

# Die soziale Krankenversicherung als Einwohnerversicherung? Optionen für die Weiterentwicklung

Vortrag auf der Tagung „Stand und Perspektiven der  
Gesundheitsversorgung 2013“ am Institut für europäische  
Gesundheitspolitik und Sozialrecht an der  
Goethe-Universität Frankfurt am 26. 4. 2013

Prof. Dr. Thorsten Kingreen  
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und  
Gesundheitsrecht  
Fakultät Rechtswissenschaft



## I. Konvergenzprozesse zwischen GKV und PKV

### 1. Privatisierung der GKV

- + Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen (§ 69 Abs. 2 SGB V)
- + Fusionen und Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen (§§ 171a ff. SGB V)
- + Wahltarife (§ 53 SGB V) und Zusatzleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V)

### 2. Publizierung der PKV

- + Verpflichtung zur Vorhaltung eines GKV-analogen Basistarifs, § 12 VAG
- + Einbeziehung des PKV-Verbands in die Qualitäts- und Preissteuerung des GKV-Systems (Krankenhaus- und Arzneimittelrecht, §§ 9ff. KHEntgG, 130b Abs. 1 und 4 S. 4 SGBV i. V. m. § 78 Abs. 3a AMG)

## II. Kritik der dualen Krankenversicherungsordnung

- ✚ Systemwettbewerb?
  - Wahlfreiheit zwischen den Systemen nur für 5% der Bevölkerung
  - Keine Wahlfreiheit der Bestandsversicherten der PKV wegen fehlender Portabilität der Alterungsrückstellungen
- ✚ Keine sozialpolitisch nachvollziehbare Abgrenzung der Versichertenkreise; Unterscheidung nach Schutzbedürftigkeit wird weder konsequent durchgehalten noch ist sie sozialpolitisch sinnvoll.
- ✚ Dysfunktionale Anreizstrukturen für Versicherungsträger (Wettbewerb v. a. um gesunde und wohlhabende Versicherte) und Leistungserbringer (Vergütungsstrukturen im Vertragsarztrecht – dadurch auch ungleiche regionale Verteilung der Ärzte)
- ✚ Strukturelle Schwächen bei der Qualitätssicherung, Preis- und Mengensteuerung (demokratische Legitimation in der GKV, unzureichende Steuerung und anbieterinduzierte Überversorgung in der PKV)

### III. Organisation einer Einwohnerversicherung

Leitbild: Hoheitlich regulierter, solidarisch fundierter Wettbewerb privater Anbieter

#### 1. Rechtsform der Anbieter

✚ Modell 1: nur öffentlich-rechtliche Anbieter

Problem: Verstößt der Ausschluss privatrechtlicher Anbieter gegen die Berufsfreiheit?

M. E. zu bejahen, da eine solidarische Sozialversicherung auch durch privatrechtlicher Anbieter angeboten werden könnte. S. die Regelungen zur privaten Pflegeversicherung (z. B. Kontrahierungszwang, kein Ausschluss bei Vorerkrankungen, Risikoausgleich, §§ 23 Abs. 1 S. 2, 110 Abs. 1 und 3, 111 SGB XI)

## ✚ Modell 2: Öffentlich- und privatrechtliche Anbieter

- **Nachteil:** Viele Rechtsnormen knüpfen an der Rechtsform an (Steuer-, Vergabe-, Datenschutzrecht); das führt zu uneinheitlichen wettbewerbsverzerrenden Rahmenbedingungen
- **Besonderes Problem:** Grundrechtsbindung öffentlich-rechtlicher Körperschaften (= „Staat“), aber Grundrechtsberechtigung privatrechtlicher Akteure (= „Gesellschaft“); Beispiele:
  - Ein privatrechtliches Unternehmen kann sich gegen gesetzliche Regulierung (z. B. Verbot der Kreditaufnahme) und Maßnahmen der Aufsicht (z. B.: Beanstandung eines Wahltarifs oder eines Vorstandsvertrages) auf ihre Grundrechte berufen, eine öffentlich-rechtliche Krankenkasse nicht.
  - Eine öffentlich-rechtliche Krankenkasse ist an den verfassungs-  
verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) gebunden, ein privates Unternehmen nicht.

- ✚ **Modell 3: Nur privatrechtliche Anbieter (= Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit)**
  - Rechtsform, die speziell für den Zusammenschluss gleichartig Gefährdeter zu einer Gefahrengemeinschaft geschaffen wurde (Ersatzkassen waren bis 1937 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit; ihre Verbände waren/sind privatrechtlicher Natur)
  - Vorteil gegenüber der Aktiengesellschaft: Mitglieder können nur Versicherte sein (§ 20 S. 2 VAG), daher kein Konflikt zwischen Versicherten und Eigentümern
  - Organe (§ 29 VAG) lassen sich in Analogie zu den Strukturen der GKV bilden (bei Bedarf unter Einschluss der Arbeitgeberbeteiligung)
  - Verfassungsrechtliche Zulässigkeit: Art. 87 Abs. 2 GG grenzt die Kompetenzen von Bund und Ländern ab, enthält m. E. aber keine Privatisierungssperre (ist aber umstritten und noch nicht höchstrichterlich entschieden)

## 2. Rechtsform der Krankenkassenverbände

- ✚ Da die Verbände auf Bundes- und Landesebene wesentliche Regulierungsaufgaben vor allem im Leistungserbringungsrecht übernehmen, sollten diese öffentlich-rechtlich bleiben/werden. Die Selbstverwaltungsstrukturen auf Verbandsebene bleiben damit durch die Reform grundsätzlich unberührt, können aber auch fortentwickelt werden.
- ✚ Die Unterteilung nach Krankenkassenarten kann in einem Übergangsstadium aufrecht erhalten bleiben, um die PKV-Unternehmen verbandstechnisch in die Einwohnerversicherung zu integrieren. Mittelfristig ist sie aber in einer integrierten Krankenversicherungsordnung ohne Funktion.
- ✚ Das Verhältnis zwischen den Verbänden und den (nunmehr) privatrechtlichen Mitgliedskassen ist als – verfassungsrechtlich zulässige – Zwangsmitgliedschaft auszugestalten.

## IV. Regulierungsrechtliche Herausforderungen des Transformationsprozesses

- ✚ Gewährleistung von Wahlfreiheit; insbes.: Portabilität der Alterungsrückstellungen und Risikoausgleich über den Gesundheitsfonds.
- ✚ Überführung des Beihilferechts in das allgemeine Beitragsrecht (kein Verstoß gegen Art. 33 Abs. 5 GG, allerdings sollte den Ländern die Entscheidung überlassen bleiben, ob sie am Beihilfesystem festhalten wollen.)
- ✚ Angleichung der Leistungskataloge und der Vergütungsregelungen, keine Aufsplittung in Basis- und Zusatzversorgung
- ✚ Regulierungsaufsicht:
  - Schaffung einer Bundes-Regulierungsbehörde (Bundesagentur für das Gesundheitswesen, BuGA) für den versicherungsrechtlichen Transformationsprozess; Vorteil: Zusammenführung der Zuständigkeiten von BVA, BaFin und BKartA.
  - Versorgungsregulierung (insbes. Bedarfsplanung): dezentral