

Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“

Prof. Dr. Thorsten Kingreen*

Die duale Krankenversicherungsordnung sollte in der 19. Legislaturperiode weiterentwickelt werden. Die Voraussetzungen dafür sind gut. Denn alle Partner eines möglichen „Jamaika-Bündnisses“ betonen das Leitbild eines mündigen Versicherten, dem verbesserte Wahlrechte eingeräumt werden müssen. Der folgende Beitrag enthält konkrete Vorschläge für die Einräumung neuer Wahlrechte im Schnittfeld zwischen GKV und PKV.

I. Eine Untote: Die „Bürgerversicherung“

Die Diskussion über eine Weiterentwicklung der dualen Krankenversicherungsordnung aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV) hat sich seit einem Jahrzehnt in der Kontroverse über eine sog. „Bürgerversicherung“ festgefahren. Die Bürgerversicherung ist zu einer Untoten geworden. Obwohl bereits gestorben, kehrt sie regelmäßig als Wiedergängerin zu uns Lebenden zurück, um uns unerfüllte Forderungen und noch nicht empfangene Botschaften zu überbringen. Dies geschieht alle vier Jahre oder genauer: wenn Wahlkampf ist. Seitdem die Rürup-Kommission 2002 ein erstes Konzept einer Bürgerversicherung ausgearbeitet hatte,¹ fehlt sie in keinem Wahlprogramm – sei es als Vorstufe zum gerechten Paradies oder zur sozialistischen Hölle, je nach Perspektive. Alle vier Jahre sprießen dann Workshops, Kick-Off-Meetings und Reflexionsrunden aus dem Boden, in denen beide Seiten ihre Positionen austauschen und verabreden können, sich spätestens in vier Jahren mit den gleichen Präsentationen und Argumenten wiederzusehen.

Zwar ist vor nunmehr schon wieder 10 Jahren begonnen worden, GKV und PKV einander anzunähern, insbesondere durch die Einführung von Wahltarifen in der GKV (§ 53 SGB V) auf der einen und eines Basistarifs in der PKV (§ 12 Abs. 1 a VAG)² auf der anderen Seite.³ Innovationsimpulse kamen auch aus den Niederlanden, die es 2006 geschafft haben, ihr duales in ein monistisches System zu überführen.⁴ Aber dennoch ist es, mit Ausnahme eben von Wahlkampfzeiten, still geworden um die Bürgerversicherung. Das mag teilweise koalitionsarithmetische Gründe gehabt haben; mitunter gab es auch, wie in der vergangenen 18. Legislaturperiode, in anderen Sozialversicherungszweigen größere Reformbaustellen. Hinzu kommt ein tendenziell systemkonservatives Blockadepotenzial von Verbänden, die aus ganz unterschiedlichen Gründen ein Interesse daran haben, dass sich

Kingreen: Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“ (NZZ 2017, 841) 842 ▲▼

möglichst nichts ändert. Nicht verbandlich organisiert sind allein die Versicherten, auch das mag ein Teil des Problems sein.

Aber der wesentliche Grund für die Abdrängung der Debatte in kleine Zirkel von Krankenversicherungs-Nerds liegt tiefer: Es ist den Protagonisten der Bürgerversicherung nicht gelungen, Texte unter die Überschriften ihrer Schlagworte zu schreiben und sich mit den vielfältigen Problemen einer Systemtransformation substantiiert auseinanderzusetzen.⁵ Aber es fehlt auch ein positives Narrativ, das Reformperspektiven eröffnet. Ein erster wichtiger Schritt heraus aus der Falle von vereinfachenden Schlagworten ist daher eine tragfähige Begründung dafür, warum es überhaupt einer Weiterentwicklung der dualen Ordnung bedarf. Es gibt dazu einige seit Jahren tradierte schlechte, aber auch einige gute Begründungen, unter denen sich die Parteien eines möglichen Jamaika-Bündnisses für die 19. Legislaturperiode zusammenfinden könnten (dazu nachfolgend II.). Zentraler Ansatzpunkt ist die fehlende Versichertenautonomie. Diese kann auch im bestehenden dualen System verbessert werden. Erste, vergleichsweise wenig aufwändige Schritte sind die Eröffnung von Wahlmöglichkeiten beim Zugang zur Krankenversicherung (III.) und die Erleichterung von Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV (IV.).

II. Zur Notwendigkeit einer Reform der dualen Krankenversicherungsordnung

1. Schlechte Begründungen

Nicht sonderlich tragfähig ist das Argument, die duale Krankenversicherungsordnung sei sozial ungerecht, weil sie es Besserverdienenden ermögliche, in die (vermeintlich attraktivere) PKV zu wechseln. Das übersieht, dass in der PKV keinesfalls nur Besserverdienende versichert sind, sondern auch viele Beamte der unteren Besoldungsstufen sowie viele Selbstständige mit geringen oder jedenfalls sehr volatilen Einkommen; betroffen sind insbesondere die sog. Solo-Selbständigen. Die beiden Versichertenkreise sind also nicht etwa nach sozialer Schutzbedürftigkeit abgegrenzt.

Wenig hilfreich ist es in diesem Kontext auch, die Debatte mit sozialpolitischen Wünschen zu überfrachten, die konzeptionell nichts mit den Defiziten der dualen Krankenversicherungsordnung zu tun haben, etwa dahingehend, die paritätische Finanzierung wiederherzustellen, die Beitragsbemessungsgrenze abzuschaffen oder Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung in die Beitragsbemessung einzubeziehen. Diese Anliegen lassen sich, wenn man sie denn für sinnvoll hält, auch im bestehenden System verwirklichen.

Gleichsam kontraproduktiv ist auch die Vorstellung, man müsse beide Versicherungssysteme fusionieren, um mit den Beiträgen der vermeintlich Besserverdienenden die GKV zu sanieren – was auf der einen Seite den falschen Eindruck erweckt, als sei die GKV finanziell sanierungsbedürftig und auf der anderen Seite so tut, als gebe es in der GKV keine strukturellen Probleme wie etwa die demokratische Legitimation der Gemeinsamen Selbstverwaltung⁶ oder die Problematik der Generationengerechtigkeit⁷.

2. Ein positives Narrativ

Es gibt aber auch einige gute Gründe für die Weiterentwicklung der dualen Krankenversicherungsordnung. Dabei geht es teilweise um grundlegendere Veränderungen, die eher mittel- oder langfristig angegangen werden müssen, teilweise aber auch kurzfristig sinnvolle Reformschritte für die nunmehr angebrochene 19. Legislaturperiode.

a) Stärkung der Stärken beider Finanzierungsmodi

Wenn der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV einen rechtspolitischen Sinn haben sollte, dann sollte er genutzt werden, um die Stärken beider Systeme zu stärken. Das gilt namentlich für die Finanzierungsmodi. Die finanzielle Stabilität der umlagefinanzierten GKV hängt von einem stabilen Arbeitsmarkt ab; wirtschaftliche Krisen mit sinkenden Beschäftigungs- und steigenden Arbeitslosenzahlen wirken sich daher negativ auf die Finanzierung aus und lösen volkswirtschaftlich problematische Abwärtsspiralen aus. Die PKV ist hingegen im Hinblick auf die von ihr anzulegenden Alterungsrückstellungen auf einen funktionierenden Kapitalmarkt angewiesen; den vorgeschriebenen Rechnungszins können die meisten Unternehmen derzeit wegen der geringen Erträge nur noch aufgrund attraktiver Altanlagen halten. Beide Finanzierungsmodi haben also Vor- und Nachteile, und es bietet sich daher perspektivisch an, deren Vorteile miteinander zu verbinden. Wenn man das duale Krankenversicherungssystem beibehalten möchte, ist dies aber allenfalls im Bereich der GKV realistisch, indem dort ein Kapitalstock aufgebaut wird. Der Zeitpunkt für eine solche Entscheidung ist aber angesichts der derzeitigen Lage am Kapitalmarkt ungünstig.

b) Beseitigung versorgungspolitischer Dysfunktionalitäten

Im Leistungserbringungsrecht setzt die duale Krankenversicherungsordnung vielfach falsche Anreize.⁸ Hervorzuheben ist insoweit die ambulante Erbringung ärztlicher Leistungen: Die Honorierung der nach der GOÄ abzurechnenden Leistungen ist nämlich regelmäßig doppelt, bisweilen sogar dreimal so hoch wie in der GKV.⁹ Anders als das vertragsärztliche Vergütungsrecht enthält die GOÄ auch keine ab einer bestimmten Leistungsmenge ansetzenden Honorarbegrenzungsregelungen. In vielen Arztgruppen

stammen daher 30 % der Einnahmen aus der Behandlung privat Versicherter, obwohl diese im Schnitt nur gut 10 % der Patienten ausmachen.¹⁰ Die unterschiedlichen Vergütungssätze für die ambulante Leistungserbringung führen nach allen vorliegenden Untersuchungen dazu, dass PKV-Versicherte bei der Mehrzahl der Fachärzte signifikant eher einen Termin bekommen als GKV-Versicherte; auch die Wartezeiten in der Praxis weichen erheblich voneinander ab.¹¹ Daraus lässt sich zwar durchaus politische Empörung inszenieren. Man darf aber nicht übersehen, dass die Ärzte hier nur auf Anreize

Kingreen: Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“ (NZS 2017, 841) 843 ▲▼

reagieren, die die duale Krankenversicherungsordnung setzt. Letztlich stellt sich die Frage, ob diese durch Vergütungsanreize ausgelöste Aufteilung der Patientenkielentel versorgungspolitisch sinnvoll und gerecht ist. Grundsätzlich dürfte unbestritten sein, dass sich die medizinische Versorgung an der Dringlichkeit und nicht am Versicherungsstatus orientieren sollte. Unterschiedliche Wartezeiten können daher als sozial ungerecht empfunden werden und damit auch das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Diese bevorzugte Behandlung lässt sich auch nicht dadurch rechtfertigen, dass höhere Prämien gezahlt werden als in der GKV. Dagegen spricht nicht nur die existentielle Bedeutung von Gesundheit, die sich wie auch immer begründeten Differenzierungen stärker entgegenstellt als dies in anderen Lebensbereichen der Fall ist,¹² sondern auch, dass nicht alle privat Versicherten tatsächlich mehr für ihre Versorgung bezahlen als GKV-Versicherte. Die höhere Vergütung für die ärztliche Behandlung von Beamten wird nämlich zu einem erheblichen Teil durch die steuerfinanzierte Beihilfe ermöglicht, dh auch die gesetzlich Krankenversicherten finanzieren mit ihren Steuerzahlungen die bevorzugte Behandlung von Privatpatienten und die bessere Bezahlung der Ärzte.

Die für die Ärzte idR attraktivere Vergütung für Leistungen an PKV-Versicherte schafft zudem Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit vielen Privatversicherten, macht aber die Niederlassung gerade in ländlichen Gegenden Ostdeutschlands mit tendenziell weniger Privatversicherten eher unattraktiv.¹³ Man muss aber fairerweise sagen, dass es sich bei der Sicherstellung einer leistungsfähigen Infrastruktur in ländlichen Gebieten um eine generelle Herausforderung handelt, die freilich durch solche Fehlsteuerungen noch verstärkt wird.

Allerdings kann man die Vergütungsunterschiede auch wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten (EBM – Gemeinsame Selbstverwaltung; GOÄ/GOZ: staatlicher Ordnungsgeber) nicht ad hoc einebnen. Zu berücksichtigen ist auch, dass sich die Vertragsärzte in ihren wirtschaftlichen Dispositionen auf diese seit Jahrzehnten bestehenden Vergütungsstrukturen eingestellt haben. Daraus erwächst ein grundrechtlich durch die Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG geschütztes Vertrauen, das einen langjährigen Konvergenzprozess bedingen kann. Ausgeschlossen ist das freilich nicht, wie die Regelung von § 75 Abs. 3 a S. 2 SGB V zur Vergütung der Ärzte bei der Behandlung von Versicherten zeigt, die im PKV-Basistarif (§ 152 Abs. 1 VAG) und dem Notlagentarif nach § 153 VAG versichert sind.

c) Stärkung der Versichertenautonomie

Der wichtigste Ansatzpunkt für eine auch kurzfristig, dh in der 19. Legislaturperiode, zu realisierende Reform ist die Herstellung der bislang weitgehend fehlenden Wahlfreiheit der Versicherten.

aa) Systemwettbewerb beim Wort nehmen: Stärkung der systemübergreifenden Wahlfreiheit der Neukunden

Als ordnungspolitische Rechtfertigung der dualen Krankenversicherungsordnung gilt der sogenannte Systemwettbewerb,¹⁴ dh die „Konkurrenz zwischen Anbietern, die in unterschiedliche institutionelle Arrangements eingebettet sind.“¹⁵ Es ist aber ein nicht auflösbarer konzeptioneller Widerspruch, auf der einen Seite die Vorteile eines Systemwettbewerbs zu preisen, aber auf der anderen Seite den Versicherten für so unmündig zu erklären, dass er zwischen den Systemen gar nicht entscheiden kann. Die Wahlfreiheit ist nämlich schon beim Systemzugang praktisch nicht vorhanden, denn gesetzliche Regelungen und faktische Zwänge ordnen die Bevölkerung weitgehend einem der beiden Systeme

zu.¹⁶ Ein echtes Systemwahlrecht haben nur die vergleichsweise wenigen Personen mit hohem Einkommen, die am Beginn ihrer beruflichen Karriere stehen und entweder keine oder nur geringe Vorerkrankungen aufweisen; das sind allenfalls 5 % der Bevölkerung. Es gibt also praktisch keinen systemübergreifenden Wettbewerb um Neukunden.

Hinter der ohnehin schon fragwürdigen Abgrenzung der Versichertenkreise lässt sich auch kein schlüssiges sozialpolitisches Konzept erkennen. Die Zuordnung der Versicherten zu GKV und PKV lässt sich durch historische Pfade erklären, erscheint aber aus heutiger Sicht eher zufällig und rational eigentlich kaum mehr begründbar.¹⁷ Insgesamt ist der sog. Systemwettbewerb also eher durch friedliche Koexistenz als freiheitliche Konkurrenz geprägt.¹⁸ In einem solchen System miteinander kann sich die Funktion des Wettbewerbs als Entdeckungs- und Entmachtungsverfahren¹⁹ noch nicht einmal in Ansätzen entfalten. Damit tendiert aber auch der politische Erkenntnisgewinn, den man aus einem Systemwettbewerb ziehen könnte, gen Null.

bb) Wahlfreiheit der PKV-Bestandskunden

Derzeit können nur Versicherungskunden, deren Versicherungsvertrag nach dem 1.1.2009 abgeschlossen wurde, das Versicherungsunternehmen wechseln. Auch hier wird aber nur die Alterungsrückstellung des Basistarifs als Übertragungswert festgelegt (§ 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG). Es wird also nur die Alterungsrückstellung übertragen, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre. Das ist sehr unattraktiv, weil damit ein Teil der Alterungsrückstellungen im Unternehmen verbleibt und wechselwillige Versicherte, die sich bei dem neuen Unternehmen nicht im Basistarif versichern möchten, den fehlenden Anteil selbst in Gestalt von höheren Prämien finanzieren müssten. Bei Versicherten, deren Vertrag vor dem 1.1.2009 abgeschlossen worden ist, ist eine Mitnahme der Alterungsrückstellungen sogar gänzlich ausgeschlossen (§ 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG).

Wegen dieser Restriktionen werden Wechselrechte praktisch nicht in Anspruch genommen. Die Monopolkommission

Kingreen: Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“ (NZS 2017, 841) 844 ▲▼

stellt dementsprechend fest, ein Bestandskundenwettbewerb in der PKV sei „nahezu inexistent“.²⁰ Dabei gebe es „gute Gründe anzunehmen, dass ein Wettbewerb, in dem private Krankenversicherungsunternehmen um Versicherte konkurrieren, zu einer höheren Effizienz des Versicherungssystems führt. So werden die Präferenzen der Versicherten bei der Bildung von Versicherungsprodukten und dem Serviceangebot maßgeblich berücksichtigt. Als Wettbewerber sind private Versicherungsunternehmen im Allgemeinen darauf bedacht, Kosten einzusparen. Dies kann durch eine effiziente Ausgestaltung der Verwaltung oder auch durch Einsparungen bei Gesundheitskosten, zB durch Präventionsmaßnahmen, erfolgen. Durch Konkurrenz ergeben sich in diesem Sinne Anreize, ein effizientes Management zu verfolgen. Ohne Wettbewerb würden diese Anreize weitestgehend fehlen.“²¹

Die lebenslange Bindung der Privatversicherten an ihre Unternehmen ist ordnungspolitisch umso schwerer zu begründen, als ausgerechnet zwischen den als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisierten gesetzlichen Krankenkassen ein durch Zusatzbeiträge, regelmäßige Wahlrechte und Kündigungsmöglichkeiten (§ 175 SGB V) gesteuerter Wettbewerb existiert, der in der Vergangenheit bereits zu erheblichen Wechselprozessen geführt hat. Behörden stehen also im Gesundheitswesen im Wettbewerb, Unternehmen nicht – eine verkehrte Welt für eine marktwirtschaftliche Ordnung.

3. Ein Blick in die Wahlprogramme eines möglichen Jamaika-Bündnisses

Es ist derzeit²² alles andere als sicher, ob das sog. Jamaika-Bündnis aus CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sich überhaupt auf einen Koalitionsvertrag verständigen können. Aber gemessen an den Unterschieden in anderen Politikbereichen sind die Differenzen im Krankenversicherungsrecht

gar nicht so groß. Hier könnten sich alle Parteien in dem Ziel treffen, die Wahlfreiheit der Versicherten zu verbessern. Das zeigt jedenfalls ein wohlmeinender Blick in die einschlägigen Passagen der Wahlprogramme der Protagonisten:

„Die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung lehnen wir ab. [...] Die Freiheit der Arztwahl und der Wettbewerb unter Krankenkassen und -versicherungen ermöglichen den Patientinnen und Patienten die Auswahl nach Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Aufgabe der Politik bleibt es, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen.“²³

„Einer als ‚Bürgerversicherung‘ getarnten staatlichen Zwangskasse erteilen wir eine klare Absage. [...] Jede Bürgerin und jeder Bürger soll frei und unabhängig vom Einkommen wählen können, ob sie oder er sich für den Versicherungsschutz bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Anbieter der privaten Krankenversicherung entscheidet. Hierbei wollen wir die Angebote beider Systeme erhalten und so sicherstellen, dass jeder Mensch die Möglichkeit hat, das für sich und seine Lebensform am besten geeignete Modell zu wählen. Beide Krankenversicherungen müssen auch zukunftsfest weiterentwickelt werden. Es muss aber auch Rückwege aus der PKV in die GKV geben. In beiden Systemen gibt es Reformbedarf. Im Fall der Öffnung des Marktes muss die PKV verpflichtet werden, jeden Antragsteller im Basistarif zu versichern. Zugleich muss die Möglichkeit für jeden Versicherten verbessert werden, Altersrückstellungen bei einem Versichererwechsel innerhalb der PKV mitzunehmen.“²⁴

„Wir GRÜNE wollen die gesetzliche und private Krankenversicherung zu einer Bürger*innenversicherung weiterentwickeln. Alle Bürger*innen, auch Beamt*innen, Selbständige und Gutverdienende, beteiligen sich.“²⁵

Wenn man die Diskussion auf das alte Schlagwort „Bürgerversicherung“ reduziert, bleiben die Unterschiede groß: Die einen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) wollen sie, die beiden anderen (CDU/CSU, FDP) nicht. Also kommt sie nicht. Ein Koalitionsvertrag und insbesondere die späteren Gesetzesvorhaben müssen aber mehr als oberflächliche Schlagworte enthalten. Bei näherem Hinsehen gibt es nämlich eine Gemeinsamkeit: Alle Parteiprogramme stellen die Versicherten und ihre Wünsche in den Mittelpunkt und betonen die Notwendigkeit der Versichertenautonomie. Dahinter steht der im Prinzip einfache Gedanke, dass man die Vorteile eines Wettbewerbs innerhalb und zwischen den beiden Systemen nur nutzen kann, wenn man den Wettbewerb auch zulässt.

4. Neukunden – Bestandskunden; Systeminterner – systemübergreifender Wettbewerb

Idealerweise würde zwischen beiden Versicherungssystemen ein umfassender, nur durch Versichertenwahlrechte gesteuerter Wettbewerb herrschen. Die Herausforderungen auf dem Weg zu diesem Ziel sind aber unterschiedlich hoch. Man muss einerseits zwischen Neu- und Bestandskunden und andererseits zwischen einem systeminternen und einem systemübergreifenden Wettbewerb unterscheiden:

Bei *Neukunden* ist sowohl ein systeminterner Wettbewerb in der GKV wie der PKV etabliert. Aber auch ein systemübergreifender Wettbewerb ließe sich bei einzelnen Versichertengruppen mit vergleichsweise geringem Aufwand aktivieren, selbstverständlich in beide Richtungen. Denkbar wäre auf der einen Seite eine Absenkung der Versicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) von 59.400 € (2018), was es Personen mit einem niedrigeren Einkommen ermöglichen würde, sich nicht in der GKV, sondern in der PKV zu versichern. Ob sich dieser Personenkreis dann tatsächlich für die PKV entscheiden würde, ist aber jedenfalls unsicher, denn die GKV ist aufgrund der einkommensbezogenen Bemessung der Beiträge umso attraktiver je geringer das Einkommen ist. Hinzu kommt die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Auch muss man berücksichtigen, dass der Solidarausgleich in der GKV auf Versicherte mit vergleichsweise hohem Einkommen angewiesen ist. Dennoch könnte eine dosierte Absenkung der Versicherungspflichtgrenze Teil eines Kompromisses sein, der die Versichertenautonomie insgesamt erhöht. – Auf der anderen Seite könnte man Wahlfreiheit auch für Personen erhöhen, die bislang faktisch gezwungen sind, sich in der PKV zu versichern. Das sind

aufgrund des Beihilfesystems primär die Beamten, weil alle anderen Personen zumindest zu Beginn der beruflichen Tätigkeit die Möglichkeit haben, sich freiwillig gesetzlich zu versichern. Hier ließe sich mit vergleichsweise geringem Auf-

Kingreen: Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“ (NZS 2017, 841) 845 ▲▼

wand Wahlfreiheit herstellen; darauf wird nachfolgend näher eingegangen.²⁶

Auch ein systeminterner Wettbewerb um *Bestandskunden* lässt sich mit wenigen gesetzlichen Regelungen bewerkstelligen. Da dieser allerdings in der GKV bereits existiert, müsste insoweit primär das private Krankenversicherungsrecht angepasst werden; dabei steht die Verbesserung der Portabilität der Alterungsrückstellungen im Mittelpunkt des Interesses. Ein systemübergreifender Wettbewerb ist bei Bestandskunden allerdings anspruchsvoller. Beide Systeme sind mit dem Problem der im Lebenslängsschnitt sehr unterschiedlichen Gesundheitskosten konfrontiert. Die GKV löst diese Herausforderung durch den Risikostrukturausgleich, der allerdings voraussetzt, dass Versicherte nicht erst in einem vergleichsweise hohen Alter in die GKV eintreten. In der PKV werden die im Alter steigenden Gesundheitskosten durch Alterungsrückstellungen gedeckt, die ab dem Eintrittsalter bis zum prognostizierten Sterbealter kalkuliert und entsprechend über den Verlauf des Lebens umgelegt werden. Das schließt zwar Systemwechsel nicht aus, setzte aber voraus, dass wechselnde Versicherte ihre „angesparten“ Sicherheiten systemübergreifend mitnehmen, um problematische Selektionsprozesse zu vermeiden.

Die Verbesserung des Wettbewerbs um Neukunden und ein systeminterner Wettbewerb um Bestandskunden lassen sich daher leichter bewerkstelligen als systemübergreifende Wechselprozesse. Daran orientieren sich die beiden nachfolgenden Vorschläge.

III. Stärkung der Wahlfreiheit für Beamte und ihre Familienangehörigen

Für die Stärkung der Wahlfreiheit der Beamten stehen zwei Möglichkeiten offen, die auch miteinander kombiniert werden könnten:

1. Öffnung von § 14 SGB V für alle Beamten

Insbesondere Beamte, die gemeinsam mit ihren Familienangehörigen fast 50 % der Versicherten in der PKV ausmachen, sind zwar nicht rechtlich, aber doch faktisch verpflichtet, sich in der PKV zu versichern. Denn nur die PKV bietet die Beihilfe ergänzende Tarife an, wohingegen in der GKV nur eine Vollversicherung möglich ist, die – nähme ein Beamter sie in Anspruch – zum Verlust der Beihilfeansprüche führen würde. Das ist besonders misslich für Versicherte mit Vorerkrankungen und Behinderungen, die sich jedenfalls nur zu erheblich höheren Prämien in der PKV versichern können. Als Alternative bleibt dann oftmals nur die GKV. Auch für Beamte mit vielen Kindern ist der faktische Zwang zur Versicherung in der PKV problematisch. Ausgerechnet diese sozial besonders schutzbedürftigen Beamten werden daher gezwungen, mit der Versicherung in der GKV auf die Leistungen der Beihilfe und damit einen wesentlichen Baustein der staatlichen Fürsorge zu verzichten.

Es gibt aber bereits einen gesetzlichen Anker, an den sinnvolle Änderungen andocken könnten. Gemäß § 14 Abs. 1 SGB V haben die bei den Krankenkassen beschäftigten Angestellten und Beamten, die nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Ansprüche auf Beihilfe im Krankheitsfall haben, einen Anspruch auf Teilkostenerstattung, der an die Stelle des üblichen Sachleistungsanspruchs tritt. Diese müssten nämlich anderenfalls ihren Beitrag in voller Höhe zahlen²⁷ und könnten ihren Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nicht verwirklichen. Dieses Problem haben zwar alle Beihilfeberechtigten, die sich aus diesem Grunde privat gegen Krankheit versichern. Jedoch möchte der Gesetzgeber den betroffenen Mitarbeitern der Krankenkassen eine Mitgliedschaft in der PKV nicht zumuten, „weil dieser Personenkreis in besonderem Maß für die Belange der GKV eintritt und deshalb die Möglichkeit erhalten soll, bei seiner Krankenkasse einen Versicherungsschutz zu erhalten, der seinen besonderen Verhältnissen Rechnung trägt.“²⁸

Man könnte diese Norm für alle Beamten öffnen, die damit zumindest zum Zeitpunkt ihrer Ernennung einmalig entscheiden könnten, ob sie sich gesetzlich oder privat versichern. Ebenso wie derzeit die PKV würde die gewählte Krankenkasse den nicht durch die Beihilfe abgedeckten Kostenanteil übernehmen.

2. Änderung des Beihilferechts: Das Hamburger Modell

Alternativ oder kumulativ sind Änderungen im Beihilferecht denkbar, um die Systemwahlfreiheit der Beamten zu verbessern. Ein Gesetzentwurf der Freien und Hansestadt Hamburg²⁹ sieht vor, dass Landesbeamte statt der individuell berechneten Beihilfen zu den krankheitsbedingten Aufwendungen eine pauschale Beihilfe in Anspruch nehmen, die der Hälfte des GKV-Beitrags oder der Hälfte des Beitrags für den Basistarif in der PKV entspricht. Die Beihilfe soll also entweder, wie bisher, auf der Leistungsseite erfolgen oder im Beitragsrecht ansetzen. Die Beamten sollen insoweit ein Wahlrecht haben, das sie aber nur einmal ausüben können. Das soll grundsätzlich für alle Beamten gelten, dürfte aber aufgrund der derzeit geltenden bundesrechtlichen Restriktionen (insbesondere: §§ 6 Abs. 3 a und 9 SGB V) nur für neu einzustellende Beamte relevant sein.

Kurzfristig wird diese Umstellung, wenn sie denn wie geplant zum 1.8.2018 Gesetz werden sollte, erhebliche, allerdings in der Höhe kaum prognostizierbare, weil von den Entscheidungen der Beamten abhängige Mehraufwendungen verursachen. Denn die Kosten der pauschalen Fürsorgeleistung werden zunächst die Kosten der individuell gewährten Beihilfe übersteigen. Bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern sollen aber die Kosten der gewährten Beihilfe die voraussichtlichen Kosten der Pauschale übersteigen, so dass insgesamt davon ausgegangen werden kann, dass langfristig Kostenneutralität erreicht wird.³⁰ Hinzu dürften erhebliche Einsparungen bei Verwaltungskosten treten, weil die aufwändige Ermittlung der Beihilfe auf der Leistungsseite entfällt. Am wichtigsten ist aber der Beitrag zum individuellen Bürokratieabbau, denn für die Versicherten entfällt das für sie aufwändige doppelte Abrechnungsregime mit der PKV und der Beihilfe. Insbesondere ältere Menschen berichten immer wieder davon, wie belastend es im Angesicht schwerer Erkrankungen sein kann, mit zwei verschiedenen und nicht immer serviceorientierten Leistungsträgern kommunizieren zu müssen.

Verfassungsrechtlich wäre eine solche Umstellung ohne weiteres zulässig. Art. 33 Abs. 5 GG verpflichtet den Dienstherrn zwar zu Vorkehrungen, die sicherstellen, „dass der amtsangemessene Lebensunterhalt des Beamten bei Eintritt besonderer finanzieller Belastungen durch Krankheits-, Pflege-, Geburts- oder Todesfälle nicht gefährdet wird.“ Es bleibt aber ihm überlassen, „ob er diese Pflicht über eine

Kingreen: Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“ (NZS 2017, 841) 846 ▲▼

entsprechende Bemessung der Dienstbezüge, über Sachleistungen, Zuschüsse oder in sonst geeigneter Weise erfüllt.“³¹ Er kann seiner beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht damit auch durch die Gewährung von pauschalen Zuschüssen zu den Beiträgen der Krankenversicherung nachkommen.

Der Gesetzentwurf belegt beispielhaft das Innovationspotenzial des Föderalismus. Allerdings werden dem Beispiel Hamburgs nur solche Länder folgen, die willens und in der Lage sind, die kurzfristig anfallenden Mehrkosten zu stemmen. Für die Bundesbeamten wäre der Bund zuständig, der entsprechende Bestimmungen auch ergänzend zu einer möglichen Reform von § 14 SGB V erlassen könnte.

IV. Verbesserung der Mitnahme der Alterungsrückstellungen beim Wechsel innerhalb der PKV

Ein zweiter wichtiger Baustein zur Stärkung der Versichertenautonomie bestünde in Erleichterungen bei der Mitnahme von Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens.³² In § 204 VVG müsste geregelt werden, dass die Mitnahme der Alterungsrückstellungen nicht nur für die Versicherten ermöglicht wird, die ihren Vertrag nach dem

1.1.2009 abgeschlossen haben, sondern für alle Versicherten. Auch müsste § 13 a KalV geändert werden, der den Übertragungswert bislang noch auf den Basistarif beschränkt. Gegen die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen werden typischerweise zwei Einwände vorgetragen, die aber letztlich beide nicht überzeugen:³³

1. Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellungen

Ein insbesondere in der Versicherungswirtschaft beliebtes Argument lautete lange Zeit, die Alterungsrückstellungen seien gar nicht individualisierbar und daher auch nicht portabel.³⁴

Alterungsrückstellungen sind bilanzrechtliche Kalkulationsposten, die nach § 341 f Abs. 1 S. 1 HGB grundsätzlich prospektiv ermittelt werden, dh die Deckungsrückstellung muss dem versicherungsmathematisch errechneten Wert der künftigen Verpflichtung des Versicherungsunternehmens abzüglich des versicherungsmathematisch ermittelten Barwerts der künftigen Beiträge entsprechen. Die Kalkulation der Prämien beruht auf dem Gesetz der großen Zahl, indem Kollektive von Versicherten in Tarifen zusammengefasst werden. Dies würde auch ganz ohne die Alterungsrückstellungen funktionieren – dann müssten die Prämien regelmäßig entsprechend den mit dem Alter steigenden Krankheitskosten zunehmen. Doch dieses kollektive Prinzip wird um ein im Wesen individuelles Element ergänzt: die einzelvertragliche Zusage, das ursprüngliche Eintrittsalter in der Weise zu bewahren, dass die Prämie gerade nicht altersabhängig erhöht wird. Damit steigt mit dem Alter des einzelnen Versicherten der individuelle Nachlass, den er gegenüber der höheren Prämie eines Neukunden gleichen Alters erhält. Der versicherungsmathematische Barwert dieses Nachlasses ist die Alterungsrückstellung, der somit ein ebenso individueller Charakter zukommt.

Die auf den einzelnen Versicherungsvertrag bezogene Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellungen folgt nicht nur aus der versicherungsmathematischen Kalkulationslogik, sondern sie wird auch in einer Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen geregelt bzw. vorausgesetzt, nicht nur im Bilanz- und Steuerrecht, sondern auch im Privat- und Sozialversicherungsrecht. Gemäß § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 VVG kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass er Anträge auf Wechsel in einen neuen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung ua der Alterungsrückstellungen annimmt. Nach § 13 Abs. 1 KalV ist für jeden Leistungsbereich dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung, vollständig prämienmindernd anzurechnen. Zwar verbleibt die Alterungsrückstellung beim Tarifwechsel im Unternehmen; dennoch setzt die Vorschrift zwingend voraus, dass sie zum Zeitpunkt des Tarifwechsels individuell ermittelt und im neuen Tarif berücksichtigt wird. Auch § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 VVG setzt die Individualisierbarkeit zwingend voraus, indem er die Mitnahme der Alterungsrückstellungen für den Fall des Unternehmenswechsels regelt. Nach § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG ist in diesem Fall die auf den Basistarif kalkulierte Alterungsrückstellung zu übertragen, wenn der Vertrag nach dem 1.1.2009 abgeschlossen wurde. Der Versicherungsvertrag muss eine solche Mitgabe des Übertragungswerts nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG ausdrücklich vorsehen. Schließlich findet sich auch in § 5 Abs. 9 SGB V eine sozialversicherungsrechtliche Regelung zur Individualisierung und Portabilität der Alterungsrückstellungen. Alle diese Vorschriften wären nicht umsetzbar, wenn Alterungsrückstellungen nur kollektive Kalkulationsposten für einen Tarif wären.

2. Verfassungsrechtliche Fragen

Verfassungsrechtlich ist gegen die Portabilität von Alterungsrückstellungen immer wieder ins Feld geführt worden, sie seien als Eigentum der Unternehmen und/oder der Versicherten (Art. 14 Abs. 1 GG) gegen eine Übertragung geschützt.³⁵

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts deckt derartige Schlussfolgerungen indes nicht. Art. 14 Abs. 1 GG schützt „alle vermögenswerten Rechte, die das Recht einem privaten Rechtsträger so zuordnet, dass er die damit verbundenen Befugnisse nach eigenverantwortlicher Entscheidung zu seinem privaten Nutzen ausüben darf.“³⁶ Alterungsrückstellungen sind aber nach zutreffender Ansicht

des Bundesverfassungsgerichts kein konkretes vermögenswertes Recht, „weil ihnen nicht der Charakter eines konkreten, dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts zugeordneten Eigentumsrechts zukommt.“³⁷ Sie sind also in sachlicher Hinsicht schon kein Eigentum, so dass es überhaupt gar nicht darauf ankommt, wem sie persönlich zuzuordnen sind.

Portabilitätsregelungen können aber die Berufsfreiheit der Unternehmen (Art. 12 Abs. 1 GG) und vor allem die durch die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) geschützte Entscheidung der Versicherten über ihren Versicherer tangieren. Zudem besteht eine durch das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) verstärkte Pflicht, eine Versicherung zu tragbaren Prämien bzw. Beiträgen zu gewährleisten. Es wird befürchtet, dass durch die Erweiterung der Portabilitätsregelungen eine Risikoentmischung stattfinden

Kingreen: Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“ (NZS 2017, 841) 847 ▲▼

werde, weil tendenziell eher gesunde Versicherte bereit sein werden, das Unternehmen zu wechseln. Für die nicht wechselnden Versicherten besteht die Gefahr, dass durch den Weggang der „guten Risiken“ mittelbar erhebliche Prämiensteigerungen notwendig werden.³⁸ Das ist jedenfalls plausibel, wenn und soweit sich diese einer neuerlichen Gesundheitsuntersuchung unterziehen müssten; denn dann müssten auch neue Krankheiten in die Kalkulation der Prämie einbezogen werden, die beim Abschluss des Vertrages beim alten Versicherungsunternehmen noch nicht vorhanden waren.

Das ist allerdings kein ganz neues Problem. So müssen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Pflegeversicherung anbieten, an einem Risikoausgleich nach § 111 SGB XI beteiligen. Diesen Prototyp des privatversicherungsrechtlichen Risikoausgleichs greift § 154 Abs. 1 VAG auf, indem er alle Versicherungsunternehmen, die einen Basistarif anbieten, verpflichtet, sich am Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif zu beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem zu schaffen und zu erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muss einen dauerhaften und wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten. Es wäre daher zu prüfen, ob dieser ohnehin vorhandene Risikoausgleich nicht insgesamt auf diejenigen Risiken erweitert werden könnte, die mit dem Wechsel des Versicherers im Hinblick auf die Alterungsrückstellungen verbunden sind. Alternativ könnte man überlegen, die mitzubehaltenden Alterungsrückstellungen risikoadäquat zu berechnen. Die Monopolkommission schlägt vor, als Übertragungswert eine prospektive individualisierte Alterungsrückstellung vorzusehen, also eine Rückstellung, welche die zukünftig zu erwartenden (prospektiven) Gesundheitskosten für den einzelnen Versicherten individuell berücksichtigt. Dieser individuelle Wert kann als Barwert der erwarteten Gesundheitskosten eines Versicherten abzüglich des Barwertes der erwarteten Prämienzahlungen definiert werden.³⁹ Ob das versicherungsmathematisch möglich ist, entzieht sich zwar juristischer Expertise, sollte aber zu klären sein. Jedenfalls dürfte es sinnvoll sein, Portabilitätsregelungen mit einer Beobachtungs- und laufenden Berichtspflicht zu versehen, um unvorhergesehene, durch Risikoselektion bedingte Schiefagen zeitnah korrigieren zu können.⁴⁰

V. Das Leitbild des mündigen Versicherten

Befürworter einer Bürgerversicherung mögen einwenden, dass die dosierte Einführung von Wahlrechten unter Beibehaltung der dualen Versicherungsordnung eine zu zaghafte Reform sei. Vielleicht ist es aber gerade eine richtige Strategie, das Thema nicht mehr „top-down“, sondern „bottom-up“ anzugehen: Den Versicherten wird nicht mehr gewissermaßen von oben ihre Fähigkeit zur Eigenverantwortung abgesprochen (sei es durch die Verweigerung von Wahlrechten oder aber einer Bürgerversicherung, die doch für sie „das Beste“ ist), sondern sie entscheiden selbst. Der mündige Bürger, schon lange ein Leitbild im Verbraucherschutzrecht, würde auch als Versicherter zu eigenverantwortlichen Entscheidungen befähigt werden. Eine „Abstimmung mit den Füßen“ kann langfristig durchaus zur Auflösung der dualen Krankenversicherungsordnung führen; aber wer wollte

dann noch dagegen sein?

- * *Prof. Dr. Thorsten Kingreen* ist Universitätsprofessor am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Universität Regensburg und Mitherausgeber dieser Zeitschrift. Der Text beruht auf einem Vortrag auf der Jahrestagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes in Leipzig am 13.10.2017. Er wird auch in der Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes erscheinen.
- 1 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, 2002, S. 149 ff.; https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/c318-nachhaltigkeit-in-der-finanzierung-der-sozialen-sicherungssysteme.pdf?__blob=publicationFile.
 - 2 Zur Verfassungsmäßigkeit BVerfG, Urt. v. 10.6.2009, 1 BvR 706/08 ua, BVerfGE 123, 186 (235 ff.); ausführlich *Baier*, Der Basistarif der privaten Krankenversicherung, 2012, S. 59 ff.
 - 3 Vgl. zu diesem Wandel durch Annäherung *Kingreen*, Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, Verhandlungen des 69. Deutschen Juristentages 2012 Bd. II/1, 2013, K 15 ff.
 - 4 Näher dazu *Hamilton*, Die privatrechtliche Organisation der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Wille/ Hamilton/ Graf von der Schulenburg/ Thüsing (Hrsg.), Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, 2012, S. 187 ff.
 - 5 Zu diesen bereits *Kingreen/Kühling*, Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung, 2013, S. 34 ff.
 - 6 Zu den diesbezüglichen Zweifeln BVerfG, Beschl. v. 19.11.2015, 1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229.
 - 7 Dazu *BVerfG*, Beschl. v. 3.4.2001, 1 BvR 1629/94, BVerfGE 103, 242.
 - 8 Das Folgende aus *Kingreen*, Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, Verhandlungen des 69. Deutschen Juristentages 2012 Bd. II/1, 2013, K 25 ff.
 - 9 Es gibt hier keine belastbaren Zahlen, weil das vertragsärztliche Honorierungssystem permanenten Veränderungen unterliegt und die Höhe des Privathonorars davon abhängt, welcher Steigerungssatz zugrunde gelegt wird, vgl. zu den vorliegenden Untersuchungen *Niehaus*, Ein Vergleich der Vergütung nach GOÄ und EBM, WIP-Diskussionspapier 7/2009, S. 20 ff.
 - 10 Statistisches Bundesamt, Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt und Tierarztpraxen, 2006, S. 15.
 - 11 Vgl. als Überblick über die vorliegenden Studien *Huber/Mielck*, Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empirischer Studien, Bundesgesundheitsblatt 2010, S. 925 (932 f.).
 - 12 Dazu *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011, S. 9 ff.; *Kingreen*, Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, VVDStRL 70 (2011), S. 152 (164 ff.).
 - 13 Öffentlich zugängliche Zahlen über die regionale Verteilung der PKV-Versicherten gibt es nicht. Vgl. aber die erheblichen Unterschiede zwischen (insbesondere westdeutschen) Großstädten und ländlichen Regionen insbesondere in Ostdeutschland unter <http://www.versorgungsatlas.de/themen/struktur-der-versorgung/?tab=1&uid=20>.
 - 14 Vgl. etwa *Mühlenbruch*, System-„wettbewerb“ zwischen GKV und PKV?, in: Schmehl/Wallrabenstein (Hrsg.), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens Bd. I, 2005, S. 37 ff.
 - 15 *Pfister*, Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG, 2010, S. 178.
 - 16 Dazu näher *Kingreen*, Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, Verhandlungen des 69. Deutschen Juristentages 2012 Bd. II/1, 2013, K 19 ff.
 - 17 Treffend *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011, S. 24: Die Friedensgrenze sei „völlig beliebig geworden und nur noch das Ergebnis des politischen Zerrens zwischen Beitragsbedarf der gesetzlichen und Geschäftsinteressen der privaten Krankenversicherung“; ebenso etwa *H. Reiners*, Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, 2011, S. 24: „ökonomisch wie sozial nicht begründbare Trennung“.
 - 18 Daher trifft der Begriff der „Friedensgrenze“ (*Schnapp/Kaltenborn*, Verfassungsrechtliche Fragen der „Friedensgrenze“ zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, 2001,

S. 10) als Synonym für die Versicherungspflichtgrenze die ordnungspolitische Realität besser als die allgemeine Wettbewerbsrhetorik.

- 19 Dazu *Becker/Schweitzer*, Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung des Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen? Gutachten zum 69. Dt. Juristentag. Abteilung Sozialrecht, 2012, B 21.
- 20 Monopolkommission, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, 2017, S. 7.
- 21 Monopolkommission, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, 2017, S. 7.
- 22 Stand 30.10.2017.
- 23 CDU/CSU, Regierungsprogramm 2017-2021: „Für ein Deutschland, in dem wir gerne und gut leben“, S. 38, 40.
- 24 FDP, Bundestagswahlprogramm 2017: „Schauen wir nicht länger zu“, S. 42 f.
- 25 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Bundestagswahlprogramm 2017: „Zukunft wird aus Mut gemacht“, S. 201.
- 26 Dazu nachfolgend III.
- 27 Sie haben auch keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 1, 2 SGB V, vgl. *Kingreen*, in: *Becker/Kingreen* (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 5. Aufl. 2017, § 14 Rn. 2.
- 28 BT-Drs. 11/2237, 164; vgl. auch BSG, Urt. v. 14.4.1983, 8 RK 28/81, BSGE 55, 67 (74).
- 29 Senatsdrucksache Nr. 2017/02117 v. 31.7.2017.
- 30 Senatsdrucksache Nr. 2017/02117 v. 31.7.2017, S. 1 f., 6 f.
- 31 Alle vorstehenden Zitate aus BVerfG, Beschl. v. 7.11.2002, 2 BvR 1053/98, BVerfGE 106, 225 (232).
- 32 Ebenso Monopolkommission, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, 2017, S. 86 ff.
- 33 Zum Folgenden bereits *T. Kingreen*, Niemals geht man so ganz: Die Alterungsrückstellungen in der PKV, GGW 2014 Heft, 16 (17 ff.).
- 34 Die Position der Versicherungswirtschaft übernehmend etwa *Sodan*, Alterungsrückstellungen, in: *Sodan* (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl. 2014, § 46 Rn. 6, 22 ff.
- 35 Vgl. etwa *Papier/Schröder*, Verfassungsrechtlicher Schutz der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, VersR 2013, 1201 (1202 ff.).
- 36 BVerfG, Urt. v. 10.6.2009, 1 BvR 706/08, BVerfGE 123, 186 (258).
- 37 BVerfG, Beschl. v. 26.6.2013, 1 BvR 1148/13, Rn. 9.
- 38 *Sodan*, Alterungsrückstellungen, in: *Sodan* (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl. 2014, § 46 Rn. 6, 30 ff.
- 39 Monopolkommission, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, 2017, S. 8.
- 40 BVerfG, Urt. v. 10.6.2009, 1 BvR 706/08 ua, BVerfGE 123, 186 (266).