

Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt

KLAUS JACOBS

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Berlin und Honorarprofessor an der Universität Duisburg-Essen

Im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 wurde der Kampf um den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems härter. Eine Status-quo-Analyse des „Systemwettbewerbs“ zwischen GKV und PKV wirft jedoch eher die Frage auf, warum es im 21. Jahrhundert europaweit überhaupt noch allein in Deutschland einen gespaltenen Krankenversicherungsmarkt gibt, anstatt ein einheitliches System, das gleichzeitig solidarisch und wettbewerblich ausgestaltet ist und allen Versicherten und Patienten gleichermaßen nutzt.

Aus ökonomischer Sicht gibt es keine überzeugende Begründung für die international weithin einzigartige Dualität auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt mit einem Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV und PKV) als substitutive Vollversicherungssysteme. Das stellt zumindest der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung seit rund zehn Jahren in fast jedem seiner Jahrestagsberichten fest. Stattdessen plädiert der Rat Jahr für Jahr für die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems für alle Einwohner auf einem wettbewerblich ausgestalteten Krankenversicherungsmarkt: „Bezüglich der Abgrenzung des Versichertenkreises sieht der Sachverständigenrat ein Krankenversicherungssystem, in dem alle Bürger versicherungspflichtig sind, dem derzeitigen System mit seinem segmentierten Krankenversicherungsmarkt sowohl aus allokativer als auch aus verteilungspolitischer Sicht als überlegen an“ (SVR-W 2004, Ziffer 34). Auch die vielfältigen „Zukunftsmodelle“ für die zweckmäßige Ausgestaltung der Krankenversicherung,

die vor rund einem Jahrzehnt von Seiten verschiedener Wissenschaftlergruppen vorgestellt wurden, stimmen – bei allen Unterschieden im Hinblick auf einzelne Systemkomponenten, etwa hinsichtlich der Beitragsgestaltung (einkommensabhängig, pauschal, risikoäquivalent) oder der Rolle von Kapitaldeckung (ohne, ergänzend, vollständig; intern oder extern) – ausnahmslos darin überein, dass sie lebhafte Wettbewerb zwischen allen Krankenversicherern auf einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt vorsehen (vgl. etwa Breyer et al. 2004, Henke et al. 2002, Knappe/Arnold 2002, Kronberger Kreis 2002, Oberender et al. 2006, SVR-W 2004, Zweifel/Breuer 2002).

Nun geht es bei der Frage der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems jedoch keineswegs allein um eine übergeordnete ökonomische Sicht, sondern um handfeste Politik. Dabei spielen sehr wohl auch ökonomische Interessen eine Rolle, allerdings vor allem aus der einzelwirtschaftlichen Perspektive einzelner Akteursgruppen, namentlich der privaten Versicherungswirtschaft, der verfassten Ärzteschaft sowie bestimmter beruflicher Statusgruppen, die von der

Dualität auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt profitieren. Dabei stehen die Interessen der Nutznießer des dualen Systems naturgemäß nur selten explizit im Zentrum der öffentlichen Debatte; vielmehr versuchen dessen Befürworter den Eindruck zu erwecken, dass der Fortbestand der Dualität im Interesse der ganzen Bevölkerung liege, weil alle – gesetzlich wie privat – Versicherten von der Existenz der PKV und dem dadurch hervorgerufenen „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV profitieren würden.

Im Folgenden soll zunächst der Status quo des dualen Krankenversicherungssystems im Hinblick auf drei zentrale Dimensionen betrachtet werden: die Wechseloptionen der Versicherten und ihre Auswirkungen auf die Ausprägung des Wettbewerbs sowie Fragen der Einkommenssolidarität und der Versorgungssteuerung. Daran anschließend wird die begrenzte Lösungsfähigkeit bestehender Probleme bei Fortbestand des dualen Systems aufgezeigt, um anschließend „Essentials“ für die Ausgestaltung eines zukunftsfähigen einheitlichen Krankenversicherungssystems zu identifizieren.

Eingeschränkte Wechselmöglichkeiten und Wettbewerbsinhalte

Wettbewerb ist die direkte Folge von Wahlmöglichkeiten. Darüber verfügt der übergroße Teil der Versicherten in Bezug auf die Wahl zwischen GKV und PKV aber gar nicht. Rund drei Viertel der deutschen Wohnbevölkerung sind GKV-pflichtversichert – zumeist als Arbeitnehmer und Auszubildende mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze von aktuell 52.200 Euro pro Jahr, als Rentner und Rentenantragsteller und als Arbeitslose sowie als mitversicherte Familienangehörige dieser Personengruppen. Gleichzeitig sind mehr als vier Millionen beihilfeberechtigte Beamte, Pensionäre und deren Angehörige – und damit rund 5 Prozent der Bevölkerung – faktisch PKV-pflichtversichert, denn bei einer freiwilligen GKV-Versicherung müssten sie den GKV-Beitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung vollständig selbst tragen, während sie andernfalls ihre Beihilfeansprüche lediglich ergänzen müssen, wozu ihnen die PKV spezielle Beihilfetarife anbietet.

Damit verfügen bereits mehr als 80 Prozent der Bevölkerung über kein

rechtliches oder faktisches Wechselrecht zwischen GKV und PKV. Um diese Personen wird demzufolge auch kein unmittelbarer Wettbewerb geführt. Doch auch für viele freiwillige GKV-Versicherte ist ein Wechsel zur PKV faktisch ausgeschlossen. Das gilt ab einem bestimmten Alter aufgrund hoher Einstiegsprämien in der PKV, weil die Alterungsrückstellungen in diesem Fall in vergleichsweise kurzer Frist aufgebaut werden müssten. Zudem hätten Versicherte mit bestimmten Vorerkrankungen oder Behinderungen teilweise hohe Risikozuschläge zu bezahlen, sofern sie überhaupt von der PKV aufgenommen würden. In jedem Fall aber ist ein Systemwechsel im Prinzip eine Einbahnstraße. Für Privatversicherte über 55 Jahre gibt es generell keine Rückkehrmöglichkeit zur GKV, und Jüngere können nur zurück, wenn sie wieder versicherungspflichtig geworden sind – allerdings nur unter Zurücklassung ihrer in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen.

Eine wirkliche Wechseloption haben somit nur sehr wenige Versicherte. Folglich konzentriert sich der direkte Wettbewerb zwischen GKV und PKV auf diese Personen, die die PKV für sich gewinnen und die GKV bei sich behalten will. Weil diese Personen überwiegend jung und gesund sind, spielen Versorgungsfragen bei diesem Wettbewerb jedoch meist keine Rolle. Akut und chronisch kranke Menschen, die aufgrund eigener Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung unzufrieden sein sollten – sei es mit ihrem Versicherungsschutz oder mit dem Verhalten ihres Krankenversicherers –, haben in aller Regel keine Möglichkeit, ihre Unzufriedenheit durch die Ausübung einer „Exit-Option“ auszudrücken. Zumindest ein Systemwechsel ist der großen Mehrheit von ihnen aus den genannten Gründen verwehrt.

Gesetzlich Versicherte können zumindest praktisch jederzeit ihre Krankenkasse wechseln und unter einer Vielzahl von Alternativen wählen, während Privatversicherte zumeist nicht einmal diese Möglichkeit haben. Sofern sie überhaupt einen anderen Krankenversicherer finden, der bereit wäre, sie zu versichern, müssten sie dort aufgrund ihrer Krankheit vermutlich Risikozuschläge bezahlen und in jedem Fall mit dem Aufbau der Alterungsrückstellungen noch einmal von vorn beginnen, weil diese bei einem Wechsel des Versicherers nicht mitgenommen werden

können. Das gilt zumindest für Privatversicherte mit Verträgen von vor 2009; für danach abgeschlossene Verträge schreibt der Gesetzgeber mittlerweile eine „partielle Portabilität“ vor, wonach die kalkulierten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens im Umfang der Leistungen des Basistarifs an den neuen Versicherer übertragen werden. Laut Bundesverfassungsgericht bewirkt das aber noch lange keinen umfassenden Wettbewerb, weil „die Wechselchancen eines Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko auch durch die Mitgabe eines Teils der Alterungsrückstellung nicht erheblich verbessert (werden), weil der Betreffende in einem Normaltarif keinen aufnahmebereiten Versicherer finden wird“ (BVerfG 2009, Nr. 204). Zudem verbliebe „ein erheblicher Anteil der für den Versicherungsnehmer in seinem Normaltarif gebildeten Alterungsrückstellung bei dem bisherigen Unternehmen“ (ebenda, Nr. 208).

Dass der Wettbewerb zwischen GKV und PKV vor allem um junge und gesunde Personen geführt wird, hat nicht nur zur Folge, dass Fragen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung dabei nur eine nachgeordnete Rolle spielen. Es bedeutet im Ergebnis auch, dass im Zentrum des GKV/PKV-Wettbewerbs die individuelle Entsolidarisierungsoption potenzieller PKV-Wechsler steht, die ihre Beitragsbelastung durch das Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft GKV oftmals spürbar senken können. Deshalb versuchen die gesetzlichen Krankenkassen, der Abwanderung guter Versicherungsrisiken durch Angebote zur „partiellen Entsolidarisierung“ zu begegnen, etwa indem sie abwanderungsgefährdeten Versicherten faktische Beitragsnachlässe in Gestalt von Selbstbehalttarifen oder Beitragsrückerstattungen offerieren. Da es sich vorwiegend um gesunde Nicht- oder Gering-Inanspruchnehmer von Versorgungsleistungen handelt, sind die Mitnahmeeffekte entsprechend groß. Das wird jedoch in Kauf genommen, weil sich ein Wechsel guter Risiken zur PKV in puncto Deckungsbeitrag noch nachteiliger auswirken würde – und zwar nicht nur für die unmittelbar betroffene Kasse, sondern letztlich für die gesamte GKV.

Vor diesem Hintergrund – individuelle Möglichkeiten des Systemwechsels nur für wenige, vorwiegend junge und gesunde Versicherte und nur in Rich-

tung PKV, mit der Folge eines im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung weithin funktionslosen Wettbewerbs – kann der schillernde Begriff des vermeintlich für alle Versicherten vorteilhaften „Systemwettbewerbs“ nur als Schimäre oder – so Thorsten Kingreen auf dem Deutschen Juristentag 2012 – als Camouflage bezeichnet werden. Das gilt umso mehr, als die Zuerkennung und Vorenhaltung von individuellen Wechselrechten nach Erwerbsstatus und Einkommenshöhe erfolgt und „mithin nach sachfremden Kriterien“ (SVR-W 2004, Ziffer 490).

Defizitäre Einkommenssolidarität bei der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes

Wie sach- und wirklichkeitsfremd die Kriterien der Zuerkennung individueller Wahlrechte mittlerweile sind, lässt sich an der wachsenden Zahl von Privatversicherten ablesen, die Probleme haben, ihre ständig steigenden Prämien zu bezahlen – und denen es wenig hilft, wenn ihnen gesagt wird, es sei ihnen ja schließlich bekannt gewesen, dass die Entscheidung für die PKV eine „Lebensentscheidung“ sei, wie etwa in der Antwort der Bundesregierung vom 15.03.2012 auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE (Bundestags-Drs. 17/8757). Angesichts der hohen und stetig weiter gewachsenen Zahl säumiger Beitragszahler in der PKV hat der Bundestag Mitte 2013 die Einführung eines Notlagentarifs beschlossen, der nur noch Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände vorsieht. Dabei handelt es sich bei den „Nichtzahlern“ keineswegs allein um ein PKV-Problem, denn auch die GKV ist damit seit Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht 2009 in wachsender Zahl konfrontiert. Das besondere PKV-Problem liegt darin, dass die PKV von sich aus nicht in der Lage ist, mit einem solchen Problem umzugehen. Zwar hat der Gesetzgeber insbesondere mit dem 2009 eingeführten Basistarif auch in der PKV Elemente der Einkommenssolidarität implementiert, doch stellen diese im Hinblick auf die risikoäquivalente Prämienkalkulation grundsätzlich einen Fremdkörper dar (vgl. Jacobs 2007, 264 ff.). Das ist etwa auch bei den Beitragszahlungen der Bundesagentur für Arbeit für Empfänger von Hartz IV-Leistungen deutlich geworden, die nach einem Ur-

teil des Bundessozialgerichts im Ergebnis nunmehr für Privatversicherte deutlich höher sind als für gesetzlich Versicherte. Nach der beim PKV-Basistarif implementierten Form von Einkommenssolidarität, wird der auf den GKV-Höchstbeitrag festgelegte Beitrag bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts halbiert. Diesen halbierten Beitrag muss die Bundesagentur für Arbeit für privatversicherte Hartz IV-Empfänger nun bezahlen, während sie für gesetzlich versicherte Hartz IV-Empfänger einen deutlich geringeren Beitrag leistet, was im Rahmen der GKV-internen Einkommenssolidarität jedoch ohne Nachteil für die Betroffenen aufgefangen wird.

Dabei wäre es für den Großteil der Privatversicherten angesichts ihrer Einkommenslage kein Problem, einkommensschwache Versicherte solidarisch zu unterstützen. Wenn neuerdings davor gewarnt wird, dass die Diskussion über das Verhältnis von GKV und PKV nicht als „Neiddebatte“ geführt werden dürfe, zumal „die allermeisten Privatversicherten nicht reich, sondern Beamte, Pensionäre oder kleine Selbstständige (sind)“ (Spahn 2012), darf dabei nicht aus dem Blick geraten, dass die Privatversicherten im Vergleich zu den GKV-Versicherten durchschnittlich über mehr als doppelt so hohe Einkommen verfügen und sich dieser Abstand im Verlauf der letzten zehn Jahre (2000 bis 2010) nicht etwa verkleinert, sondern weiter vergrößert hat (vgl. Haun 2013, 89). Auch das vom Wissenschaftlichen Institut der PKV präsentierte Analyseergebnis, dass „nur 20 Prozent aller PKV-Versicherten (...) im Jahr 2008 Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (hatten)\“, womit „widerlegt werden (kann), dass in der PKV hauptsächlich Personen mit hohen Einkommen versichert sind“ (WIP 2012, 24), darf keineswegs so interpretiert werden, als stellten die PKV-Versicherten in Bezug auf ihre Einkommenslage einen mehr oder weniger repräsentativen Ausschnitt der deutschen Wohnbevölkerung dar. Das ist keineswegs der Fall. Nach Berechnungen des WIDo mit Daten des Sozioökonomischen Panels verfügten 2010 nicht nur knapp 38 Prozent der erwachsenen PKV-Versicherten über ein (Gesamt-)Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, sondern damit – und das ist im hier betrachteten Kontext noch wichtiger – ein rund viermal so hoher Anteil wie in der GKV (Haun 2013, 93).

Dass die PKV-Versicherten im Durchschnitt weit höhere Einkommen beziehen als die gesetzlich Versicherten, lässt sich angesichts der systematischen Unterschiede in der jeweiligen Versichertenstruktur – als direkte Folge der bestehenden Wahloptionen – nicht wegdiskutieren. So waren 2010 etwa 99 Prozent aller Arbeitslosen gesetzlich und nur 1 Prozent privat krankenversichert; bei den Rentnern betragen die entsprechenden Anteilsraten 97 (GKV) gegenüber 3 Prozent (PKV). Bei den Selbstdändigen, der einzigen Statusgruppe, die unabhängig vom Einkommen über ein weithin unbeschränktes Wechselrecht zwischen GKV und PKV verfügt (von dessen „Einbahnstraßen-Charakter“ einmal abgesehen), sind Selbstdändige mit Mitarbeitern mehrheitlich (55 Prozent) privat und Solo-Selbstdändige zu zwei Dritteln gesetzlich versichert. In beiden Teilgruppen gibt es jedoch je nach GKV- bzw. PKV-Zugehörigkeit deutliche Unterschiede im Durchschnittseinkommen (vgl. Haun 2013, 89).

Was bedeuten diese Ergebnisse für die Zustandsbeschreibung des dualen Krankenversicherungssystems? Einerseits sind die Unterschiede im Durchschnittseinkommen der Versicherten in den beiden Systemen groß, und zwar mit wachsender Tendenz. Anders wäre es auch nicht zu erklären, dass nach den Berechnungen zum Bürgerversicherungsmodell von Bündnis 90/Die Grünen allein die rechnerische Einbeziehung der PKV-Versicherten in die solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes – ohne sonstige Änderungen, etwa bei der Abgrenzung des Einkommensbegriffs oder der Beitragsbemessungsgrenze – zu einer Reduzierung des GKV-Beitragssatzes um 1,2 Beitragspunkte führen würde (Rothgang et al. 2010, 25).

Andererseits sind damit aber keineswegs alle GKV-Versicherten „reich“ – ganz im Gegenteil: Ein mutmaßlich wachsender Teil von ihnen würde von einem Einbezug der gesamten Bevölkerung in die solidarische Finanzierung selbst unmittelbar profitieren. Eine solche Einkommenssolidarität kann ihnen innerhalb der PKV aber nicht zuteilwerden. Der Basistarif ist bei einer Prämienhöhe entsprechend dem GKV-Höchstbeitrag von der ihm zugesetzten „Bezahlbarkeit“ (vgl. BVerfG 2009, Nr. 172) für viele von ihnen weit entfernt, und zwar selbst wenn sein Beitrag bei Hilfebedürftigkeit halbiert wird. Einkommensabhängige Beiträge sind mit

dem Kalkulationsmodell der PKV aber nicht kompatibel (ganz abgesehen davon, dass Versicherungskonzerne wie Allianz oder ERGO Einkommensinformationen ihrer Kunden wohl kaum bekommen sollten). Ein Ausweg aus dem Beitragsdilemma der PKV, das sich angesichts hoher Ausgabenzuwächse und der Aussicht auf ein mutmaßlich noch länger anhaltendes Niedrigzinsniveau eher noch verschärfen könnte, liegt für viele Privatversicherte offenbar darin, ihre Beitragsbelastung durch Tarifwechsel zu vermindern. Nach einer repräsentativen Umfrage des WIdO vom Frühjahr 2012 hatten sich fast 30 Prozent der befragten Privatversicherten im Verlauf der vergangenen zwei Jahre für eine Reduktion des versicherten Leistungsumfangs oder eine Erhöhung ihrer Selbstbeteiligung entschieden (vgl. Zok 2012, 4 f.) – was von Seiten der PKV zwar vehement bestritten, von unabhängigen Versicherungsberatern aber als durchaus plausibel eingeschätzt wird (vgl. Reiche 2012).

Dysfunktionale Steuerung im System der Gesundheitsversorgung

Die dritte Dimension des Status quo des dualen Krankenversicherungssystems, die hier betrachtet werden soll, hat sowohl allokativer als auch distributive Dimensionen. So wird vielfach behauptet, dass das hochwertige Versorgungssystem in Deutschland – einschließlich des Zugangs zu Innovationen – für die gesamte Bevölkerung speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung nur aufgrund der höheren Umsätze mit Privatpatienten aufrechterhalten werden könne. Diese zunächst rein allokativer Sicht reicht bis hinunter zur Perspektive der einzelnen Arztpraxis, von der es heißt, dass sie ohne die Honorare der Privatpatienten oft gar nicht mehr finanziert sei. In diesen Kontext fällt auch die sogenannte „Quersubventionierungs-Theorie“ (vgl. etwa Niehaus und Weber 2005), die auch eine dezidiert distributive Sicht beinhaltet: Zwar sind die Privatversicherten nicht direkt an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes beteiligt, doch trügen sie durch ihre höheren Leistungsvergütungen zur Stabilisierung des Versorgungssystems für alle Versicherten bei, was von PKV-Vertretern sogar auch schon als „indirekter Finanzausgleich der PKV“ bezeichnet

wurde, der wirkungsvoller sei als der Risikostrukturausgleich der Kassen und ein fairer Ausgleich für unterschiedliche Risiken (Schulte 2005: 172).

In der Tat erhalten die Ärzte für die ambulante Versorgung von Privatpatienten im Vergleich zu gesetzlich Versicherten vielfach eine spürbar höhere Vergütung. Doch wohin fließen die entsprechend generierten „Mehrumsätze“ überhaupt, die das Wissenschaftliche Institut der PKV in der ambulanten ärztlichen Versorgung für 2011 auf immerhin fast 5,4 Milliarden beziffert hat (Niehaus 2013)? Dass diese Mittel vor allem dorthin fließen, wo sie primär für die Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, kann zumindest bezweifelt werden. So gibt es zum einen unübersehbare Hinweise auf medizinisch zumindest fragwürdige (Über-)Diagnostik und Therapien für Privatpatienten, denen aufgrund der privatärztlichen Einzelleistungsvergütung kaum entgegengewirkt werden kann, und zum anderen eine starke regionale Konzentration der Privatversicherten, und zwar gerade nicht dort, wo es – etwa in ländlich strukturierten Regionen Ostdeutschland – schon bestehende oder zumindest drohende Versorgungsgapse gibt.

So hat das Wissenschaftliche Institut der PKV ermittelt, dass die Ausgaben für ambulante Laborleistungen je PKV-Versicherten 2008 rund fünfmal so hoch waren wie je GKV-Versicherten (Keßler 2010: 8). Da es bei den ambulanten Laborleistungen aber kaum Preisdifferenzen für gesetzlich und privat versicherte Patienten gibt, ist dieser Unterschied fast ausschließlich auf Mengenunterschiede zurückzuführen, die in dieser Größenordnung medizinisch kaum begründbar erscheinen. Grundsätzlich in dieselbe Richtung – wenngleich vom Ergebnis weniger krass – verweisen Vergleiche des WIP zu ambulanten radiologischen Leistungen für GKV- und PKV-Versicherte (Keßler 2009). Zentrale Nutznießer der höheren Honorare der Privatpatienten auf der Basis einer reinen Einzelleistungsvergütung sind erkennbar die Ärztinnen und Ärzte. Dass dazu keineswegs alle ambulant tätigen Ärzte zählen, gilt auch angesichts der regionalen Verteilung der durch Privatpatienten generierten Mehrumsätze, denn es gibt eine hohe Korrelation zwischen der Ärztedichte

und dem Anteil an PKV-Versicherten an der Wohnbevölkerung. Dadurch wird es letztlich aber noch schwieriger, Ärzte für die Arbeit in überwiegend ländlich strukturierten Regionen zu gewinnen. Dass es hier dennoch eine ausreichende

Zentrale Nutznießer der höheren Honorare für Privatpatienten sind erkennbar die Ärzte.

Versorgung gibt, von der auch die (wenigen) hier lebenden Privatversicherten profitieren, ist allein den Anstrengungen zu verdanken, die seitens der GKV zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung unternommen werden.

Die Aussage, dass mit den Gesamthonoraren aus GKV und PKV genügend Geld für eine qualitativ hochwertige Versorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht, bedeutet somit noch lange nicht, dass es diese Versorgung tatsächlich auch für alle GKV- und PKV-Versicherten gibt. Dazu wären zugleich auch wirksame Steuerungsmechanismen notwendig, die dafür sorgen, dass das Geld gezielt nach dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung eingesetzt wird. Hierzu trägt das duale Krankenversicherungssystem aber nicht nur nichts bei, sondern erweist sich teilweise sogar als ausgesprochen kontraproduktiv.

Dass die derzeitige „duale Vergütungskonstellation“ – insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung – jedenfalls kein Grund für das Festhalten am weithin unverbundenen Nebeneinander von GKV und PKV ist, wird auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ausdrücklich betont: „Durch die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes und die unterschiedlichen Honorierungssysteme leidet (...) die Behandlungsqualität und die Effizienz der Leistungserstellung: Ärzte werden nicht gemäß ihren Fähigkeiten und den medizinischen Erfordernissen eingesetzt, sondern gemäß der Versicherungszugehörigkeit der Patienten. Es kommt zu einer Fehlallokation von knappen Ressourcen und Qualitätsdefiziten, die bei einer einheitlichen Honorierung auf einem einheitlichen Markt in geringerem Maße auftreten würden“ (SVR-W 2004: Ziffer 492).

Begrenzte Problemlösungsperspektiven innerhalb des dualen Systems

Die Betrachtung von drei zentralen Dimensionen des bestehenden dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland hat nicht nur deutlich gemacht, dass im Hinblick auf individuelle Wahl- und Wechseloptionen, die solidarische Finanzierung eines substanziellen Krankenversicherungsschutzes sowie die Voraussetzungen für eine am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientierte Versorgungssteuerung gravierende Defizite bestehen. Es ist zugleich deutlich geworden, dass isolierte Problemlösungen innerhalb der beiden Systeme der GKV und PKV bei grundsätzlichem Fortbestand der Dualität wenig erfolgversprechend erscheinen.

So haben etwa kleinere Veränderungen an der Versicherungspflichtgrenze, wie sie in der Vergangenheit immer wieder in unterschiedlicher Richtung erfolgt sind – in Bezug auf deren Höhe oder den erforderlichen Zeitraum ihrer Überschreitung zur Aufhebung der Versicherungspflicht in der GKV –, die Frage nach der generellen Legitimation der Einräumung oder Vorenthalten individueller Wahlrechte nach willkürlich festgelegten Erwerbsstatus- und Einkommenskriterien völlig ausgeblendet. Doch handelt es sich um eine grundsätzliche gesellschaftspolitische Frage, die in einem freiheitlichen Rechtsstaat des 21. Jahrhunderts nicht mehr überzeugend allein mit dem Verweis auf die historische Entwicklung seit Bismarck beantwortet werden kann. So wie sich die unterschiedliche Behandlung von Arbeitern und Angestellten in der GKV Mitte der 1990er Jahre gesellschaftspolitisch nicht mehr begründen ließ, erscheinen auch die bestehenden unterschiedlichen Wahl- und Wechseloptionen zwischen GKV und PKV schon lange nicht mehr zeitgemäß. Jedes Festhalten an einer – auch weiterentwickelten – Dualität bedeutet aber zugleich das Festhalten an unterschiedlichen Wahloptionen der Bürger nach fragwürdigen Kriterien. Wenn die Dualität des Krankenversicherungssystems heute – so etwa im Koalitionsvertrag der christlich-liberalen Bundesregierung – als Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens eingestuft wird (CDU/CSU/FDP 2009, 86), die übergroße Mehrheit der Bevöl-

kerung aber von der „Freiheitlichkeit“ einer eigenen Wahlmöglichkeit systematisch ausgeschlossen wird, erscheint es zur Legitimation dieser Situation auf Dauer wenig tragfähig, die Versicherten ohne Wahloptionen damit zu „beruhigen“, dass letztlich auch sie – angeblich – von entsprechenden Freiheiten einer privilegierten Minderheit profitieren.

Das gilt umso mehr, als eine zentrale Begründung dafür, dass bestimmte Personengruppen eine Wahloption in Richtung PKV haben, nämlich dass sie pauschal als „nicht schutzbedürftig“ eingestuft werden, durch die Realität in der Arbeitswelt schon lange nicht mehr gedeckt wird – Beispiel: Solo-Selbständige. Dabei betrifft diese Fehleinstufung nicht nur den betreffenden Personenkreis selbst, der durch einen hohen Anteil von Menschen in prekären Einkommensverhältnissen gekennzeichnet ist (vgl. Brenke 2013), sondern letztlich die Gesamtbevölkerung, die als Steuerzahler für die Folgen von Sicherungslücken eintreten müssen. Solche Lücken drohen nicht nur privatversicherten Solo-Selbständigen, sondern angesichts der vielfältigen Ungewissheiten in den Lebensumständen eines Menschen – gesamtwirtschaftlich wie individuell – praktisch jedem Privatversicherten, wie etwa auch das Beispiel der ehemaligen Beamtengattin zeigt, die nach ihrer Ehescheidung den Beihilfeanspruch verliert, aber nicht mehr in die GKV wechseln kann. In diesem Fall kann zwar die (offenbar falsche) „Lebensentscheidung Ehe“ revidiert werden, die (in diesem Fall abgeleitete) „Lebensentscheidung PKV“ aber nicht. Auch dieses Beispiel unterstreicht die grundsätzliche strukturelle Überforderung der PKV, mit derartigen Problemen umzugehen, deren Anzahl tendenziell zunimmt. Der gut gemeinte, aber letztlich untaugliche Versuch einer Einführung von Elementen der Einkommenssolidarität im Rahmen der Neuregelungen zum Basistarif macht dies überdeutlich.

Aber auch die GKV stößt hinsichtlich einer isolierten Problemlösung in der Frage der nachhaltigen Finanzierung an Grenzen der strukturellen Überforderung. Die aktuelle Sondersituation übervoller Kassen – beim Gesundheitsfonds ebenso wie bei einigen Einzelkas- sen – darf nicht den Blick auf die nach wie vor bestehende Wachstumsschwäche der GKV-Beitragsbasis verstellen. Weil

die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder einen immer kleineren Teil des Volkseinkommens repräsentieren, können auf längere Sicht nicht einmal Ausgabensteigerungen entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Wirtschaftskraft Beitragssatz- bzw. zusatzbeitragsneutral finanziert werden (Jacobs/Schulze 2013, 23). Das kann künftig nur gelingen, wenn die gesamte Bevölkerung einschließlich der im Durchschnitt vergleichsweise einkommensstarken Privatversicherten mit allen Einkommen in die solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes einbezogen wird.

Schließlich verlangen auch die Aufgaben der Versorgungssteuerung gemäß Bedarf und Präferenzen einer alternden Bevölkerung bei immer größeren regionalen Disparitäten nach einem konsistenten Gesamtkonzept. Allein wäre die PKV gar nicht in der Lage, flächendeckend für ein ausreichendes Versorgungsangebot für ihre Versicherten zu sorgen. Wo viele Privatversicherte leben, gibt es Überkapazitäten und eine medizinisch fragwürdige Leistungs inflation, wodurch erhebliche Finanzmittel gebunden werden, die anderswo fehlen. Das Hauptproblem im bestehenden Nebeneinander unterschiedlicher Honorierungssysteme für gesetzlich und privat Krankenversicherte liegt vor allem im Einzelleistungscharakter der privatärztlichen Gebührenordnung (GOÄ), die keine Möglichkeit einer sinnvollen Mengensteuerung kennt. Selbst wenn die vorerst gescheiterte GOÄ-Reform in einem neuen Anlauf klappen sollte, blieben die Fehlanreize durch das unverbundene Nebeneinander der gänzlich unterschiedlichen Leistungs- und Vergütungssysteme von GKV und PKV bestehen. Das mag einzelnen Ärzten und ggf. auch Privatpatienten vorteilhaft erscheinen, ändert aber nichts daran, dass die stets knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Interesse der großen Mehrheit der Versicherten und Patienten sehr viel zielgerichteter eingesetzt werden könnten und sollten.

Zentrale Gestaltungsanforderungen an ein einheitliches Krankenversicherungssystem

Die Weiterentwicklung der beiden „Säulen“ des dualen Krankenversicherungssystems ist durch einen Prozess der beidseitigen Konvergenz gekennzeichnet. Dazu zählen etwa einerseits

die Einführung von (vermeintlichen) PKV-Elementen wie Selbstbehalten und Beitragsrückgewähr in der GKV und andererseits die Einführung von Elementen der solidarischen Finanzierung in der PKV – insbesondere durch den bereits angesprochenen Basistarif. Eine ganzheitliche Strategie des Gesetzgebers erscheint dabei jedoch nicht erkennbar (vgl. Pfister 2010, 176). Ohne ganzheitliche Strategie birgt eine fortschreitende Konvergenz „als solche“ aber womöglich mehr Gefahren als Chancen, denn niemandem kann daran gelegen sein, die jeweiligen strukturellen Schwächen von GKV und PKV in einem einheitlichen System zu vereinen.

Was aber sind die jeweiligen strukturellen Stärken und Schwächen von GKV und PKV? In diesem Beitrag ist bei der Analyse der Status quo des dualen Systems bereits deutlich geworden, dass es aus der Sicht der Versicherten und Patienten drei „Essentials“ eines zukunftsähnlichen Krankenversicherungssystems gibt:

- möglichst unbeschränkte individuelle Wahl- und Wechseloptionen aller Versicherten,
- die solidarische Finanzierung eines substanzialen, dem anerkannten Stand des medizinischen Wissens entsprechenden Krankenversicherungsschutzes nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit aller Versicherten sowie
- wirksame Instrumente der Versorgungssteuerung im Hinblick auf ein möglichst hohes Maß an Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Versorgung.

Bei allen drei Dimensionen der Systemgestaltung liegt eine grundsätzliche

Bei der Systemgestaltung liegt eine grundsätzliche Orientierung an den bestehenden GKV-Strukturen nahe.

Orientierung an den bestehenden GKV-Strukturen nahe, ohne dass damit gesagt sei, dass deren Potenziale bereits hinreichend erschlossen seien. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die gezielte Versorgungssteuerung, die nach wie vor durch ein starres Regelungsdickicht der unflexiblen zentralen Kollektiv- und Planwirtschaft bestimmt wird und

dringend einer konsequenten vertragswettbewerblichen Öffnung bedarf (vgl. Jacobs 2012). Von ihrer Grundstruktur her – konkurrierende Krankenkassen mit direkten Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern – besitzt die GKV jedoch schon jetzt die erforderlichen Voraussetzungen für das ordnungsoökonomische Modell des „Managed Competition“, das bei der niederländischen Krankenversicherungsreform von 2006 Pate gestanden hat (vgl. Enthoven 2008). Demgegenüber ist die PKV von ihrer Grundstruktur weithin steuerungsunfähig, wie bereits die im Auftrag des Bundesjustizministeriums vor rund 10 Jahren tätige Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts festgestellt hat: „Der Versicherer hat keine direkten Vertragsbeziehungen mit dem Leistungserbringer und kann demnach auf Qualität oder Menge der medizinischen Leistungen keinen Einfluss nehmen; auch die mengenorientierten Vergütungsstrukturen kann er durch Verträge mit den Leistungserbringern nicht ändern, weil die entsprechenden Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, BPfIV) unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV steht der PKV damit kein rechtliches Instrumentarium zur Verfügung, um auf die Kostensteigerungen Einfluss zu nehmen“ (VVG-Kommission 2004, 164). Dass sich ein zukunftsähnliches Krankenversicherungssystem hieran nicht orientieren kann, liegt auf der Hand.

Auf eine detaillierte Beschreibung einzelner Gestaltungsmerkmale eines zukunftsähnlichen einheitlichen Krankenversicherungssystems soll hier verzichtet werden (vgl. Graalmann 2013). Dass die solidarische Finanzierung gegenüber heute zielgerichtet verbessert werden kann (vgl. Rothgang/Götze 2013), sollte dabei ebenso unstrittig sein wie die Notwendigkeit eines hinreichend vollständigen morbidiitätsorientierten Risikostrukturausgleichs in einem wettbewerblichen System mit solidarischer Finanzierung (vgl. Jacobs 2008) sowie eine zugleich solidar- und wettbewerbskompatible Form der Beitragsgestaltung der Versicherer (vgl. Jacobs/Wasem 2013) – diese Notwendigkeiten betreffen die Weiterentwicklung der GKV auch unabhängig von der Frage eines einheitlichen Krankenversicherungssystems.

Abschließend sollen noch zwei Gestaltungsmerkmale kurz angesprochen werden, die ausdrücklich keine „Essentials“ eines einheitlichen Krankenversicherungssystems sind. Das gilt zum einen für die vergleichsweise eher nachrangige Frage der Rechtsform der Krankenversicherer. Insbesondere ist der Eindruck falsch, als würden sich wesentliche Wettbewerbspotenziale plötzlich auftun, wenn die gesetzlichen Krankenkassen nur endlich von ihren öffentlich-rechtlichen Fesseln befreit würden. Auch in den Niederlanden, die in diesem Kontext oft als Referenz angeführt werden, hat die privatrechtliche Organisationsform der Krankenversicherungen keinerlei erkennbare funktionale Bedeutung für die zentralen finanziell- und steuerungsstrukturellen Elemente der dortigen Gesundheitsreform, sondern resultiert vielmehr daraus, dass die niederländischen Krankenkassen – anders als in Deutschland – über eine lange privatrechtliche Tradition verfügten und selbst niemals die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Institution hatten (Hamilton 2012, 199). Zweifellos ist die Frage der Rechtsform der Krankenversicherer in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem in Deutschland nicht zuletzt in Bezug auf faire Wettbewerbsbedingungen von Bedeutung, doch gehört ihre Beantwortung nicht zu den primären Aufgaben in Bezug auf die Ausgestaltung einer Systemtransformation. Schon gar nicht erübrigत sie Antworten im Hinblick auf zentrale andere Fragen der Systemgestaltung.

Keine Notwendigkeit besteht zudem dafür, dass in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem vorsorglich gesondert für künftige Ausgabenentwicklungen gespart wird, und zwar vor allem weil die Ausgabeneffekte der reinen demografischen Alterung – und nur dafür kann mit Kapitaldeckung vorgesorgt werden – absolut überschaubar sind, von den beträchtlichen Finanzmarktrisiken ganz abgesehen (vgl. Reiners 2013). Aber selbst wer Kapitaldeckung für alternativlos hält, muss sich fragen lassen, ob das auch für deren in der PKV praktizierte Form gilt, die zumindest bislang im Ergebnis dazu geführt hat, dass Wettbewerb um Bestandsversicherte systematisch verhindert worden ist. Würde Kapitaldeckung stattdessen zum Beispiel auf den Bereich der Alterssicherung konzentriert und

es künftigen Rentner dadurch ermöglichen, einen „anständigen“ Krankenversicherungsbeitrag zu bezahlen – als eine Form externer Kapitaldeckung (vgl. SVR-W 2004, Ziffer 507) –, würde der gleiche Effekt erzielt, ohne zugleich den Preis der lebenslangen „Ankettung“ von Versicherten an ein Krankenversicherungssystem oder gar einen bestimmten Versicherer bezahlen zu müssen.

Sofern es nach der nächsten Bundestagswahl eine Regierung gibt, die bereit ist, ihr gesundheitspolitisches Handeln an den Interessen der großen Mehrheit der Versicherten und Patienten auszurichten und nicht weiter an Partikularinteressen, sollte die Frage nach der Zukunftsfähigkeit des dualen Krankenversicherungssystems rasch von der Agenda verschwinden.

Stattdessen sollte die längst überfällige Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems in Angriff genommen werden – eines zukunftsfähigen Systems, das gleichzeitig solidarisch und wettbewerblich ausgerichtet ist und allen Versicherten und Patienten gleichermaßen nutzt. ■

Literatur

Brenke K (2013): Allein tätige Selbständige: starkes Beschäftigungswachstum, oft nur geringe Einkommen. DIW-Wochenbericht Nr. 7, 3-16.

Breyer F, Franz F, Homburg S, Schnabel W, Wille E. (2004): Reform der sozialen Sicherung. Berlin, Heidelberg: Springer.

BVerfG [=Bundesverfassungsgericht] (2009): 1 BvR 706/08 vom 10.6.2009 (Urteil zum Basistarif und zur partiellen Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV).

CDU/CSU/FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Berlin, 26.10.2009; Download unter: www.csu.de/politik/beschluesse/koalitionsvertrag-zwischen-csu-csu-und-fdp/ (Zugriff: 17.07.2013).

Enthoven A (2008): A Living Model Of Managed Competition: A Conversation With Dutch Health Minister Ab Klink. *Health Affairs*, 27 (3), w196-w203.

Finkenstädt V, Keßler T (2012): Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten. Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008. WIP-Diskussionspapier 3/12, Köln.

Graalmann J (2013): Mehr Gesundheit für den Euro durch Qualitäts- und Patientenorientierung: Plädoyer für einen integrierten Krankenversicherungsmarkt. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 18 (3), 111-122.

Hamilton GJ (2012): Die privatrechtliche Organisation der Krankenversicherung in den Niederlanden. In: Wille E, Hamilton GJ, Graf von der Schulenburg J-M, Thüsing G: Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden. Baden-Baden: Nomos, 187-255.

Jacobs K (2007): Die Gesundheitsreform und die PKV: von „fairem Wettbewerb“ keine Spur. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. St. Augustin: Asgard, 249-272.

Jacobs K (2008): Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA*. St. Augustin: Asgard, 133-152.

Jacobs K (2012): Wettbewerb in Fesseln. *Gesundheit und Gesellschaft*, 15 (7-8), 24-29.

Jacobs K, Schulze S (2013): Kassenfinanzierung: Von der Schwemme in die Klemme. *Gesundheit und Gesellschaft*, 16 (2), 20-26.

Jacobs K, Wasem J (2013): Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? *G+G Wissenschaft*, 13 (1), 15-22.

Haun D (2013): Quo vadis GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): *Zukunft der Krankenversicherung*. Berlin: KomPart, 75-105.

Henke K-D, Johannßen W, Neubauer G, Rumm U, Wasem J (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland. Vereinte Krankenversicherung AG, München.

Keßler (2009): Radiologie. Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ. WIP-Diskussionspapier 11/09, Köln.

Keßler (2010): Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor. Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008. WIP-Diskussionspapier 4/10, Köln.

Knappe E, Arnold R (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Bayerischen Wirtschaft, München (vbw).

Kronberger Kreis (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft Band 39, Berlin.

Niehaus F (2013): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat Versicherter Patienten. Die Entwicklung von 2006 bis 2011. WIP-Diskussionspapier 1/13, Köln.

Niehaus F, Weber C (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.

Oberender P, Felder S, Ulrich V, Schneider U, Werblow A, Zerth J (2006): Bayreuther Versichertenmodell. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen. Bayreuth: Verlag P.C.O.

Pfister F (2010): Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Frankfurt/Main: Peter Lang.

Reiche L (2012): Kampf um die Versicherten voll entbrannt. manager magazin online vom 25.10.2012; www.manager-magazin.de/politik/deutschland/a-863215.html (Zugriff am 17.07.2013).

Reiners H (2013): Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): *Zukunft der Krankenversicherung*. Berlin: KomPart, 175-196.

Rothgang H, Arnold R, Unger R (2010): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung; Download unter: www.zes.uni-bremen.de/ -> Abteilungen -> Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung -> Gutachten und Stellungnahmen -> 2010 (Zugriff am 17.07.2013).

Rothgang H, Götze R (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): *Zukunft der Krankenversicherung*. Berlin: KomPart, 125-173.

Schulte R (2005): Die PKV vor der neuen Gesundheitsreform. Vortrag anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin. In: Verband der privaten Krankenversicherung: *Die private Krankenversicherung im Jahre 2004*, Rechenschaftsbericht. Köln: PKV-Verband, 165-174.

Spahn J (2012): Zehn Thesen zu den „Anforderungen an eine gesetzliche Krankenversicherung in der Zukunft“. Vorgelegt zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg; Download unter: www.jensspahn.de/ -> Verweise & Downloads (Zugriff am 17.07.2013).

SVR-W [=Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung] (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, *Jahresgutachten 2004/05*, *Bundestagsdrucksache 15/4300* vom 18.11.2004.

VVG-Kommission [=Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts] (2004): Abschlussbericht der Kommission vom 19. April 2004; Download: www.gesmat.bundesgerichtshof.de/gesetzesmaterial/16_wp/versvertrg/abschlussbericht.pdf (Zugriff am 17.07.2013).

Zok K (2012): GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten, WIDOMONITOR, Ausgabe 2; Download unter: www.wido.de/wido_monitor_2_2012.html (Zugriff am 17.07.2013).

Zweifel P, Breuer M (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forscher der Arzneimittelhersteller (VFA) e.V., Zürich; Download: www.vfa.de/download/studiezueichermodell.pdf (Zugriff am 17.07.2013).