

# Die Illusion vom einheitlichen Krankenversicherungsmarkt

## Die Dualität von GKV und PKV bringt mehr Wettbewerb als eine GKV für alle

Von Timm Genett

„Wer einen einheitlichen Versicherungsmarkt will [...], der will die Bürgerversicherung.“ (Karl Lauterbach)

### 1. Gute Ergebnisse und dennoch Reizthema: die Dualität von GKV und PKV

Vom Ergebnis her ist Deutschland mit der Dualität aus Privater Krankenversicherung (PKV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) gut gefahren:

- Alle Patienten in Deutschland haben unabhängig von ihren ökonomischen Möglichkeiten Zugang zu einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung auf dem Niveau des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts.
- Das Rationierungsniveau ist im internationalen Vergleich sehr gering. Die Wartezeiten sind die kürzesten in ganz Europa.
- Die besondere Patientenautonomie bei der Wahl des Arztes und Krankenhauses ist international ein Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems.
- Der gesetzliche Grundleistungskatalog ist wohl der umfangreichste in der Welt.

Dennoch ist nach dem Atomausstiegskonsens gerade die Gesundheitspolitik eines der letzten Themenfelder, in dem eine politische Fundamentaldebatte über das Pro und Contra einer Systemveränderung geführt wird. So gut der Systemwettbewerb von PKV und GKV im Ergebnis für das medizinische Versorgungsniveau in Deutschland auch sein mag – die Konstruktionsseite der Dualität ist und bleibt ein gesellschaftspolitisches Reizthema:

- Die Zugangsregeln zu PKV und GKV sind historisch gewachsen und liegen in der Tradition berufsständischer Versorgung: Die meisten Bürgerinnen und Bürger sind in der GKV versicherungspflichtig. Prinzipielle Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV haben nur Beihilfeberechtigte und Selbständige. Angestellte genießen sie nur ab einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Letztere

### Inhalt

1. Gute Ergebnisse und dennoch Reizthema: die Dualität von GKV und PKV
2. Kritik der Dualität aus dem Geist des einheitlichen Wettbewerbsrahmens
3. Sozialpolitisch begründet: Wettbewerbschranken im Gesundheitssystem
4. Der einheitliche Krankenversicherungsmarkt führt in die Bürgerversicherung
5. Der einheitliche Krankenversicherungsmarkt gefährdet das medizinische Versorgungsniveau
6. Der einheitliche Krankenversicherungsmarkt zerstört den Systemwettbewerb

ist übrigens keine Erfindung der PKV, sondern ein gesetzlicher Schutzwall für die GKV-Finzen, den nicht zuletzt die GKV selbst immer wieder verteidigt hat.

- Der Dualität von GKV und PKV ist vor diesem Hintergrund immer wieder ein „Solidaritätsdefizit“ vorgeworfen worden: die einen müssen einen Zwangsbeitrag zugunsten der Einkommensumverteilung in der GKV leisten, die anderen dürfen sich davon emanzipieren. Wer sich freilich für die PKV entscheidet, entscheidet sich damit auch gegen die für die GKV typischen einkommensabhängigen Beiträge und entsprechenden Subventionsansprüche. Er mutet sich lebenslange Eigenverantwortung zu und stärkt das Prinzip der Subsidiarität als Voraussetzung eines funktionierenden Sozialstaates.
- Da die GKV einen allgemeinen Kontrahierungszwang hat, die PKV dagegen in allen Normaltarifen die Lizenz zur Risikoprüfung, wird der PKV „Rosenpickerei“ vorgeworfen. Dieses Argument übersieht freilich, dass die Jungen und Gesunden, also

die „guten Risiken“, in der Regel alle versicherungspflichtig in der GKV sind.

- Zu den unterschiedlichen Spielregeln im dualen Systemwettbewerb, aus dem mal für die eine, mal für die andere Seite ein Vorteil erwächst, zählt auch, dass Steuersubventionen sowie Kostendämpfungsmaßnahmen und Preisregulierungen der GKV einen Vorteil im Preiswettbewerb verschaffen, während die Privatversicherten wiederum vertragsrechtlich vor Eingriffen des Gesetzgebers in die medizinischen Leistungen geschützt sind. Der Systemwettbewerb in der Krankenversicherung beruht somit auf echten Unterschieden. Das Optimierungspotenzial dieses Systemwettbewerbs kommt zugleich einer weitgehend gemeinsamen Versorgungsstruktur für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zugute. Diesem spezifisch versorgungspolitischen Vorteil der Dualität wird gleichwohl immer wieder der Verstoß gegen das wettbewerbspolitische Leitmotiv eines einheitlichen Rechtsrahmens für alle Anbieter entgegengehalten.

## 2. Kritik der Dualität aus dem Geist des einheitlichen Wettbewerbsrahmens

Lange Zeit war die Kritik der unterschiedlichen Spielregeln im dualen System, etwa noch zur Zeit des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), durch Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und mögliche Finanzausgleichsszenarien geprägt. Das hat sich geändert. Inzwischen wird ein Ende der Dualität mal im Namen der „Konvergenz“ der Systeme prognostiziert oder aber wird mit wettbewerbspolitischen Argumenten ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt (EKVM) von GKV und PKV gefordert.

Den Fürsprechern des EKVM zufolge böte ein einheitlicher Rechtsrahmen die Möglichkeit, die heutige, am beruflichen Status ansetzende Zuordnung zu den Versicherungssystemen zu überwinden sowie in einem einheitlichen Rechtsrahmen von GKV und PKV dem Wettbewerb um die günstigsten Prämien und die beste Versorgung neue Impulse zu geben. Diese Forderung nach vollständiger Wahlfreiheit der Versicherten sowie gleichen Angebotsbedingungen für die Versicherer stößt rhetorisch in ein anderes, eher marktwirtschaftlich klingendes Horn als das der Bürgerversicherungsparteien, wobei diese sich den neuen Diskurs längst zu eigen gemacht haben.

Nun ist Wettbewerb gerade im Gesundheitswesen kein Selbstzweck. Es ist weitgehender Konsens, dass der Wettbewerb vielmehr der Qualität, der effizienten Verwendung knapper finanzieller Mittel und der Wahlfreiheit der Patienten dienen soll. Es gibt zweifellos Konsumbereiche, wo ein einheitlicher Wettbewerbsrahmen tatsächlich all dies erreicht und mit einer großen Differenzierung des Angebotes wie auch der Preise die Wahlfreiheit stärkt; bspw. der Telekommunikationsmarkt. Indes ist der Telekommunikationsmarkt kein taugliches Vorbild für das Gesundheitswesen.

Die Krankenversicherung ist nicht weniger als ein – in Deutschland sogar verfassungsrechtlich anerkanntes – Kernelement des Existenzminimums. Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten den Zugang zum medizinischen Fortschritt zu gewährleisten. Dies führt dazu, dass die medizinische Grundversorgung – zumindest in allen OECD-Ländern mit dem Anspruch einer universalen Absicherung der Gesamtbevölkerung – eine große Staatsnähe aufweist. Diese Staatsnähe wird von den Gesundheitspolitikern aller Parteien zwar als prinzipiell richtig, aber von vielen zugleich als korrekturbedürftig bewertet, was sich dann in rhetorischen Figuren wie dem Oxymoron des „solidarischen Wettbewerbs“ ausdrückt.

Die anhaltende Debatte über Wettbewerbspotenziale innerhalb der GKV, innerhalb der PKV sowie zwischen den Systemen hat aber einen blinden Fleck. Ihrem Fokus auf die Potenziale des Wettbewerbs geht der Blick auf die grundsätzlichen Wettbewerbsrestriktionen verloren, die jedes Gesundheitssystem – gerade auch freier Marktwirtschaften – aus guten sozialpolitischen Gründen prägen; strukturelle Wettbewerbsdefizite, an denen bislang alle Parteien, spätestens, wenn sie entsprechende Regierungsverantwortung haben, festhalten. Die folgenden Kapitel sollen zeigen:

- Gesundheitssysteme unterscheiden sich wegen ihrer Existenzsicherungsfunktion fundamental von liberalen Marktordnungen. Der Preis- und Leistungswettbewerb ist weitgehend ausgesetzt.
- Solange es keine Lösung für die strukturellen Wettbewerbsdefizite innerhalb von GKV und PKV gibt, kann eine Konvergenz der Systeme auch nicht zu mehr Wettbewerb führen. Im Gegenteil: die Verschmelzung beider Systeme würde immer zu einer

Reduzierung von Unterschieden und Vielfalt im Gesundheitswesen und damit zu einer Senkung des vorhandenen Wettbewerbsniveaus führen.

- Es gibt kein Indiz, dass der unter diesen Bedingungen entstehende einheitliche Krankenversicherungsmarkt zu einem höheren Versorgungsniveau, mehr Qualität, mehr Wahlfreiheit und einer effizienten Mittelverwendung führte. Es gibt aber genügend Indizien, dass der einheitliche Krankenversicherungsmarkt all dies gefährden würde.

### 3. Sozialpolitisch begründet: Wettbewerbs-schranken im Gesundheitssystem

Optimaler Wettbewerb liegt aus Verbrauchersicht in der Regel dann vor, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: es gibt echte Angebotsalternativen mit einer Differenzierung von Preis und Leistung - und die Verbraucher können sich jederzeit frei entscheiden. Gesundheitsmärkte sind von diesem Ideal differenzierter Angebote bei universaler Wahlfreiheit der Versicherten weit entfernt. Denn Gesundheitspolitik steht immer im Spannungsverhältnis von Wettbewerb und sozialpolitischen Zielen – daher gibt es heute in beiden Systemen – in der GKV wie auch in der PKV – mehr Wettbewerbsrestriktionen als auf anderen Märkten.

- **Informationsasymmetrie und Patientenschutz:** Der Patient steht gegenüber dem medizinischen Leistungserbringer in einem asymmetrischen Verhältnis: er hat in der Regel ein akutes Behandlungsbedürfnis, aber er kann die medizinischen Angebote nicht mit derselben Kompetenz beurteilen wie bspw. Produkte der elektronischen Unterhaltungsindustrie. Die Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringer und Patient erschweren den Qualitätswettbewerb.
- **Existenzminimum:** Die Krankenversicherung zählt in Deutschland zum Existenzminimum. Alle Bürgerinnen und Bürger haben einen Rechtsanspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung.
- **Einheitliche Preise und Leistungen:** Das Leitmotiv einer ausreichenden Versorgung für alle zu bezahlbaren Preise verträgt sich schlecht mit den Leistungs- und Preisdifferenzierungen eines freien Marktes. Vielmehr zeichnen sich die Gesundheitssysteme gerade auch marktwirtschaftlicher Länder durch kollektive Finanzierung und einheitliche staatliche Preisregulierung von in der Regel ebenso einheitlichen Leistungskatalogen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung aus.

In der OECD-Welt wird das sozialpolitische Ziel einer vom persönlichen Geldbeutel unabhängigen medizinischen Versorgung in der Regel in zwei unterschiedlichen Varianten umgesetzt: über steuerfinanzierte staatliche Versorgungssysteme oder über beitragsfinanzierte Sozialversicherungen. Welche Wettbewerbsschranken für letztere typisch sind, zeigt ein Blick auf die deutsche GKV:

- **Gesetzliche Versicherungspflicht:** Die meisten GKV-Versicherten müssen sich wegen der gesetzlichen Versicherungspflicht (nicht identisch mit der „Pflicht zur Versicherung“) in der GKV versichern. Sie müssen einkommensabhängige Pflichtbeiträge zahlen. Der damit verbundene Einkommensausgleich sowie der Risikostrukturausgleich führen dazu, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen gesetzlich regulierten Einheitstarif anbieten.
- **Kartellrechtsausnahmen:** Vom Kartellrecht ist die GKV weitgehend ausgenommen. Unter normalen Wettbewerbsbedingungen wäre der Marktanteil einiger Kassen kartellrechtswidrig.
- **Kein privates Vertragsrecht:** In der GKV gibt es keine privaten Träger und Verträge. Vielmehr wird die GKV durch Staatsnähe geprägt: durch staatsmittelbare öffentlich-rechtliche Körperschaften und durch die staatliche Definition des Leistungsrahmens. Auch wenn viele gesetzliche Krankenkassen sich öffentlich als „Unternehmen“ präsentieren, sind sie juristisch eher als grundrechtsgebundene Staatsgewalt zu klassifizieren.
- **Kaum kassenindividuelle Spielräume:** In diesem staatlich dominierten Umfeld klagen Vertreter der GKV seit langem über Wettbewerbsdefizite innerhalb des GKV-Systems. Aus diesem Grund diskutiert die Wissenschaft seit Jahren, wie durch eine privatrechtliche Organisation den Kassen mehr wettbewerblicher Spielraum gegeben werden könnte. Zuletzt haben in einem entsprechenden Gutachten für die Techniker Krankenkasse (TK) Eberhard Wille, Matthias Graf von der Schulenburg und Gregor Thüsing festgestellt: „Die bestehende Rahmenordnung setzt den Krankenkassen bei ihrem Bestreben, sich vom reinen ‚Payer‘ von Gesundheitsleistungen zum gestaltenden wettbewerblichen ‚Player‘ zu entwickeln, enge Grenzen“<sup>1</sup>. Der Spielraum für Wettbewerb reduziert sich auf besondere Versorgungsfor-

<sup>1</sup> Wille, Hamilton, Graf von der Schulenburg, Thüsing: Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Hamburg 2012; S. 16.

men und Rabattverträge. Die marktbeherrschenden großen Kassen können nach Einschätzung von Eberhard Wille so bis zu zehn Prozent ihrer Leistungsausgaben selbst beeinflussen, bei den anderen geht der Gestaltungsspielraum meist nicht über fünf Prozent hinaus. Mehr Möglichkeiten bei der eigenständigen, selektivvertraglichen Gestaltung der Versorgung fordern die Kassen bislang vergeblich.

- **Einheitlicher Beitragssatz:** Der Wettbewerb auf der Finanzierungsseite ist mit Einführung von Gesundheitsfonds und einheitlichem Beitragssatz praktisch zum Erliegen gekommen, weil nur wenige Kassen überhaupt einen Zusatzbeitrag verlangen. Genau genommen gibt es einen Zusatzbeitragsverhinderungswettbewerb, der nach Einschätzung einiger Kassenchefs zu Lasten der Qualität und Versorgung gehen kann.
- **Systemgrenzen des Leistungswettbewerbs:** Dem vielbeschworenen Leistungswettbewerb sind im Übrigen in der GKV systematische Grenzen gesetzt, da die Preisbildung im Umlageverfahren nicht imstande ist, der Gefahr von Selektionseffekten wirkungsvoll zu begegnen. Die Erfahrung mit GKV-Wahlтарifen zeigt, dass der höherwertige Schutz dann gewählt wird, wenn die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kurz bevorsteht, dass also umlagefinanzierte Wahlleistungen zur individuellen Nutzenmaximierung zu Lasten des Versichertenkollektivs einladen.

Dass das Gesundheitswesen ein systemisch verwurzelt, aber tendenziell eben immer auch mit dem Argument der Absicherung des Existenzminimums sozialpolitisch begründbares Wettbewerbsproblem hat, belegt im Übrigen auch die PKV in Deutschland:

- Es gibt auch in der PKV einheitliche Preisvorgaben (Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte), weil in der Praxis dem Patienten keine Preisverhandlung zuzumuten ist.
- Abweichend vom normalen Vertragsrecht macht die PKV eine lebenslange Leistungszusage ohne Kündigungsrecht.
- Es gibt spezifische Sozialtarife, von denen der Basistarif sogar von der Versichertengemeinschaft subventioniert wird. Dieser Eingriff in das private Vertragsrecht aus sozialpolitischen Gründen ist vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) bestätigt worden.
- Die prominenteste Wettbewerbsrestriktion indes ist die mangelnde Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen beim Unternehmenswechsel. Die Alte-

rungsrückstellungen werden in der PKV im Kollektiv kalkuliert; d. h. das Wesensmerkmal jeder Krankenversicherung – die Solidarität von Gesunden mit Kranken – gilt auch für das angesparte Kapital, das nur für den Schadensfall reserviert ist. Die PKV ist eine kollektive Risikoversicherung, kein individueller Sparvertrag. Daraus resultiert das Problem, dass der Unternehmenswechsel bei fortgeschrittenem Alter keine Alternative mehr darstellt, da die Alterungsrückstellungen dem Kollektiv vererbt werden und im aufnehmenden Unternehmen ein altersadäquat hoher Neueinstiegsbeitrag bezahlt werden müsste. Die Nicht-Portabilität der Alterungsrückstellungen (für den Bestand; Neuversicherte seit 1. Januar 2009 haben den Anspruch auf Teil-Portabilität) hemmt den Unternehmenswechsel und damit den Wettbewerb innerhalb der PKV um Bestandskunden. Dass das bis heute so ist, entspringt rechtlich den Vorgaben in der Kalkulationsverordnung und im Aufsichtsrecht. Sozialpolitisch wurzelt diese Wettbewerbsrestriktion in der Überzeugung, dass eine individuelle Portabilität der Alterungsrückstellungen immer im Konflikt mit dem solidarischen Gedanken der Kollektivität der Alterungsrückstellung steht. Das abgebende Kollektiv würde belastet, weil abfließendes Kapital nachfinanziert und auch Risikodeckungskapital nachgelegt werden müsste, da meistens gute Risiken zu Lasten der Risikomischung wechseln.

#### 4. Der einheitliche Krankenversicherungsmarkt führt in die Bürgerversicherung

Während Eingriffe des Gesetzgebers in die PKV relativ selten sind, ist die GKV seit 25 Jahren permanentes Objekt der sozialpolitischen Gestaltung. Der Gesetzgeber – in diesem Fall eine große Koalition unter Einbeziehung der Grünen und der Liberalen – hat dabei trotz des Rufes nach „mehr Wettbewerb“ aus sozialpolitischen Erwägungen weitgehend an den zentralen Wettbewerbsschranken festgehalten – oder aber wettbewerbspolitische Innovationen durch neue Restriktionen flankiert. So brachte die vollständige Wahlfreiheit zwischen den Kassenarten in den neunziger Jahren den Versicherten zugleich den Risikostrukturausgleich (RSA), der die Differenzen zwischen den Kassen weitgehend nivelliert und damit auch de facto die Auswahl einschränkt.

Ausgerechnet der „solidarische Wettbewerb“, der der Gesundheitsreform von 2006/2007 ihren Slogan gab,

hat mit Einführung von Gesundheitsfonds und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sogar die Entwicklung der GKV in die Richtung eines forcierten Fusionsprozesses und damit die Gefahr des Entstehens weniger Kassen-Oligopole begünstigt und beschleunigt. Über das Überleben einer Kasse entscheidet ihre Größe und damit die Fähigkeit zur Steuerung der Leistungen und zur Sicherung der Finanzmittel durch den Gesundheitsfonds. Manche Kassen haben heute eine regionale Marktmacht von bis zu 50 Prozent. Setzen sich die Tendenzen zur Konzentration fort, könnte der vielbeschworene Wettbewerb um Leistung und Qualität das erste Opfer sein.

Vor diesem Hintergrund unterläuft der Rede vom einheitlichen Krankenversicherungsmarkt ein regelmäßiger Denkfehler: Seine Wortführer fordern die gleichen Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV als Voraussetzung für eine neue Wettbewerbsordnung, die die klassischen Wettbewerbsdefizite im Gesundheitssystem überwinden soll. Für diese Hypothese sprechen weder politische Logik noch Empirie.

- Angenommen, es gäbe ein Konzept und eine politische Mehrheit für einen grundlegenden Kurswechsel hin zu einer neuen GKV-Wettbewerbsordnung mit mehr Kassenautonomie bei Finanzen und Leistungen, dann ließe sich dies auch unter Beibehaltung der Dualität umsetzen. Es bedarf dazu nicht der Verschmelzung der zwei unterschiedlichen Systeme GKV und PKV. Entweder es gibt die wettbewerbspolitische Alternative für 90 Prozent des Marktes oder es wird sie auch nicht für 100 Prozent geben.
- Der Verweis auf die Niederlande, wo 2006 ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt mit privatrechtlichem Zuschnitt durch die Zusammenführung von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung geschaffen wurde, ändert nichts an dieser Prognose. Einmal abgesehen von dem Umstand, dass die Niederländischen PKVen sich immer schon deutlich von den deutschen PKVen unterschieden und keine Rückstellungen bildeten, ist die Bilanz nach sechs Jahren alles andere als vorbildlich: Unter Berücksichtigung der Altersstruktur liegen die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den Niederlanden höher als in Deutschland. Eine überproportionale Ausgabendynamik und steigende Kopfprämien haben bereits eine Reform der Reform erzwungen. Die Versorgung ist dabei nicht besser geworden: Es gibt in den Niederlanden keine freie Arztwahl wie in Deutschland und es hat sich eine Wartelistenme-

dizin etabliert. Folge ist die Tendenz, sich im Ausland behandeln zu lassen oder die Privatbehandlung aus eigener Tasche zahlen. Die Tendenzen zur „Zwei-Klassen-Medizin“ haben zugenommen. Und die Vielfalt der Anbieter schwindet: Über 90 Prozent der Versicherten sind in vier großen Konzernen abgesichert.

- Mit Blick auf die deutsche sozialpolitische Diskussion spricht allerdings auch wenig für einen Mehrheitsbeschluss im Deutschen Bundestag, in der GKV mit privatrechtlichen Organisationsformen zu experimentieren. Man denke nur an das verhaltene Echo auf die entsprechende Studie der TK im Sommer 2012.
- Der einheitliche Markt von GKV und PKV würde somit nicht die Voraussetzungen für eine neue, freier Wettbewerbsordnung schaffen, sondern per Mehrheitsanpassung die Strukturen der GKV zementieren. Die Einbeziehung der PKV in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) aber würde der GKV keinen einzigen Wettbewerbsimpuls geben, da eine „siebte Kassenart“ nichts an den Spielregeln der GKV ändern kann, ja nicht einmal den Konzentrationsprozess infolge des GKV-WSG beeinflussen würde. Der einheitliche Markt von GKV und PKV nach dem Vorbild des SGB V würde nur die privatwirtschaftliche Säule schleifen und die „GKV für alle“ kreieren. Die Vielfalt des Systemwettbewerbs wäre dann für immer verloren – und mit ihm der spezifische Beitrag der PKV für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung, für Qualitätswettbewerb, Pluralität und Freiheit. „Mehr Staat“ wäre also die zwingende Konsequenz eines einheitlichen Rechtsrahmens in der Krankenversicherung.
- Mit der Versicherungspflicht aller Bürgerinnen und Bürger in der GKV wäre letztlich im Namen des einheitlichen Rechtsrahmens das negative Kernziel der Bürgerversicherung verwirklicht: die Abschaffung der PKV. Dies wäre gleichsam die Bedingung der Möglichkeit, die Beiträge zur GKV anzuheben, ihr neue Beitragsquellen zu erschließen und gleichzeitig die Leistungen stärker zu rationieren. Diese Entkopplung von Preis und Leistungsniveau der GKV setzt nämlich voraus, dass es die PKV als Exit-Option nicht mehr gibt.

Insofern hat Karl Lauterbach recht: „Wer einen einheitlichen Versicherungsmarkt will [...], der will die Bürgerversicherung“<sup>2</sup>. Allein der politische Realismus spricht dafür, dass ein einheitlicher Krankenversiche-

<sup>2</sup> Rheinpfalz 15.3.2012.

rungsmarkt in Deutschland tatsächlich sich an dem Mehrheitssystem orientieren würde, in dem 90 Prozent der Versicherten versichert sind.

Es reicht ein Blick ins Ausland, um zu prognostizieren, dass diese Operation am deutschen Gesundheitswesen das gute allgemeine Versorgungsniveau auf Spiel setzen und zugleich die Entstehung einer „Zwei-Klassen-Medizin“ befördern würde.

### **5. Der einheitliche Krankenversicherungsmarkt gefährdet das medizinische Versorgungsniveau**

Der sozialpolitische Grundkonsens mehr oder weniger aller Länder der OECD-Welt lautet, allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig vom sozioökonomischen Status eine ausreichende medizinische Versorgung bereitzustellen. Diese gesundheitspolitische Zielsetzung führt zum Verzicht auf die marktwirtschaftliche Steuerung von Angebot und Nachfrage über den Preis. Daraus folgt ein massives Problem: Die natürliche Tendenz der Leistungserbringer, das medizinische Angebot zu erweitern sowie die tendenziell grenzenlose Nachfrage nach Leistungen durch die Patienten würden unter diesen Bedingungen die finanziellen Ressourcen des Systems überfordern. Infolge des fehlenden Preismechanismus müssen Angebot und Nachfrage daher durch gesetzliche Steuerung zur Deckung gebracht werden. Dies geschieht durch unterschiedliche Formen der Rationierung:

- Wartezeiten von Wochen und Monaten auf eine Behandlung, oft organisiert über offizielle Wartelisten.
- Einschränkung der freien Arztwahl durch Hausarztssysteme sowie Zuweisung zu einem „Gatekeeper“.
- Explizite Streichung von Leistungen wie Zahnersatz oder von Medikamenten auf Basis von Positivlisten.
- Implizite Leistungseinschränkung durch Budgetierung.
- Verweigerung von Behandlungen gerade von älteren Menschen, wenn der finanzielle Aufwand zu hoch, der Nutzen zu gering erscheint (Großbritannien, Schweden).

Eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Institutes der PKV (WIP)<sup>3</sup> belegt jetzt empirisch, was wir immer schon geahnt haben und was zugleich viel

zu selten gesagt wird: Deutschland ist von diesen realen Rationierungsszenarien unserer unmittelbaren Umwelt weit entfernt. Im OECD-Vergleich treten vielmehr die Besonderheiten Deutschlands als ein Land mit sehr geringem Rationierungsniveau umso deutlicher hervor. Egal, ob gesetzlich oder privat versichert, können sich Patienten in Deutschland über den umfangreichsten Leistungskatalog, die geringsten Wartezeiten, die größte Patientenautonomie bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern und sehr maßvolle Zuzahlungen freuen.

Der internationale Vergleich widerlegt zugleich die These, dass einheitliche Krankenversicherungssysteme eine Prophylaxe gegen „Zwei-Klassen-Medizin“ sein könnten. Das Gegenteil ist der Fall: mit dem hohen Rationierungsniveau korrespondieren in allen OECD-Staaten mit Einheitssystemen ebenso hohe Versorgungsunterschiede, da die vorenthaltenen Leistungen privat dazu gekauft werden oder in privaten Zusatzversicherungen abgesichert werden. Das staatliche Versorgungssystem wird umgangen, um sich in der reinen Privatpraxis oder in Privatkliniken behandeln zu lassen.

Dabei kommt es sogar zu Doppelversicherungen. Ebenfalls spielen Zusatzversicherungen eine große Rolle bei der Übernahme der oft hohen Zuzahlungsverpflichtungen im staatlichen Gesundheitssystem. Folge: Der Gesundheitszustand von Personen ohne private Zusatzversicherung ist schlechter als der von Personen mit Zusatzversicherung, weil Arztkontakte wegen der finanziellen Belastungen vermieden werden. Eine weitere Reaktion finanzkräftiger Patienten auf Rationierung in Einheitssystemen ist der „Medizin-Tourismus“.

In Deutschland erweist sich indes der Systemwettbewerb von PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungssystem als echte Prophylaxe gegen Leistungseinschränkungen in der GKV und gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“. Von Serviceaspekten abgesehen, gibt es in der Grundversorgung von PKV- und GKV-Versicherten keinen substantiellen Versorgungsunterschied. Unterschiede existieren vielmehr in Segmenten, die GKV- und PKV-Versicherte über Zusatzversicherungen (Zahnersatz; Wahlleistungen) gleichermaßen offen stehen.

Kurzum: Ausländische Gesundheitssysteme kennen in der Regel ein gesetzliches Sicherungssystem für alle – aber mit parallelen Versorgungsstrukturen in Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten. In

<sup>3</sup> Verena Finkenstädt, Frank Niehaus: Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick, Köln 2013.

Deutschland hingegen gibt es zwei Versicherungssysteme – aber ein weitgehend gemeinsames Versorgungssystem für alle.

## 6. Der einheitliche Krankenversicherungsmarkt zerstört den Systemwettbewerb

Eine Konvergenz von PKV und GKV, wie sie mancher beschwört, wird es nicht von selbst geben, sondern setzt die bewusste Zerstörung der PKV und damit des dualen Systemwettbewerbs von GKV und PKV voraus. Das Gutachten im Auftrag der TK stellt in diesem Zusammenhang fest: „Versuchen, hier einen erfolgsversprechenden Konvergenzprozess auf den Weg zu bringen, stehen die fundamentalen Unterschiede dieser beiden gewachsenen Systeme entgegen.“<sup>4</sup> Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes wäre somit mit den periodisch wiederkehrenden Gesundheitsreformen nicht vergleichbar, sondern wäre eine gesundheitspolitische Revolution – mit allen damit verbundenen sozialpolitischen Risiken.

Für das deutsche Gesundheitssystem wäre damit der Systemwettbewerb zwischen einer öffentlich-rechtlichen und einer privatwirtschaftlichen Säule unwiederbringlich beendet. Dies würde das medizinische Versorgungsniveau und seine nachhaltige Finanzierung schwächen. Es gibt viele gute Gründe, von einer Transformation des dualen Systems in einen einheitlichen Rechtsrahmen die Finger zu lassen – auch im Namen des Wettbewerbs:

- **Wettbewerb und Systemoptimierung dank Dualität:** Der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV impliziert für die Krankenversicherung mehr Wettbewerb als in einem einheitlichen Rechtsrahmen denkbar ist. In keinem anderen Land der Welt gibt es beim Krankenversicherungsschutz vergleichbare Unterschiede und echte Wahlmöglichkeiten wie im deutschen ‚dualen‘ System aus PKV und GKV. Millionen freiwillig Versicherte setzen mit ihrer Wahlfreiheit die Systeme unter permanenten Druck, an ihren Mängeln zu arbeiten und ihre Stärken auszubauen. Denn beide Systeme haben Licht- und Schattenseiten – nur an völlig unterschiedlichen Stellen. Der Systemwettbewerb erfüllt so eine permanente wechselseitige Korrekturfunktion. Davon profitieren am Ende alle Versicherten, egal ob PKV oder GKV-Versichert.
- **Hohes Versorgungsniveau dank Dualität:** Die im internationalen Vergleich (insbesondere mit Einheits-

systemen der OECD-Welt) ausgezeichnete Versorgungsqualität in Deutschland verdankt sich der Dualität. Das hat nicht zuletzt die GKV-Chefin Doris Pfeiffer auf den Begriff gebracht: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitsystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“<sup>5</sup> Man darf hinzufügen: es wäre auch leichter, die Beiträge in der GKV anzuheben. Das Preis-Leistungs-Verhältnis in der GKV wäre also schlechter.

- **Prophylaxe gegen Zwei-Klassen-Medizin:** Das deutsche Modell einer Dualität zweier Krankenversicherungssysteme in einem gemeinsamen Versorgungssystem hat sich als echte Prophylaxe gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“ erwiesen. Für die im OECD-Ausland typische Variante eines einheitlichen gesetzlichen Sicherungssystems gilt das Gegenteil, weil dort die Tendenz zur Versorgung in rein privaten Parallelstrukturen massiv zu Tage tritt.
- **Stärkung der Eigenverantwortung:** Die Wahlmöglichkeit einer substitutiven Krankenversicherung in der PKV stärkt zugleich das Prinzip der kollektiven und individuellen Eigenverantwortung (generationsgerechte Finanzierung, Verzicht auf Subvention, Selbstbehalttarife) und somit Prinzipien, die mit Blick auf die zukünftige Leistungsfähigkeit des Sozialstaates Schlüsselfunktionen haben.
- **Ideenwettbewerb:** Systemwettbewerb heißt aber auch Ideenwettbewerb. Ideenwettbewerb dient der Optimierung des Gesamtsystems, wie das Beispiel der von der PKV realisierten „aufsuchenden Pflegeberatung“ zeigt. Das Potenzial des Ideenwettbewerbs wird bislang aber nur unzureichend ausgeschöpft, zum Beispiel bei der Qualitätssicherung: hätte die PKV Vertragskompetenzen, käme es zu einer produktiven Konkurrenz mit der GKV um die beste Lösung.
- **Stabile Finanzierung:** Der Systemwettbewerb sorgt für eine stabile Finanzierung. So hat sich gerade in der jüngsten Wirtschaftskrise gezeigt, dass zwei Finanzierungssäulen bei weitgehend gemeinsamen Versorgungsstrukturen das Gesamtsystem finanziell besser stabilisieren als eine Säule allein, zumal eine konjunkturanfällige, das jemals könnte. Wer den Systemwettbewerb in der Krankenversicherung hingegen wegen seiner historisch gewachsenen, berufsständischen Konstruktion überwinden

<sup>4</sup> Wille, Hamilton, Graf von der Schulenburg, Thüsing: Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, a. a. O., S. 18.

<sup>5</sup> Tagesspiegel, 1.7.2008.

will, stellt mit dieser Argumentation zugleich auch das Nebeneinander von gesetzlicher Rentenversicherung und berufsständischen Versorgungswerken in der Altersvorsorge in Frage. Auch hier widersprechen exklusive Zugangsregeln dem formalen Egalitarismus. Dennoch führt hier wie dort das Festhalten an der historisch gewachsenen Pluralität von Sicherungssystemen zu mehr finanzieller Stabilität. Eine Egalisierung der Altersvorsorge, die auf die obligatorische Umlagefinanzierung für alle hinausläufe, würde das Demografiedefizit in der sozialen Sicherung, die implizite Staatsverschuldung zu Lasten der jungen Generation, verschärfen.

- **Mehr Kapitaldeckung im demographischen Wandel:** Der Systemwettbewerb vermehrt die Gestaltungsoptionen im demographischen Wandel: Die Ausgaben für Gesundheit und Pflege sind stark altersabhängig. Heute stellt die „Krankenversicherung der Rentner“ ein Viertel aller GKV-Versicherten. Dieses Viertel konsumiert 50 Prozent der Leistungsausgaben, finanziert aber mit den einkommensab-

hängigen Beiträgen auf die Alterseinkünfte nicht einmal ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV. Die defizitäre Krankenversicherung der Rentner in der GKV wird daher von den erwerbstätigen Versicherten der GKV quersubventioniert – mit derzeit rund 40 Milliarden Euro pro Jahr. Die Zahl der Erwerbsfähigen zwischen 20 und 66 Jahren wird bis Mitte dieses Jahrhunderts aber von heute 51 Millionen Menschen auf 34 Millionen Menschen sinken – also um 17 Millionen abnehmen. Ein Erwerbstätiger wird dann auf einen Rentner kommen. Dieser demographische Wandel ist programmiert. Das Umlageverfahren wird dann an Grenzen stoßen. Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik, im demographischen Wandel jederzeit ohne Systembrüche das Verhältnis von Umlage und Kapitaldeckung neu auszutarieren – eine Option, die es in anderen Ländern nicht gibt, die aber angesichts des demographischen Wandels von immer größerer Bedeutung ist.

© gpk