

Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre?

von Klaus Jacobs und Sabine Schulze*

ABSTRACT

Vorschläge zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung werfen im Rahmen einer verstärkt wettbewerblichen Orientierung der Gesundheitsversorgung auch die Frage nach Sinn und Zweck des Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV/PKV) auf. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, welche Bedingungen und Ergebnisse den heutigen "Systemwettbewerb" zwischen GKV und PKV und den Wettbewerb innerhalb der beiden Systeme kennzeichnen und welche wettbewerblichen Zukunftsoptionen bestehen. Bei der Status-quo-Analyse werden zahlreiche Defizite identifiziert. Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und Präferenzorientierung bedarf offenbar anderer Funktionsbedingungen, als sie derzeit bestehen. Aber auch die zurzeit diskutierten Vorschläge übertragbarer Altersrückstellungen in der PKV bzw. der Einbeziehung aller Bürger in den Risikostrukturausgleich sind allenfalls Second-best-Optionen gegenüber einem geschlossenen Wettbewerbskonzept, bei dem alle am gemeinsamen Markt vertretenen Krankenversicherer unter einheitlichen Bedingungen um alle Bürger konkurrieren.

Schlüsselworte: Gesundheitsreform, gesetzliche und private Krankenversicherung, Systemwettbewerb, Wahlmöglichkeiten, Wettbewerbsparameter

Proposals concerning the reform of german statutory health insurance in order to create a more competitive environment in health care at a certain point always raise the question if the co-existence of statutory and private health insurance makes sense at all. This article analyses, in a status quo perspective and also concerning the future options for an intensified competition the conditions and outcomes of the competition between and within the two systems of statutory and private health insurance in Germany. The status quo analysis reveals numerous deficits. A competition focused on quality and the preferences of the insured and the patients apparently requires conditions that vary from those presently implemented. Proposals which concern that problem and which are currently discussed in the range of health politics like the transferability of pension accounting reserves or the inclusion of all citizens into the risk adjustment scheme tend to be only second best options for future developments compared to a broad concept that allows for viable competition for all citizens between all insurers in a common market under equal conditions.

Keywords: Health care reform, statutory and private health insurance, competition of systems, options, parameters of competition

1. Einleitung

Anfang 2004 ist das im Konsens zwischen Regierungs- und Unionsparteien verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft getreten. Dennoch sind sich alle Experten weithin einig, dass der Gesundheitspolitik damit bestenfalls eine vorübergehende Atempause beschert wurde, die dringend für weitergehende Reformen genutzt werden muss. Dabei geht es zum einen um

Reformen der Finanzierungsstrukturen und zum anderen um leistungs- bzw. ausgabenseitige Reformen der Steuerungs- und damit letztlich der Versorgungsstrukturen.

So unterschiedlich die Vorstellungen in einzelnen Reformkonzepten hinsichtlich der künftigen GKV-Finanzierung ausfallen – von weiterhin einkommensabhängigen Beiträgen auf erweiterter Bemessungsgrundlage über einkommensunabhängige Pauschalprämien mit oder ohne Kapitaldeckung bis hin zu vollständig risi-

*Dr. rer. pol. Klaus Jacobs und Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn · Tel.: (0228) 84 33 93
Fax: (0228) 84 31 44 · E-Mail: wido@wido.bv.aok.de

koäquivalenten Prämien –, so sehr herrscht offenbar Einigkeit in der Forderung nach einem konsequenten Ausbau wettbewerblicher Steuerungselemente in Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Dabei geht es einerseits um mehr sinnvollen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen – insbesondere über deutlich erweiterte einzelwirtschaftliche Handlungsfreiräume vor allem im Vertragsbereich –, damit andererseits zugleich aber auch um mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen.

Neben den Dimensionen des Kassen-, Vertrags- und damit Anbieterwettbewerbs taucht in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte vielfach noch eine weitere Wettbewerbsdimension auf, die als „Systemwettbewerb“ bezeichnet wird und auf das in dieser Form weltweit einzigartige Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen – gesetzliche und private Krankenversicherung (GKV/PKV) – abstellt. Dabei wird gelegentlich sogar der Eindruck erweckt, als bestünde gerade in der Dualität von GKV und PKV ein wesentlicher Garant für fruchtbaren Wettbewerb im Interesse von Versicherten und Patienten. Würde diese Position allein von einzelnen „Stakeholdern“ vertreten, könnte man schnell zur Tagesordnung übergehen. Denn dass die private Versicherungswirtschaft ihr vermeintlich angestammtes Geschäftsfeld der substitutiven Vollversicherung nicht gefährdet sehen will, dass der Beamtenbund für den Erhalt des steuerfinanzierten Beihilfesystems eintritt, dass sich die Lobby der leitenden Angestellten für den Fortbestand der Pflichtversicherungsgrenze einsetzt, dass niedergelassene Fach- und Zahnärzte sowie Krankenhaus-Chefärzte nicht auf vergleichsweise lukrative Abrechnungen mit Privatpatienten verzichten wollen – all das ist ebenso nachvollziehbar wie der Umstand, dass man sich dabei jeweils möglichst auf übergeordnete Interessen beruft. Etwas anderes ist es dagegen, wenn zum Beispiel beim Vorschlag des Gesundheitsprämienmodells der Rürup-Kommission explizit darauf verwiesen wird, dass „ein Nebeneinander von Gesetzlichen und privaten Vollversicherungen die Möglichkeit eines Systemwettbewerbs (eröffnet), in dessen Mittelpunkt die Funktionsfähigkeit von Krankenversicherungsmärkten steht“ (*Rürup-Kommission 2003, 170*). Oder wenn es im Parteitagbeschluss der SPD vom 19.11.2003 heißt: „... wollen wir das Krankenversicherungssystem stufenweise in eine Bürgerversicherung umwandeln. Am Nebeneinander von gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungen halten wir dabei fest, weil wir den Wettbewerb wollen. Eine Einheitskasse oder ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem lehnen wir ab.“ (*SPD 2003, 34*)

Vor diesem Hintergrund erscheint es lohnend, sich etwas intensiver mit dem „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV zu befassen und seine Funktionsbedingungen und Wirkungen zu prüfen. Dies soll im Folgenden in drei Schritten geschehen: Zunächst wird ein Blick auf den Status quo des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV gerichtet, bevor der gegenwärtige Wettbe-

werb innerhalb der beiden Krankenversicherungssysteme beleuchtet wird. Abschließend wird dann vor dem Hintergrund aktueller Reformvorschläge aus Wissenschaft und Politik der Frage nachgegangen, welche Rahmenbedingungen die besten Voraussetzungen für einen möglichst fruchtbaren Wettbewerb in der Krankenversicherung im Interesse aller Versicherten versprechen.

■ 2. Status quo des „Systemwettbewerbs“ zwischen GKV und PKV

Wettbewerb wird in aller Regel durch die Existenz von Wahlmöglichkeiten ausgelöst. Können die Nachfrager an einem Markt zwischen verschiedenen Anbietern wählen, werden diese dadurch unter Druck gesetzt, das Preis/Leistungs-Verhältnis ihrer Angebote ständig zu verbessern und an die Präferenzen der Nachfrager anzupassen. Durch Nachahmung und eigene Innovationen versucht jeder Anbieter, einen möglichst großen Teil der Nachfrage auf sich zu ziehen. Ein solcher Anbieterwettbewerb kennt weder Stillstand noch gesicherte Besitzstände, sondern bedeutet einen ständigen Prozess, bei dem sich auf längere Sicht nur effiziente und innovative Anbieter am Markt halten können.

Von Systemwettbewerb wird gesprochen, wenn nicht nur einzelne Anbieter, sondern ganze Systeme miteinander im Wettbewerb stehen. Der Begriff wird meist im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen Ordnungsprinzipien von Staaten zur Beeinflussung von Standortentscheidungen von Investoren und Arbeitskräften verwendet. Hinter einem Systemwettbewerb steht damit die Frage, welche Ordnungen und institutionellen Arrangements als kollektive Problemlösungen am besten geeignet sind, die Präferenzen der Nachfrager zu erfüllen. Die Nachfrager entscheiden sich nach einer Kosten-Nutzen-Abwägung für das System (bspw. den jeweiligen Staat), das ihren Präferenzen aufgrund seiner Rahmenordnung und institutionellen Arrangements am besten entspricht (*vgl. Kerber 1998, S. 199ff.*).

Tabelle 1 gibt in diesem Zusammenhang für den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV einen Überblick über die jeweils systemprägenden Merkmale.

Auch bei dieser verkürzten Einführung in die Begrifflichkeit wird deutlich, dass sich Systemwettbewerb hinsichtlich Zielstellung und Funktionsbedingungen im Prinzip nicht von einem „normalen“ Anbieterwettbewerb unterscheidet. Ziel ist in jedem Fall das ständige Streben der Wettbewerber nach möglichst effizienten, präferenzgerechten und innovativen Angeboten. Voraussetzung dafür ist hier wie dort, dass einerseits die Konkurrenten – einzelne Anbieter oder „Systeme“ – überhaupt über Möglichkeiten der Nachahmung und Weiterentwicklung erfolgreicher Problemlösungen verfügen und andererseits die Nachfrager ihre Präferenzen durch die Ausübung von individuellen Wahlentscheidungen (einschließlich Zu- und Abwanderung) offenbaren können.

Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten

In Bezug auf die Wahlmöglichkeiten der Bevölkerung zwischen Vollversicherungsschutz¹ in der GKV oder PKV kann Deutschland als eine Klassengesellschaft bezeichnet werden. Über 61 Millionen (87 Prozent) der 70,4 Millionen GKV-Versicherten (Stand: 1.7.2003) und damit zugleich fast drei Viertel der gesamten deutschen Wohnbevölkerung besitzen als GKV-Pflichtversicherte oder deren mitversicherte Familienangehörige kein entsprechendes Wahlrecht. Um sie wird von vornherein kein „Systemwettbewerb“ geführt – sie könnten von dessen „Segnungen“ folglich allenfalls indirekt profitieren. Individuelle Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV haben ausschließlich jene, für die aufgrund ihrer beruflichen Stellung generell keine GKV-Versicherungspflicht besteht (im Wesentlichen Beamte und Selbständige – 2002 laut Mikrozensus rund 2,22 bzw. 3,65 Millionen Personen) bzw. die als Arbeiter oder Angestellte ein regelmäßiges Bruttoentgelt von monatlich mehr als 3.862,50 Euro beziehen (rund 2,5 Millionen Personen auf der Grundlage der Statistik der gesetzlich Rentenversicherten zum 31.12.2001)².

Weil in der PKV risikoäquivalente Beiträge kalkuliert werden und das Anwartschaftsdeckungsverfahren („Kapitaldeckung“) gilt, sind für die PKV-Unternehmen zunächst im Prinzip alle wahl-

berechtigten Personen als Kunden interessant. Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko können Prämienzuschläge und/oder Leistungsausschlüsse abverlangt werden, um die Versicherung solcher Risiken für die privaten Versicherer dennoch betriebswirtschaftlich attraktiv zu gestalten. Die PKV kann aber auch direkte Risikoselektion betreiben, weil sie im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen keinem Kontrahierungszwang unterworfen ist. Die Versicherung von Personen mit besonders ausgabenintensiven Vorerkrankungen (zum Beispiel HIV/AIDS) oder unklaren Krankheitsbildern, denen auch durch erhöhte Risikozuschläge nicht hinreichend begegnet werden kann, kann von der Versicherung abgelehnt werden. Auch für Familienangehörige wird in der PKV jeweils ein eigener Beitrag nach dem individuellen Krankheitsrisiko erhoben. Für Ältere gilt zudem, dass sie bei einem Wechsel zur PKV nicht nur aufgrund ihres oft höheren Krankheitsrisikos mit Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen rechnen müssen, sondern angesichts nicht vorhandener Altersrückstellungen generell deutlich höhere Beiträge zu leisten haben.

Aus Sicht vieler wahlberechtigter Versicherter machen diese spezifischen Modalitäten der Beitragskalkulation in der PKV einen Wechsel faktisch unmöglich, weil für sie die Höhe der zu zah-

TABELLE 1

Systemprägende Merkmale von GKV und PKV

	GKV	PKV
Ordnungspolitisches Prinzip	Solidarprinzip	Individualprinzip: Eigenverantwortung
Beitragskalkulation	Leistungsfähigkeitsprinzip: einkommensabhängige Beiträge	Äquivalenzprinzip: risikoäquivalente Prämien
Beziehung zum Versicherten	Kontrahierungszwang	Kein Kontrahierungszwang
Leistungen	Einheitliche Vollversicherung	Umfang des Versicherungsschutzes wählbar (Vollversicherung und Zusatzversicherungen)
Leistungsbezug	überwiegend Sachleistungen	Kostenerstattung
Steuerung	primär angebotsseitig (Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern)	nachfrageseitig (Individualsteuerung über Selbstbehalte etc.)
Versicherungsvertrag	Öffentlich-rechtlich: Leistungen werden weitgehend per Gesetz definiert	Privatrechtlich: Es besteht ein fixierter Anspruch auf die vereinbarten Leistungen
Rechtsform des Versicherers	Körperschaften des öffentlichen Rechts	Kapitalgesellschaften, Vereine auf Gegenseitigkeit, ...
Finanzierung	Umlageverfahren	Kapitaldeckung (Anwartschaftsdeckungsverfahren)

Quelle: Eigene Darstellung

lenden Beiträge eine zu große finanzielle Hürde darstellt. Dies gilt trotz eines hohen Erwerbseinkommens generell ab einem bestimmten Lebensalter und bei Personen mit – aktuell oder „geplant“ – mehreren nicht erwerbstätigen Familienangehörigen sowie immer dann, wenn relevante Vorerkrankungen vorliegen. Für diese Personen kommt in der Regel nur eine Versicherung in der GKV in Frage, in der es aufgrund des Solidarprinzips keine Beitragsdifferenzierung nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand gibt und nicht erwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei mitversichert sind.

Umgekehrtes gilt – ebenfalls zumindest faktisch – für die beihilfeberechtigten Beamten und deren Familienangehörige, für die eine rechtlich durchaus zulässige Weiterversicherung in der GKV ökonomisch absolut unattraktiv wäre: Sie müssten den vollständigen Beitragssatz (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) allein entrichten, obwohl sie gegenüber ihrem Dienstherrn Beihilfeansprüche für sich und ihre Angehörigen haben, die mindestens 50 Prozent der Leistungsausgaben ausmachen. Zudem gibt es bei Beamten im Fall von Arbeitsunfähigkeit keine Befristung der Fortzahlung ihrer Dienstbezüge. Dadurch wird der Kreis der „tatsächlich Wahlfähigen“ und damit die Zielgruppe für direkten Wettbewerb zwischen GKV und PKV noch einmal deutlich eingeschränkt.

Eine zentrale Funktionsbedingung für Systemwettbewerb, nämlich die Möglichkeit der Wahl zwischen verschiedenen Systemen, ist folglich in Bezug auf die Wahl zwischen GKV und PKV nur für eine relativ kleine Gruppe gegeben. Drei Viertel der Bevölkerung sind als GKV-Pflichtversicherte und deren Angehörige von vornherein ausgeschlossen, aber auch für den Großteil derjenigen, die rein rechtlich mit einem entsprechenden Wahlprivileg ausgestattet sind, stehen einer tatsächlichen Wahlmöglichkeit faktisch unüberwindliche Hindernisse entgegen: Beamten in Richtung GKV sowie Älteren, Kinderreichen und Kranken in Richtung PKV. Hinzu kommt aber noch eine weitere gravierende Einschränkung der für einen „echten“ Wettbewerb wesentlichen Wahlmöglichkeiten: Systemwechsel sind in der Regel nur in einer Richtung möglich, nämlich in Richtung PKV. Wechsel von der PKV zurück zur GKV können praktisch nur dann vollzogen werden, wenn wieder ein Tatbestand für die Begründung einer Versicherungspflicht vorliegt und der Versicherte das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Somit besteht Wettbewerb zwischen GKV und PKV heute allein in der Form, dass die PKV versucht, möglichst viele der tatsächlich Wahlfähigen unter den freiwilligen GKV-Versicherten für sich zu gewinnen, während die GKV umgekehrt versucht, diese Versicherten zu halten. Versicherte von der PKV abzuwerben ist der GKV grundsätzlich nicht möglich.

Tabelle 2 zeigt zusammenfassend noch einmal in einer Übersicht die in der Bevölkerung verschieden verteilten Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV.

Eingeschränkte Wettbewerbsinhalte

Bereits die Identifizierung der vergleichsweise kleinen Gruppe der „tatsächlich Wahlfähigen“ hat gezeigt, dass die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV letztlich davon abhängt, ob der Verbleib im solidarisch finanzierten System der GKV in einer individuellen Kosten/Nutzen-Abwägung als vorteilhaft eingeschätzt wird oder nicht. Ein Wechsel zur PKV lohnt sich insbesondere für junge und gesunde Versicherte, die nur wenige mitzuversichernde Familienangehörige haben bzw. erwarten: Sie zahlen einen vergleichsweise günstigen Beitrag in der PKV und werden zugleich von der Beteiligung an der solidarischen Finanzierung der GKV befreit (Ausgleich nach Einkommen, Alter und Geschlecht, Familienlast und Ex-ante-Morbidität), bei der sie „Netto-Zahler“ wären. Die Abwanderung dieser Versicherten in die PKV führt im Ergebnis zu einer Aushöhlung des Solidarprinzips und hinsichtlich der Ausgabenrisiken der Versicherten zu einer adversen Selektion (Risikoentmischung) zu Lasten der GKV. Die oben eingeführte Bezeichnung einer „Klassengesellschaft“ hat damit eine zweifache Bedeutung: Das individuelle Wahlrecht zwischen GKV und PKV bleibt nicht nur von vornherein allein bestimmten Teilen der Bevölkerung vorbehalten, sondern mit der Ausübung dieses Rechts ist zugleich der Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes verbunden.

Damit ist der Wettbewerb mit der GKV für die PKV fast ein „Selbstläufer“. Während in der GKV flankierend zur freien Kassenwahl der Risikostrukturausgleich eingeführt wurde – nicht Risikoselektion soll sich im Wettbewerb lohnen, sondern allein mehr Effizienz- und Präferenzorientierung des Kassenhandelns –, wird der Wettbewerb zwischen GKV und PKV maßgeblich durch die Realisierung von Selektionsvorteilen zu Gunsten der PKV bestimmt. Dabei steht die GKV von vornherein eher auf verlorenem Posten und kann allenfalls versuchen, das Ausmaß des Selektionsprozesses ein Stück zu vermindern. Ihre bestehenden (und weiter entwicklungsfähigen) Instrumente der vertragsbasierten Versorgungssteuerung (Stichworte: integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme für chronisch Kranke, Qualitätssicherung usw.) helfen dabei jedoch nur wenig, weil sich die Zielgruppe des derzeitigen Systemwettbewerbs – vorrangig Junge und Gesunde – hierfür kaum interessieren dürfte. Deshalb ist die GKV weitgehend darauf angewiesen, im Wettbewerb mit der PKV auf den Einsatz von Tarfinstrumenten zu setzen (etwa Bonuszahlungen, Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr), die von ihrer Herkunft und Ausrichtung viel eher dem „klassischen“ Instrumentarium der PKV entsprechen.

Mit dem GMG sind die entsprechenden Handlungsspielräume der gesetzlichen Kassen deutlich erweitert worden – zum Teil auf freiwillig Versicherte begrenzt und damit von vornherein erkennbar auf die „offene Flanke“ zur PKV ausgerichtet³. Damit wurden die Wettbewerbsparameter der GKV für den bestehen-

den Systemwettbewerb ein Stück weit den entsprechenden Möglichkeiten der PKV angeglichen. Weil vor allem Gesunde diese Tarife wählen dürften, wird es wahrscheinlich zu einer partiellen Entsolidarisierung aufgrund von Mitnahmeeffekten kommen. Doch wird per saldo erhofft, dass der GKV auf diese Weise wenigstens noch ein Teil des Solidarbeitrags erhalten bleibt, der bei einem Wechsel dieser Versicherten zur PKV vollständig verloren ginge (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2003, Ziffer 301). Für eine hinreichende Korrektur der infolge der „individuellen Entsolidarisierungsoption“ bestehenden Wettbewerbsverzerrung zwischen GKV und PKV kann eine solche „Hilfskonstruktion“ allerdings nicht sorgen.

Ein aktuelles Beispiel dafür, dass funktionierender Systemwettbewerb zu „fairen Bedingungen“ offenbar nur unter Preisgabe bestimmter Gestaltungsmerkmale der beteiligten Systeme zustande kommen kann, liefert die im GMG vorgesehene Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem allgemeinen Leistungskatalog der GKV. Ab 2005 haben alle GKV-Versicherten die Möglichkeit, eine private Zahnersatz-Versicherung abzuschließen. Den privaten Krankenversicherern wird dazu ein bestimmter Mindestleistungsumfang vorgeschrieben, der jedoch individuell erweitert werden kann. Wer Zahnersatzleistungen weiterhin in einer ge-

setzlichen Kasse versichern will, muss dafür eine fixe Kopfprämie entrichten – der für die GKV bislang charakteristische Einkommensausgleich findet somit beim Zahnersatz nicht mehr statt. Weil bundesweit eine kasseneinheitliche Kopfprämie kalkuliert wird, werden zudem bei den Kassen – ganz nach dem einschlägigen „Negativ-Vorbild“ des früheren KVdR-Finanzausgleichs – alle Anreize beseitigt, auf eine möglichst effiziente Leistungserstellung hinzuwirken. Obwohl ein Systemwechsel auch bei der Zahnersatz-Versicherung nur in Richtung PKV möglich sein wird, geht dies der PKV noch nicht weit genug. Sie moniert unfaire Wettbewerbsbedingungen zu ihren Lasten, u.a. weil Familienangehörige beim GKV-Einheitstarif weiter beitragsfrei mitversichert sind und die Zahnärzte bei den GKV- und PKV-Versicherten weiter auf der Grundlage unterschiedlicher – insbesondere unterschiedlich teurer – Gebührenordnungen abrechnen.

Aber nicht nur in Bezug auf Zahnersatzleistungen, sondern ganz generell wird von Seiten der PKV zunehmend beklagt, dass ihr gegenüber der GKV dadurch Wettbewerbsnachteile entstünden, dass Ärzte und Zahnärzte Leistungen für Privatversicherte nach den privat(zahn)ärztlichen Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ) abrechnen, was sich im Vergleich zur GKV in spürbar höheren Leistungsausgaben niederschlägt. In Ermangelung direkter Vertragsbeziehungen mit den Leistungsanbietern beste-

TABELLE 2

Wahlmöglichkeiten der Bevölkerung zwischen einer Krankenversicherung in der GKV oder PKV

	GKV	PKV
Ohne rechtliche Wahlmöglichkeit	Pflichtversicherte: Mehr als 61 Millionen	
Mit rechtlicher Wahlmöglichkeit	Nicht GKV-Versicherungspflichtige: etwa 8,37 Millionen	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bruttomonatsentgelt von mehr als 3.862,50 Euro ■ Beamte ■ Selbständige 	
Ohne faktische Wahlmöglichkeit (keine rechtlichen, aber finanzielle Hürden)	Freiwillig Versicherte mit Merkmalen wie: <ul style="list-style-type: none"> ■ höheres Lebensalter ■ viele (aktuelle oder geplante) mitzuversichernde Familienangehörige ■ relevante Vorerkrankungen 	Beihilfeberechtigte Beamte
Mit tatsächlicher Wahlmöglichkeit (aber nur in Richtung PKV)	Freiwillig Versicherte mit: <ul style="list-style-type: none"> ■ hohem Einkommen ■ niedrigem Lebensalter ■ keinen/wenigen mitzuversichernden Familienangehörigen ■ keinen relevanten Vorerkrankungen <p>Um diese Gruppe wird Wettbewerb zwischen GKV und PKV geführt.</p>	

Quelle: Eigene Darstellung

hen für die PKV-Unternehmen zurzeit keine Möglichkeiten, preisgünstigere Behandlungen zu vereinbaren, etwa im Rahmen sektorübergreifender Leistungskomplexe oder integrierter Versorgungsmodelle. Direktes Vertrags- bzw. Versorgungsmanagement passt allerdings auch nur schwerlich zu dem bislang bewusst gehegten Selbstverständnis der PKV, sich nicht in die Arzt-Patienten-Beziehung „einmischen“ zu wollen. Überdies würde spätestens bei einer Abkehr von den privatärztlichen Gebührenordnungen ein weiteres Image Schaden nehmen, mit dem sich die PKV gern schmückt: als vermeintlich unverzichtbarer Stabilitätsfaktor der Gesundheitsversorgung, die ohne die höheren Leistungsvergütungen für Privatpatienten nicht im bestehenden Umfang aufrechterhalten werden könne⁴.

Erstes Zwischenfazit

Als erstes Zwischenfazit bleibt damit festzuhalten, dass der bestehende Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV, wie auch *Tabelle 2* zeigt, nur eine kleine Gruppe der Bevölkerung direkt betrifft, die überhaupt über rechtliche und faktische Wahlmöglichkeiten verfügt. Dabei handelt es sich zumeist um junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte, für die sich ein Wechsel zur PKV schon deshalb lohnt, weil er mit einem Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung verbunden ist. Deshalb müssen die gesetzlichen Kassen vor allem versuchen, abwanderungsgefährdeten Versicherten den Verbleib in der Solidargemeinschaft dadurch schmackhaft zu machen, dass sie – im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten – selbst ein Stück „PKV spielen“ und die „Solidarlast“ der Betroffenen durch entsprechende Tarifangebote wenigstens ein Stück weit reduzieren. Im Ergebnis hat der bestehende Systemwettbewerb damit zwei gravierende Mängel: Zum einen spielen die Präferenzen des Großteils der Bevölkerung – darunter insbesondere auch aller Kranken – keine erkennbare Rolle, und zum anderen wird kein Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geleistet.

■ 3. Wettbewerb innerhalb der Systeme von GKV und PKV

Manche Urteile über den wettbewerblichen Status quo in der PKV sind erkennbar stärker durch – oftmals zudem ideologisch geprägtes – Wunschdenken beeinflusst als durch die Realität. So hieß es zum Beispiel noch im letzten Entwurf für den Abschlussbericht der Herzog-Kommission (Stand: 24.9.2003 – 18.00): „Private Krankenversicherungen verwirklichen bereits heute ein hohes Maß an Wettbewerb. Sie bieten den Versicherten Wahlfreiheit und vielfältige Entscheidungsmöglichkeiten, z. B. bei Tarifen und Bonus-Malus-Systemen.“ Im Schlussbericht der Herzog-Kommission wurde diese Passage ersatzlos gestrichen – aus guten Gründen, denn die Realität sieht völlig anders aus: „Während

sich in der auf Solidarprinzip und Umlageverfahren basierenden GKV der Wettbewerb als prioritäres Steuerungsprinzip zu etablieren beginnt, ist die äquivalenzorientierte Private Krankenversicherung (PKV) von Wahlfreiheit und Wettbewerb noch weit entfernt, obwohl sie marktwirtschaftlichen Prinzipien eigentlich näher stehen sollte“ (*Terhorst 2000, 1*).

Weil die im Rahmen der kapitalgedeckten risikogerechten Prämienkalkulation der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des PKV-Unternehmens nicht mitgenommen werden können und beim Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags vollständig neu aufgebaut werden müssen – von der erneut notwendigen gesundheitlichen Risikobewertung wechselwilliger Versicherter sowie fehlendem Kontrahierungszwang der Versicherer ganz abgesehen –, werden Versicherungsverwechsel bereits nach einer relativ kurzen Versicherungszeit praktisch unmöglich gemacht. Das bedeutet jedoch im Ergebnis, dass es Wettbewerb um Bestandsversicherte in der PKV praktisch nicht gibt⁵. Die genannten „vielfältigen Entscheidungsmöglichkeiten“ stehen damit fast ausschließlich Neukunden der PKV offen, um die allein – insbesondere in Form der Anwerbung freiwilliger Versicherter aus gesetzlichen Krankenkassen – lebhafter Wettbewerb geführt wird. Das heißt zugleich jedoch auch, dass es die Möglichkeit des individuellen Tarifzuschnitts in aller Regel nur für junge und gesunde Versicherte gibt, die meist nur schwer beurteilen können, ob der von ihnen vereinbarte Versicherungsschutz auch tatsächlich ihren Bedürfnissen entspricht, wenn sie – oftmals erst Jahrzehnte später – mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen konfrontiert werden und auf Versorgungsleistungen angewiesen sind.

Immerhin wird über Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Etablierung von Wettbewerb um PKV-Bestandsversicherte in Form der Portabilität von Altersrückstellungen derzeit zunehmend diskutiert. Im Bericht der Rürup-Kommission verknüpfen die Befürworter des Reformvorschlags „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“ den Fortbestand des Nebeneinanders von GKV und PKV sogar mit entsprechenden Maßnahmen: „Damit die privaten Krankenversicherungen eine Alternative bieten können, muss als Voraussetzung für einen effizienzorientierten Wettbewerb der Versicherungsverwechsel zu jedem Zeitpunkt ermöglicht werden. Dazu ist die Portabilität von Altersrückstellungen zu gewährleisten“ (*Rürup-Kommission 2003, 170*). Bei der Herzog-Kommission klingt dies allerdings schon weit weniger entschieden, denn die Kommission „empfiehlt“ lediglich „eine Stärkung des Wettbewerbs durch die Schaffung von Wechselmöglichkeiten, um es dem Bestandskunden zu erleichtern, eine für ihn günstigere Versicherung zu wählen“ (*Herzog-Kommission 2003, Ziffer 33*).

Wenn es gelänge, den Wettbewerb in der PKV durch die Portabilität von Altersrückstellungen im Fall eines Versicherungsverwechsels zu intensivieren bzw. für das Gros der Bestandsversi-

cherten überhaupt erst zu etablieren, wäre dies fraglos ein wichtiger Fortschritt gegenüber dem Status quo, bei dem ein Versicherter seinem Unternehmen „mit Haut und Haaren ausgeliefert ist“ (Meyer 2001, 60)⁶. Allerdings stellt sich auch in diesem Fall die in der gesundheitspolitischen Reformdebatte speziell in Bezug auf die PKV vielfach ausgeblendete Frage nach den Inhalten des Wettbewerbs der privaten Krankenversicherer, die „wegen ihres traditionellen Selbstverständnisses als bloßer ‚Payer‘, nicht zuletzt aber auch wegen der rechtlichen Handlungsbeschränkungen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen, so gut wie keinen Einfluss auf das Leistungsgeschehen (nehmen) und (...) sich dementsprechend auch nicht am Aufbau eines Effektivitäts- und Effizienzsteigernden Versorgungsmanagements (beteiligen)“ (Cassel 2003, 13).

Entsprechend ist die Ausgabenentwicklung gewiss kein „Ruhmesblatt“ der PKV: So betrug das Wachstum der Leistungsausgaben je PKV-Vollversicherten zwischen 1992 und 2001 43 Prozent und lag damit um fast die Hälfte über dem entsprechenden Ausgabenzuwachs je GKV-Versicherten von „nur“ 29,5 Prozent⁷. Auch wenn der Vergleich dieser Zahlen aufgrund vielfältiger Einflussfaktoren nur eingeschränkt aussagefähig ist, mag er zumindest als Indikator dafür dienen, dass die Leistungs- und Ausgabensteuerung kaum zu den Erfolgsfeldern der PKV zählen. Jedenfalls zeigt sich gerade nicht, dass die „PKV-spezifischen“ Instrumente der Individualsteuerung wie Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung in besonderer Weise in der Lage wären, einer „übermäßigen“ Leistungsanspruchnahme wirkungsvoll zu begegnen. Angesichts der Schiefe der Ausgabenverteilung – der überwiegende Teil der Gesundheitsausgaben entfällt auf einen vergleichsweise kleinen Teil der Versicherten – kann dies allerdings auch nicht überraschen. Besondere Bedeutung gewinnt dieser Sachverhalt in Bezug auf die für die Zukunft projizierte Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Dabei wird – allen einschlägigen Analysen zufolge⁸ – der deutlich kleinere Teil reinen Alterungseffekten zugeschrieben (denen mit Kapitaldeckung vorgebeugt werden könnte), während der weitaus größere Teil dem medizinisch-technischen Fortschritt zugerechnet wird, dessen gezielter Einsatz Steuerungsstrukturen erfordert, über die die PKV derzeit nicht einmal ansatzweise verfügt.

Genau hier liegt das maßgebliche Potenzial der GKV, denn sie verfügt in Bezug auf die Steuerungsstrukturen über direkte Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern. Schon heute ist der GKV-Wettbewerb im Vergleich zur PKV weitaus intensiver, weil praktisch alle Mitglieder – unabhängig von Alter und Geschlecht, Gesundheitszustand und Einkommen – über ein weithin uneingeschränktes Kassenwahlrecht verfügen und seitens der geöffneten Krankenkassen Kontrahierungszwang herrscht. Die Bindungsdauer einer Kassenwahlentscheidung beträgt maximal 18 Monate, darüber hinaus haben die Versicherten bei einer Beitragsatzanhebung ein sofortiges Sonderkündi-

gungsrecht. Gleichwohl ist aber der derzeitige GKV-Wettbewerb noch weit davon entfernt, das ihm grundsätzlich innewohnende Potenzial auszuschöpfen und für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung sowie mehr Präferenzorientierung zu sorgen. Neben dem Erfordernis von Anpassungen des wettbewerblichen Ordnungsrahmens⁹ sind hierfür – insbesondere im Vertragsbereich – deutlich mehr einzelwirtschaftliche Handlungsspielräume von Krankenkassen und Leistungsanbietern erforderlich (vgl. Ebsen et al. 2003).

Diese Einschätzung gilt vom Grundsatz her auch nach Inkrafttreten des GMG zum Jahresbeginn 2004, denn entgegen aller „Wettbewerbsrhetorik“ der Politik¹⁰ bleibt die GKV weiterhin maßgeblich durch planwirtschaftliche und kollektivvertragliche Vorgaben gekennzeichnet. Gleichwohl sind die Handlungsfreiräume der Akteure mit dem GMG in einigen Bereichen ein Stück gewachsen, und dies dürfte den Kassenwettbewerb spürbar beleben. Was das reine Versicherungsgeschäft angeht – also die Beziehungen zwischen Versicherten und Versicherern –, wurde bereits wenige Wochen nach Verabschiedung des GMG erkennbar, dass viele Kassen nur darauf gewartet haben, ihren Kunden gezielte Angebote im Rahmen der erweiterten Möglichkeiten (Bonus- und Selbstbeteiligungstarife, Vermittlung von Zusatzversicherungen) unterbreiten zu können. Aber auch im Hinblick auf neue Möglichkeiten im Versorgungsgeschäft – also mit einzelnen Anbietern vertraglich vereinbarte spezifische Versorgungskonzepte zu vereinbaren – werden entsprechende Aktivitäten (hausarztzentrierte oder integrierte Versorgungsangebote) angesichts des lebhaften Kassenwettbewerbs kaum lange auf sich warten lassen.

Zweites Zwischenfazit

Damit kann ein zweites Zwischenfazit dahingehend gezogen werden, dass Wettbewerb innerhalb der PKV derzeit praktisch kaum stattfindet, weil Bestandsversicherte bei einem Unternehmenswechsel keine Altersrückstellungen mitnehmen können. Dies führt aber unter anderem dazu, dass bei den Versicherern kaum Anreize zur gezielten Leistungs- und Ausgabensteuerung bestehen – sie verfügen ohnehin kaum über entsprechende Instrumente, die auf die Leistungserbringer ausgerichtet sind und für ein gezieltes Gesundheitsmanagement genutzt werden könnten (vgl. Sehlen 2002). Demgegenüber ist der Wettbewerb in der GKV aufgrund der weithin unbeschränkten Kassenwahlfreiheit schon heute weitaus intensiver. Vor allem wegen der Existenz von direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern besteht zudem zumindest ein großes – wenn auch bei weitem noch nicht ausgeschöpftes – Potenzial der GKV, dass ein Wettbewerb der Krankenkassen über Vertrags- und damit letztlich auch Anbieterwettbewerb im Ergebnis zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führt.

■ 4. Wettbewerbliche Zukunftsoptionen

In den beiden vorangehenden Abschnitten ist deutlich geworden, dass der wettbewerbliche Status quo im deutschen Krankenversicherungssystem erhebliche Defizite aufweist, und zwar sowohl im Hinblick auf den bestehenden Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV als auch hinsichtlich des derzeitigen Wettbewerbs innerhalb der beiden Systeme. Deshalb werden im Folgenden aktuelle Reformüberlegungen betrachtet, wobei das Hauptaugenmerk auf den Stellenwert bzw. die Rahmenbedingungen des Systemwettbewerbs gerichtet wird.

Reformkonzepte aus der Wissenschaft ohne „Systemwettbewerb“

Die mittlerweile von vielen Seiten vorgelegten Reformkonzepte für ein zukunftsfähiges System der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung sind allein schon angesichts ihrer Vielzahl kaum noch überschaubar¹¹. Gleichwohl weisen fast alle der in sich geschlossenen Reformkonzepte im Hinblick auf zwei, für den Aspekt des Wettbewerbs zentrale Punkte eine bemerkenswerte Übereinstimmung auf:

- Es gibt kein Nebeneinander unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme mit jeweils unterschiedlichen Funktionsbedingungen (und damit keinen „Systemwettbewerb“)¹², wohl aber – in der Regel auf der Basis einer allgemeinen Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung in Bezug auf einen bestimmten Regelleistungskatalog – intensiven Wettbewerb aller am gemeinsamen Markt vertretenen Krankenversicherer um alle Bürger unter einheitlichen Bedingungen¹³.
- Ein zentrales Wettbewerbsfeld der Versicherungen bilden in jedem Reformvorschlag die einzelwirtschaftlichen Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen auf der einen und Anbietern von Gesundheitsleistungen auf der anderen Seite, die von plan- und kollektivwirtschaftlichen Detailvorgaben weitgehend frei sind und die Versicherer in die Lage versetzen, ihren Versicherten als deren Sachwalter möglichst präferenzgerechte Versorgungsangebote zu vermitteln (zu Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen vgl. *Cassel 2003, 9ff.*).

Hinter diesen Gemeinsamkeiten steht die allgemeine Überzeugung, dass die Ziele Effizienz, Präferenzgerechtigkeit und Innovation bestmöglich durch einen unverzerrten Wettbewerb aller Krankenversicherer um alle Bürger erreicht werden können, nicht aber durch einen auf bestimmte Personenkreise eingeschränkten Wettbewerb zwischen voneinander abgegrenzten und durch unterschiedliche Funktionsbedingungen gekennzeichneten „Systemen“.

Worin sich die vorliegenden Reformkonzepte – teilweise deutlich – voneinander unterscheiden, sind die konkreten Aus-

prägungen der jeweiligen Systembedingungen. In Abhängigkeit von der vielfach unterschiedlich getroffenen Grundsatzentscheidung, ob bzw. in welchem Umfang bestimmte Solidaraufgaben innerhalb des Krankenversicherungssystems wahrgenommen werden sollen, folgen jeweils spezifische Vorgaben für die Beitragsgestaltung der Krankenversicherer. Dies schlägt sich darin nieder, dass bei bestimmten Reformvorschlägen einkommensabhängige Beiträge erhoben werden und bei anderen nicht, dass Beitragsdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und Morbidität mal ausgeschlossen und mal zugelassen sind oder dass für Kinder bzw. generell für nicht erwerbstätige Familienangehörige ein eigenständiger Beitrag entrichtet werden muss oder nicht. In jedem Reformkonzept gelten jedoch jeweils für alle am Markt der Regelversorgung auftretenden Versicherer – mögen diese im Einzelfall öffentlich-rechtlich oder privatwirtschaftlich organisiert sein – dieselben Kalkulationsbedingungen. Dies gilt auch im Hinblick auf die Entscheidung über das maßgebliche Finanzierungsverfahren (Umlage oder Kapitaldeckung), die zwar bei den einzelnen Reformkonzepten teilweise unterschiedlich getroffen wird, aber jeweils alle Versicherungen einheitlich betrifft.

Teilweise nennenswerte Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen Reformkonzepten ferner im Hinblick auf bestimmte Elemente der jeweiligen Wettbewerbsordnung (dies betrifft in Modellen ohne vollständig risikoäquivalente Beitragskalkulation vor allem die konkrete Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs, um Anreize zur Risikoselektion bei den Versicherern möglichst wirksam entgegenzuwirken) bzw. hinsichtlich der Freigabe bestimmter Wettbewerbsparameter (Leistungsbezug über Sachleistung oder Kostenerstattung, Möglichkeiten von Zuwahlleistungen, Selbstbeteiligungsregelungen, Einschreibemodellen usw.). Gemeinsam ist den verschiedenen Reformkonzepten jedoch auch hier, dass jeweils alle im Einzelfall verfügbaren Wettbewerbsparameter grundsätzlich allen Versicherern unterschiedslos offen stehen, wobei die Versicherer im Vergleich zu heute – und zwar sowohl was die primär tarifbezogenen Möglichkeiten der PKV-Unternehmen als auch die primär versorgungsbezogenen Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen angeht – bei allen Reformvorschlägen tendenziell über erweiterte Freiräume verfügen.

Weitere Vorschläge in der aktuellen Reformdiskussion

Obwohl sich die vorliegenden Reformkonzepte aus dem Bereich der Wissenschaft praktisch ausnahmslos für eine Aufhebung der Trennung von GKV und PKV aussprechen, spielen in der aktuellen politischen Reformdiskussion auch weiterhin solche Vorschläge eine wichtige Rolle, in denen an der Trennung der beiden Systeme explizit festgehalten wird. Wie bereits ausgeführt, gilt ein besonderes reformerisches Augenmerk dabei zunehmend der unbefriedigenden Wettbewerbssituation in der PKV. Dabei soll der heute faktisch nicht existente Wettbewerb um Be-

standsversicherte künftig dadurch ermöglicht werden, dass die Altersrückstellungen der Privatversicherten bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens mitgenommen bzw. auf das neue Unternehmen übertragen werden können.

Unabhängig von rechtlichen und versicherungstechnischen Fragen nach Zulässigkeit bzw. Machbarkeit der Portabilität individueller Altersrückstellungen (vgl. dazu Beutelmann 2001, Meyer 2001, Scholz 2001) ist im hier behandelten Kontext vor allem von Interesse, ob sich von einer solchen Initiierung bzw. Intensivierung des PKV-Wettbewerbs Auswirkungen auf den bestehenden Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV ergeben. Immerhin sieht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in einer Herstellung der Portabilität der Altersrückstellungen die Voraussetzung, „um in einem dann möglichen Systemwettbewerb die konzeptionelle Überlegenheit des einen oder anderen Systems herausfinden zu können“ (SVR 2002, VI).

Vor dem Hintergrund der eingangs vorgenommenen Analyse des wettbewerblichen Status quo zwischen GKV und PKV kann diese Erwartung jedoch nicht nachvollzogen werden. So sehr den Privatversicherten auch nach einmal erfolgtem Versicherungsabschluss weitere Wahl- und Wechselmöglichkeiten im Verlauf ihres Versicherungslebens zu gönnen sind – an den bestehenden Dysfunktionalitäten im Wettbewerb zwischen GKV und PKV würde sich dadurch nichts Substantielles ändern: Weder würde der eingeschränkte Kreis der tatsächlich Wahlfähigen in Richtung PKV vergrößert, noch die damit verbundene – und die Wahlentscheidung mutmaßlich wesentlich bestimmende – „Entsolidarisierungsoption“ in Frage gestellt, die der GKV einen letztlich nicht ausgleichenden Wettbewerbsnachteil beschert. Möglicherweise würde die Aussicht, bei einem Wechsel zur PKV nicht mehr zwangsläufig einem Versicherungsunternehmen bis ans Lebensende „ausgeliefert“ zu sein, sogar dazu beitragen, die Attraktivität eines solchen Wechsels noch ein Stück zu erhöhen¹⁴. Einem funktionalen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und mehr Präferenzgerechtigkeit für möglichst alle Versicherten käme der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV jedenfalls auch bei einer Portabilität individueller Altersrückstellungen kein Stück näher.

Demgegenüber zielt ein anderer Reformvorschlag darauf ab, den Wettbewerb zwischen den beiden weiterhin getrennten Systemen von GKV und PKV direkt zu fördern, indem das derzeit bestehende „Junktim“ zwischen einer Wahlentscheidung zu Gunsten der PKV sowie dem Wegfall der Beteiligung an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes aufgehoben würde. Dies soll über eine Einbeziehung aller Bürger – also auch der nicht in der GKV versicherten – in den Risikostrukturausgleich erfolgen¹⁵.

Durch eine Einbeziehung der Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich würde sich zum einen die Verteilungsgerechtig-

keit in Bezug auf die solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes erhöhen. Aber auch auf den Wettbewerb zwischen GKV und PKV hätte die Umsetzung dieses Vorschlags, der schon einmal Mitte der neunziger Jahre vorgestellt und in seinen (damaligen) Finanzwirkungen untersucht wurde (vgl. Pfaff 1995, Bohm/Jacobs/Reschke 1996, 51ff.), fraglos einen wesentlich stärkeren Einfluss als die Herstellung der Portabilität individueller Altersrückstellungen von PKV-Versicherten. Durch den Einbezug der Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich – ob nun allein in dessen Finanzkraftausgleich oder aber auch in den Beitragsbedarfsausgleich – nähme die finanzielle Belastung der Privatversicherten im Durchschnitt zu, und die Beitragssätze der GKV könnten entsprechend sinken¹⁶. Ein Wechsel zur PKV verlöre damit fraglos an Attraktivität, und zwar genau in dem Umfang, wie er der heute bei einem Wechsel automatisch erfolgenden Befreiung von der Beteiligung an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes entspricht. Damit würden die auf Entsolidarisierungseffekten basierenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen GKV und PKV abgebaut.

Für den Wettbewerb zwischen GKV und PKV hätte dies vermutlich zur Folge, dass zwar der Kreis der tatsächlich Wahlfähigen weiterhin begrenzt bliebe, weil die unterschiedlichen Kalkulationsmodalitäten beider Systeme einer „wechselseitigen Durchlässigkeit“ grundsätzlich nach wie vor entgegenstünden. Allerdings würden sich aller Voraussicht nach positive Auswirkungen auf die Inhalte des Systemwettbewerbs ergeben, weil gesetzliche wie private Krankenversicherer im Wettbewerb um die tatsächlich Wahlfähigen vermehrt gezwungen würden, ihre spezifischen Leistungsangebote gezielt als Wettbewerbsparameter einzusetzen. Dabei würde jedoch vermutlich noch offenkundiger zutage treten, dass es gerade in diesem Punkt gegenwärtig höchst unterschiedliche Handlungsoptionen gibt. So können die PKV-Unternehmen ihren Versicherten keine vertragsbasierten innovativen Versorgungsangebote machen, während es den GKV-Kassen weitgehend versagt ist, individuelle Wahlleistungstarife mit zusätzlichen Leistungen anzubieten¹⁷. Dies dürfte schon sehr bald Forderungen der gesetzlichen und privaten Versicherer nach einer weiteren Angleichung der Wettbewerbsbedingungen von GKV und PKV nach sich ziehen, um die jeweilige Wettbewerbsfähigkeit zu gewährleisten.

Gesamtfazit

Dieser Ausblick zeigt – ähnlich wie das oben beschriebene Beispiel der künftigen Zahnersatz-Versicherung –, dass jede Stärkung des Systemwettbewerbs im Sinne der Herstellung möglichst unverzerrter Wettbewerbsbedingungen – und dazu würde die Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung unabhängig von ihrer jeweiligen „Systemzugehörigkeit“ zweifellos zählen –, letztlich zu unübersehbaren Konvergenzprozessen der beiden Versicherungssysteme führt¹⁸. Der erklärten Absicht, am

- 9 Hierzu stellt die bereits beschlossene morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs einen wesentlichen, aber keineswegs den einzigen Schritt dar (vgl. Jacobs et al. 2002).
- 10 Ein eindrucksvolles Beispiel für den tatsächlichen Stellenwert entsprechender Forderungen hat jüngst die Union gegeben: Anfang Oktober 2003 übernahm der CDU-Parteivorstand den Bericht der Herzog-Kommission als Grundlage seines sozialpolitischen Programms. Darin wird u. a. gefordert, " dass der Wettbewerb in allen Versorgungsbereichen durch eine weitgehende Liberalisierung des Vertragssystems ausgeweitet wird. Besonders im ambulanten Bereich ist eine flexiblere Vertragsgestaltung dringend zu empfehlen" (Herzog-Kommission 2003, Ziffer 31). Genau dies hatten die Vertreter der Unionsparteien nur wenige Wochen zuvor in den Konsensgesprächen zum GMG gerade erfolgreich verhindert (obwohl die entsprechenden vertragswettbewerblichen Ansätze im Gesetzentwurf der Regierungsparteien von einer "weitgehenden Liberalisierung" selbst noch ein gutes Stück entfernt waren).
- 11 Neben den Vorschlägen der Rürup- bzw. Herzog-Kommission sei hier nur – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – verwiesen auf Buchholz et al. (2001), Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003), Henke et al. (2002), Knappe/Arnold (2002), Kronberger Kreis (2002), Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2003), Oberender/Zerth (2003), Zweifel/Breuer (2002). Diese Konzepte bilden die Grundlage der Ausführungen in diesem Abschnitt.
- 12 Die beiden einzigen Ausnahmen in dieser Hinsicht bilden die Vorschläge der Herzog-Kommission (2003) sowie das Gesundheitsprämien-Modell der Rürup-Kommission (2003), bei denen jeweils am heutigen Nebeneinander von GKV und PKV festgehalten wird.
- 13 Damit können diese Reformkonzepte praktisch auch alle als "Bürgerversicherung" bezeichnet werden, wenn deren zentrales Merkmal vor allem darin besteht, dass alle Bürger an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes beteiligt sind und alle Versicherungen miteinander in einem gemeinsamen System um die Versicherten konkurrieren (vgl. auch Jacobs 2003).
- 14 Inwieweit bei einer Portabilität der Altersrückstellungen die Rückkehrmöglichkeiten zur GKV erweitert werden können – etwa auf der Basis der Einpeisung der Altersrückstellungen in den Risikostrukturausgleich; vgl. Meyer (2001, 75), der von einem "Eintrittsgeld in die GKV" spricht –, kann hier nicht weiter analysiert werden. Grundsätzlich stellen individuelle Altersrückstellungen einen Fremdkörper im umlagefinanzierten GKV-System dar – und ganz sicher wird die GKV ihren Versicherten umgekehrt keine entsprechende "Abfindung" zahlen können, wenn sich diese zum Beispiel noch im fortgeschrittenen Lebensalter zu einem Wechsel zur PKV entschließen sollten.
- 15 Vgl. etwa den Parteitagsbeschluss der SPD vom 19.11.2003: "Geprüft werden muss, auf welchem Weg ein fairer Wettbewerb zwischen den Systemen unter Einbeziehung eines modernisierten Risikoausgleichs ermöglicht werden kann." (SPD 2003, 35)
- 16 Bezogen auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz wurde seinerzeit auf der Datenbasis 1994 ein Entlastungseffekt von 0,5 bis 0,7 Prozentpunkten ermittelt. Je PKV-Versicherten hätte sich im Durchschnitt eine zusätzliche Belastung von rund 1000 bis 1330 DM pro Jahr ergeben (vgl. Bohm/Jacobs/Reschke 1996, 56).
- 17 Hieran hat auch das GMG nichts geändert, denn gesetzlichen Krankenversicherern ist auch weiterhin nicht erlaubt, selbst Zusatzversicherungen für zusätzliche Leistungen anzubieten. Sie dürfen nur als Vermittler für ihre Versicherten tätig werden.

- 18 Vgl. zu Konvergenzprozessen zwischen GKV und PKV in der Vergangenheit Wasem (1995).

Literatur

- Beutelmann J (2001):** Verbesserung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung durch Verstärkung der Wechseloptionen zwischen PKV-Unternehmen; in: Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.): Zu den Wechseloptionen der PKV, PKV-Dokumentation Band 25, Köln, 79-117.
- Bohm S/Jacobs K/Reschke P (1996):** Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung; Graue Reihe der Hans-Böckler-Stiftung Band 111, Düsseldorf.
- Buchholz W/Edener B/Grabka M/Henke K-D/Huber M/Ribhegge H/Ryll A/Wagener H-J/Wagner G (2001):** Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken; DIW-Diskussionspapier Nr. 247, Berlin.
- Cassel D (2003):** Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf; in: Arnold M/Klauber J/Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart/New York, 3-20.
- Ebsen I/Greß S/Jacobs K/Szecsényi J/Wasem J (2003):** Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung; AOK im Dialog Band 13, Bonn.
- Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003):** Unterlagen zur Fachtagung "Leitlinien zum Umbau der Sozialsysteme – Orientierungspunkte einer grundlegenden Sozialstaatsreform", Berlin, 14. November 2003.
- Henke K-D/Johannßen W/Neubauer G/Rumm U/Wasem J (2002):** Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland; herausgegeben von der Vereinte Krankenversicherung AG, München.
- Herzog-Kommission (2003):** Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin, 29. September 2003.
- Jacobs K/Reschke P/Cassel D/Wasem J (2002):** Zur Notwendigkeit des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 140, Baden-Baden.
- Jacobs K (2003):** Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung; in: Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn, 7-20.
- Kerber W (1998):** Zum Problem einer Wettbewerbsordnung für den Systemwettbewerb; in: Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie Band 17, 199-230.
- Klingenberg D (2001):** Die Friedensgrenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, Ökonomische und metaökonomische Kriterien einer optimierten Aufgabenabgrenzung zwischen Sozial- und Individualversicherung, Regensburg.
- Knappe E/Arnold R (2002):** Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit; Gutachten im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München.

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

Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2003): Wachstumsfeld Gesundheit – 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik, Berlin.

Meyer U (2001): Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloption; in: Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.): Zu den Wechseloptionen der PKV, PKV-Dokumentation 25, Köln, 58-76.

Oberender P/Zerth J (2003): Bayreuther Manifest. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen; Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth, Bayreuth.

Pfaff M (1995): Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen: Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10/95, 12-20.

Postler A (2003): Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Fortschritt und medizinisch-technischem Fortschritt; Diskussionsbeitrag Nr. 298 der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Duisburg.

Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Scholz R (2001): "Mitgabe" der Altersrückstellung in der privaten Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers?, in: Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.): Zu den Wechseloptionen der PKV, PKV-Dokumentation 25, Köln, 9-56.

Sehlen S (2002): Gesundheitsmanagement in der privaten Krankenversicherung in Deutschland: Gestaltungsmöglichkeiten des privaten Krankenversicherungsschutzes zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, Bayreuth.

SPD (2003): Unser Weg in die Zukunft, Beschluss des SPD-Bundesparteitags vom 17.-19.11.2003 in Bochum.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum; Jahresgutachten 2002/2003.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren; Jahresgutachten 2003/2004.

Terhorst E (2000): Wahlfreiheit und Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung. Versicherungstechnische Grundlagen, vorhandene Beschränkungen und reformpolitische Lösungsansätze, Berlin.

Wasem J (1995): Gesetzliche und private Krankenversicherung – auf dem Weg zur Konvergenz?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4/95, 89-96.

Zweifel P/Breuer M (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems; Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Zürich.

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Klaus Jacobs (Jg. 1957), Dipl.-Volkswirt, seit März 2002 als Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) u.a. verantwortlich für den neuen Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“; vorher 14 Jahre Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin; Arbeitsschwerpunkte: Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf gesamt- und einzelwirtschaftlicher Ebene.



Sabine Schulze (Jg. 1976), Dipl.-Volkswirtin, 1996 - 2002 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und Arbeitsmarkttheorie. Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).