen einzuführen haben. Eine wesentliche Neuerung ist insofern also nicht gegeben.

Ein großer Schritt in Neuland, jedenfalls der GKV, wird dagegen mit folgenden Maßnahmen getan: die Kassen sollen das Recht erhalten, Beitragsrückstattungen zu gewähren, sie sollen sogar bei der Entscheidung der Versicherten für die Kostenerstattung (anstelle der Sachleistung) berechtigt sein, mit den Versicherten Selbstbeteiligungen zu vereinbaren und ihnen im Gegenzug einen Beitragsnachlaß zu gewähren, und zwar nicht vom Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil gleichmäßig, sondern ausschließlich zugunsten des Arbeitnehmerbeitrags. Schon bei einer Selbstbeteiligung von 2000 Mark jährlich kann dies sogar dazu führen, daß der Beitrag vom Arbeitgeber ganz allein zu zahlen ist. Darüber hinaus soll den Kassen in weitem Umfang das Recht zu sog. Modellversuchen eingeräumt werden, also zu kassenspezifischen Vereinbarungen jeglicher Art mit den Leistungserbringern, sogar unter Abweichung von den einheitlichen Pflegesätzen. Aus PKV-Sicht ist dazu zweierlei festzustellen: die Kassen werden in die Lage versetzt, im Wettbewerb untereinander und im Verhältnis zur PKV mit privatversicherungsähnlichen Tarifen aufzutreten, ohne auf ihre vielfältigen Privilegien als Sozialversicherungsträger verzichten zu müssen. Der Gesetzgeber nimmt dabei sogar die Gefahr massiver Entsolidarisierungen in der GKV in Kauf, denn er hat nur die Zuckerseite des PKV-Steuerungsinstrumentariums auf die Kassen übertragen, die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten. Die Sanktionsmöglichkeiten der PKV gegen einen Mißbrauch der Gestaltungsfreiheit sollen die Kassen dagegen nicht erhalten. Können sie auch gar nicht, weil sie im Kassensystem nicht angelegt sind. Naheliegend ist, daß zum Beispiel die Selbstbeteiligungstarife der Kassen in erster Linie von guten Risiken gewählt werden. Sie können kräftig Beiträge sparen, da die Selbstbeteiligung mangels der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für sie nicht zur Last wird. In dem Moment aber, wo eine Risikoverschlechterung eintritt, können sie den Selbstbeteiligungsschutz aufgeben und sich wieder für den Vollschutz entscheiden oder einer anderen Kasse mit weitem Schutzzumfang beitreten, die sie auch aufnehmen muß. Risikoprüfungen wie in der PKV, Ablehnungen wegen Risikoverschlechterung oder Risikozuschläge, die Erhebung eines höheren Beitrags wegen eines inzwischen erreichten höheren Alters oder gar der Verlust der Alterungsrückstellung wegen Wechsels der Versicherung, ist bei den Kassen nicht vorgesehen. Der Verfall der Alterungsrückstellung, quasi eine Solidarabgabe des guten Risikos an die Gemeinschaft, die es verläßt, ist der GKV wegen des Umlageverfahrens auch gar nicht möglich. In den Kassen wird das Rosinenpicken durch Versicherungswechsel nicht vom einzelnen bezahlt, sondern durch die anderen in Form des Finanzausgleichs.

Angesichts der Übertragung des PKV-Wettbewerbsinstrumentariums auf die Kassen ist die Frage zu stellen, ob damit nicht der Monopolanspruch der Kassen seine Begründung verliert. Muß der Unternehmensbegriff der Art. 85 und 86 des EWG-Vertrags dann nicht auch auf die Kassen übertragen werden? Die Rechtsprechung des EuGH in vergleichbaren Fällen ist eindeutig gewesen: Die deutschen Krankenkassen entziehen sich nicht bereits wegen ihrer Rechtsform als Körperschaften des öffentlichen Rechts diesem Unternehmensbegriff. Vielmehr üben sie im Sinne der Rechtsprechung des

EuGH eine wirtschaftliche Tätigkeit aus, die das Erfordernis der Rechtfertigung ihres Monopols nach sich zieht. Dieses kann nur Bestand haben, wenn es zwingenden Gründen des Allgemeininteresses dient und das Übermaßverbot eingehalten wird (vgl. *Isensee*, Soziale Sicherheit im europäischen Markt, erscheint demnächst in VSSR 1996, Heft 3). Diesen Kriterien entspricht die GKV solange, wie sie auf einen spezifischen Solidar- ausgleich angelegt ist. Die Rechtfertigung geht aber dann verloren, wenn eine unbeschränkte Kassenwahlfreiheit verbunden mit der Möglichkeit der Einräumung von Beitragsrabatten als Anreiz installiert wird, wenn die Zu- und Abwahl von Leistungen ermöglicht wird und wenn uneinheitliche Kostenbeteiligungen der GKV-Versicherten eingeführt werden. Mit anderen Worten verliert die GKV ihre Rechtfertigung dann, wenn das Solidaritätsprinzip in wesentlichen Punkten aufgebrochen wird (vgl. *Isensee*, a. a. O.).

Neue Instrumente auch für die PKV?

Weiterhin ist zu fragen, wie es um die Rechtsstellung und die damit verknüpften Selbstbehauptungsmöglichkeiten der PKV angesichts der weiteren instrumentellen Stärkung der GKV bestellt ist. Zumal im Hinblick darauf, daß die Kassen sogar das Recht erhalten sollen, von den einheitlichen Pflegesätzen im Krankenhaus abzuweichen, muß die PKV erstmalig die Forderung erheben, ihr selbst in Vertretung der Interessen ihrer Versicherten eine eigene Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern, den Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern, einzuräumen. Diese Forderung mag auf den ersten Blick überraschen, macht sie doch eine ganze Reihe von Ausnahmeregelungen, etwa vom Kartellrecht, notwendig. Völlig neu ist diese Position aber nicht. Nach dem GKVWG selbst sollen etwa die Krankenhausgesellschaften, die ohne weiteres mit dem Verband der privaten Krankenversicherung vergleichbar sind, Vertragspartner der GKV werden. Wenn es zu entsprechenden Regelungen für die PKV im Sozialrecht käme, wäre dies auch insoweit nichts grundlegend Neues, als sich dort bereits eine ganze Reihe von PKV-spezifischen Vorschriften finden, etwa im Krankenhausfinanzierungsgesetz, in der Bundespflegesatzverordnung und im Pflegeversicherungsgesetz. Ob die PKV von solchen Vollmachten tatsächlich in gleicher Weise wie die Kassen Gebrauch machen würde, steht auf einem anderen Blatt. Keinesfalls kann aber akzeptiert werden, die Privatversicherten allein ihrem Schicksal zu überlassen. Schließlich kann man das Gesundheitswesen nicht in gleicher Weise wie andere Sektoren ausschließlich an marktwirtschaftlichen Maßstäben messen. Dazu sind die Patienten für sich allein in einer zu schwachen Position gegenüber den Leistungserbringern.

Der Einräumung einer Verhandlungsposition steht auch rechtlich nichts im Wege. Der hierzu diskutierte Beschluß des Bundessozialgerichts vom 14. 6. 1995 zur Arzneimittel-Festbetragsregelung, die wegen der einseitigen Festlegung durch die Bundesverbände der Krankenkassen nach Meinung des BSG gegen die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit und Demokratie verstößt, ist auf gesetzlich vorgesehene Verhandlungslösungen nicht übertragbar. Das BSG selbst hat ausgeführt, daß gesetzliche Verhandlungslösungen („vereinbarte Normen“) nicht gegen verfassungsrechtliche Vorgaben verstoßen.

Neues Krankenhausrecht

Die Koalition hat neben dem GKVWG auch den Entwurf eines Krankenhausneuregelungsgesetzes für die Zeit ab 1997 eingebracht. Er sieht vor, daß die seit Beginn dieses Jahres gültigen leistungsgerechten Entgelte in Gesamtvergütungsvereinbarungen eingebettet werden, die die Zuwachsraten der Krankenhausaufgaben von vornherein wirkungsvoll begrenzen. Dieses Vorhaben ist prinzipiell positiv zu beurteilen, da das verwirrend vielfältige Entgeltsystem den hohen Erwartungen, was die kostendämpfende Wirkung angeht, mit Sicherheit nicht gerecht werden wird.

Im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistung müßte infolge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. 10. 1995 (3 C 27.94) die Stellung des PKV-Verbandes gestärkt werden. Seine Beteiligungsmöglichkeit an den Pflegesatzverhandlungen reicht danach für eine eigene Klagebefugnis nicht aus. Der Verband muß jetzt rechtlich in die Lage versetzt werden, die Interessen der Privatpatienten bei den örtlichen Vereinbarungen wirksam zu vertreten und gegebenenfalls rechtswidrige Gestaltungen vor den Verwaltungsgerichten anzugreifen. Ausreichend wäre es, wenn für den PKV-Verband in § 18 Abs. 1 KHG ein von der Auffassung der Kassen-Verbände unabhängiges (isoliertes) Zustimmungserfordernis geschaffen würde (vgl. S. 10 des Urteils vom 26. 10. 1995).

Dies durchzusetzen, wird nicht leicht sein, mindestens ebenso schwierig ist es aber, etwas gegen die ungebremste Erhöhung der vom Krankenhaus frei festzusetzenden Zuschläge bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer zu unternehmen. Nach § 22 der Bundespflegesatzverordnung müssen die Wahlleistungen und die Preise dafür in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Versuche des PKV-Verbandes, Versicherte in Klagen gegen überhöhte Zuschläge erfolgreich zu unterstützen, sind ausnahmslos gescheitert. Die Rechtsprechung hat die Vorschrift nicht als Schutzvorschrift für den Verbraucher angesehen (AG Duisburg, Urteil vom 21. 12. 1990 und LG Kiel, Urteil vom 13. 1. 1992, dK 1993, Seite 99). Unsere Forderung an den Gesetzgeber geht deshalb dahin, im Zuge der neuen Krankenhausgesetzgebung eine entsprechende Schutzvorschrift für den Wahlleistungssektor zu schaffen. Gleichzeitig sollten der PKV auch insoweit Preisverhandlungsmöglichkeiten eröffnet werden. Zur Verwirklichung dieser Zielsetzungen reicht es aus, wenn in § 22 Abs. 1 Satz 3 formuliert würde: „Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen“ und wenn ein Satz 4 an den Abs. 1 des § 22 BPflV angefügt würde, der dem PKV-Verband die Möglichkeit einräumt, unangemessen hohe Wahlleistungsentgelte zu beanstanden und der eine zivilgerichtliche Klagemöglichkeit auf Herabsetzung der Wahlleistungsentgelte auf eine angemessene Höhe eröffnet. Eine derartige Gestaltung würde eine Verständigung über die Höhe der Wahlleistungsentgelte erleichtern und böte mit der Klagemöglichkeit auch den notwendigen Konfliktlösungsmechanismus.

Unausgeschöpfte Möglichkeiten zur Selbsthilfe der PKV?

Die bislang vorgetragenen Vorschläge laufen ausnahmslos auf Forderungen an den Gesetzgeber hinaus, die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zu verbessern. Die Frage ist, ob die PKV bereits alle ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgeschöpft hat. Im wesentlichen geht es dabei um den ambulanten Sektor, wo die Versicherten nicht die Möglichkeit haben, zwischen preiswerten Regelleistungen und teureren Wahlleistungen zu unterscheiden. Im Zusammenhang mit dem schon erwähnten Standardtarif wurde der Versuch unternommen, auf der Basis des § 75 Abs. 6 SGB V zu einer Vereinbarung mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Arzthonorare zu kommen. Von der KBV wurde ein solcher Vertrag für möglich erachtet. Er ist von der KBV nach der gleichen Rechtsvorschrift kürzlich übrigens mit der Postbeamtenkrankenkasse, die zwar nicht Mitglied unseres Verbandes ist, aber rechtlich wie ein privates Versicherungsunternehmen behandelt werden muß, abgeschlossen worden.

Der PKV-Verband hatte einen solchen Vertrag ebenfalls auf Geschäftsführungsebene bereits ausgehandelt, die Beschlußfassung der Vertreterversammlung der KBV aber nicht erreicht. Deshalb wird die PKV in den nächsten Tagen einen neuen Weg beschreiten, nämlich den einer individuellen Befragung aller 110 000 Ärzte nach ihrer Bereitschaft, eine bestimmte Obergrenze bei der Liquidation einzuhalten. Konkret geht es um das 1,7fache, den Mittelwert der Regelspanne i. S. von § 5 Abs. 2 GOÄ. Den Versicherten des Standardtarifs soll sodann zu Informationszwecken eine Liste der Ärzte übersandt werden, die zugestimmt haben. Dieses Vorgehen wirft kartell-, gebühren- und berufsrechtliche Fragen auf.

Die Listenlösung ist als Preisinformation kartellrechtlich nicht zu beanstanden. Zwei Gründe sind hierfür zu nennen: Zunächst wird die wettbewerbliche Handlungsfreiheit der Ärzte nicht wesentlich oder spürbar beeinträchtigt (vgl. *Langen/Bunte*, § 1 GWB, Rn. 54 und 158). Den Standardtarif-Versicherten wird lediglich eine Information gegeben, die sie in die Lage versetzt, einen für sie i. S. des tariflichen Leistungsversprechens geeigneten Arzt zu finden. Bei Berechnung eines höheren Multiplikators als des 1,7fachen müssen die Patienten nämlich einen Teil der Kosten selbst bezahlen, maximal 600 DM im Jahr. Des weiteren findet die Befragung der Ärzte eine Rechtfertigung darin, daß § 257 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, der den Standard-Tarif vorschreibt, von Leistungen ausgeht, die denen der GKV vergleichbar sind. Das 1,7fache liegt zwar immer noch um gut 50% über den Kassensätzen, aber nicht so weit wie das 2,3fache. Die PKV-Aktion dürfte demnach auch vor dem gesetzlichen Hintergrund des Standard-Tarifs gerechtfertigt sein, mit der Folge einer entsprechenden Begrenzung des Anwendungsbereichs des GWB (vgl. *Langen/Bunte*, § 1 GWB, Rn. 75 ff.).

Auch das ärztliche Gebühren- und Berufsrecht steht nicht entgegen. Den Ärzten steht nach der GOÄ die Möglichkeit der Konkretisierung des Gebührenrahmens nach „billigem Ermessen“ (§ 5 Abs. 2 GOÄ) zu. Zumindest aber können sie ihre Bereitschaft zum Abschluß von auf die Standardtarif-Versicherte zugeschnittenen Gebührenverein-

barungen (§ 2 GOÄ) bekunden. Eine derartige Anwendung der GOÄ stimmt mit den Vorgaben der Berufsordnung für die deutschen Ärzte überein. Diese verlangt gerade, daß der Arzt die „besonderen Umstände“ bei der Gebührenberechnung berücksichtigt und im Rahmen von Honorarvereinbarungen sogar auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht nimmt (§ 18 BOÄ).

In diesem Zusammenhang soll noch darauf hingewiesen werden, daß die Ärzte berufsrechtlich nicht gehindert sind, sich in unsere Liste eintragen zu lassen. Der insoweit von der Bundesärztekammer bereits problematisierte § 33 Abs. 4 BOÄ steht nicht entgegen. Zunächst handelt es sich bei der Liste nicht – hierauf stellt die Regelung aber ab – um ein für die „Öffentlichkeit“ bestimmtes Informationsmedium, wie etwa ein Telefon- und Branchenbuch, sondern lediglich um eine Information für die Standardtarif-Versicherten. Im übrigen werden die Voraussetzungen des § 33 Abs. 4 BOÄ aber auch erfüllt: Die Aufnahme der Ärzte erfolgt kostenfrei (Abs. 4 Nr. 1), der Eintrag beschränkt sich auf ankündigungsfähige Bezeichnungen (Abs. 4 Nr. 2) und es werden ausschließlich Ärzte aufgenommen (Abs. 4 Nr. 3).

Schlußbemerkung

Im Augenblick ist nicht zu übersehen, wie die zweite Stufe der Gesundheitsreform tatsächlich aussehen wird. Der vom Vermittlungsausschuß von Bundestag und Bundesrat eingesetzte gemeinsame Arbeitskreis wird die Karten noch kräftig mischen. Vermutlich werden auch die Denkfehler des von der Koalition vorgelegten Wettbewerbsmodells noch erkannt und im wesentlichen eliminiert werden. Aus der vielbeschworenen Konvergenz von GKV und PKV (kritisch dazu: *Idensee* in: FS Gitter 1995) wird wohl nicht viel werden. Sie ist im Sinne des Beschreitens eines dritten Weges auch gar nicht möglich. Möglich ist es allerdings, unter Wahrung der auch durch das europäische Wettbewerbsrecht gezogenen Grenzen, voneinander zu lernen. Das ist gerade in den letzten Jahren geschehen, wie die Übernahme von Selbstbeteiligung und Kostenerstattung in die GKV, die Beitragsgarantie für Ältere in der PKV und auch unsere Forderung nach Verhandlungskompetenzen gegenüber den Leistungserbringern zeigt. Umso deutlicher werden sich in Zukunft die eigentlichen Unterschiede herausstellen: das solidaritätsgeprägte Umlageverfahren dort und das individuell kalkulierte Anwartschaftsdeckungsverfahren hier. Angesichts der Zukunftsgefahr „Demographie“ hat die PKV insoweit gute Karten – und ist dabei in besonderer Weise an einer möglichst großen Stabilität unseres Gesundheitswesens und auch unserer Währung interessiert.