

Timm Genett

## Die Dualität von PKV und GKV: weltanschauliches Reizthema und gesundheitspolitisches Erfolgsmodell

### 1. Eine Leerstelle im Koalitionsvertrag

Die meisten Beobachter der Gesundheitspolitik hätten darauf gewettet, dass die Koalitionäre nach der Bundestagswahl Eckpunkte für ein PKV-Reformpaket beschließen würden, zumal mit Jens Spahn und Karl Lauterbach zwei Politiker die Koalitionsverhandlungen für den Gesundheitsbereich führten, die in den zwei Jahren zuvor durchaus öffentlichkeitswirksam Defizite der Privaten Krankenversicherung zum Thema gemacht hatten. Das Problem: SPD und CDU/CSU hatten für die Private Krankenversicherung (PKV) durchaus eine Agenda, allerdings jeweils eine andere – und in der Zielsetzung so diametral entgegengesetzt, dass eine Blockade am Ende eine Leerstelle im Koalitionsvertrag bewirkte. Insofern war auch 2013 – wie schon 2005f. – die PKV das Reizthema zwischen den beiden Koalitionspartnern, nur dass sie diesmal statt zäher monatelanger Verhandlungen sich auf ein Ausklammern der Thematik verständigten.

Diese koalitionspolitische Auseinandersetzung macht erneut deutlich: Nach dem Atomausstieg und dem Ende der Wehrpflicht scheint ausgerechnet die Gesundheitspolitik eines der letzten Themenfelder zu sein, in dem eine politische Fundamentaldebatte über das Pro und Contra einer Systemveränderung geführt wird. Dies verwundert regelmäßig dieje-

nigen, die auf die Ergebnisseite unseres Gesundheitssystems schauen und feststellen, dass mit dem internationalen Alleinstellungsmerkmal der Dualität von PKV und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) auch ein medizinisches Versorgungsniveau für alle einhergeht, das sich unter dem Maßstab des Zugangs zu medizinischen Leistungen und der individuellen Wahlfreiheit von der versorgungspolitischen Wirklichkeit anderer OECD-Länder positiv abhebt. Die Kritiker der Dualität haben freilich weniger ihre Ergebnis- als vielmehr ihre Konstruktionsseite im Blick:

- 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 Selbstständige. Angestellte genießen sie nur ab einem Einkommen oberhalb der gesetzlichen Versicherungspflichtgrenze. – Die Versicherungspflichtgrenze ist allerdings auch keine Erfindung der PKV, die sich seit Jahren vergeblich für eine Senkung einsetzt.
- Mit Blick auf die gesetzliche Versicherungspflicht der Mehrzahl der Bürgerinnen und Bürger ist der Dualität von GKV und PKV 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, vom Basistarif abgesehen, in allen Normaltarifen Risikoprüfungen durchführt, wird der PKV „Rosinenpickerei“ vorgeworfen. – Dieses Argument übersieht freilich, dass die Jungen und Gesunden, also die „guten Risiken“, in der Regel alle versicherungspflichtig in der GKV sind.

Die Kritik an der Konstruktionsseite der Dualität ist fast so alt wie die Dualität selbst. So sahen sich die Konstrukteure des deutschen Sozialstaates im Kaiserreich schon um die Jahrhundertwende mit der Forderung nach Einbeziehung immer weiterer Bevölkerungsgruppen in die 1883 geschaffene GKV konfrontiert, erteilten aber der Vision einer Volksversicherung eine klare Absage, da ihnen zufolge eine private Säule für die Funktionalität des Sozialstaats unverzichtbar war. Das Subsidiaritätsprinzip war für die Väter des deutschen Sozialstaates wie Vizekanzler

Posadowsky-Wehner die Grenze, die im Sinne der langfristigen Existenzfähigkeit gesetzlicher Sicherungssysteme nicht überschritten werden dürfe. Und auch später hielt der Sozialgesetzgeber an der dualen Konstruktion der Krankenversicherung mit einer gesetzlichen und einer privaten Säule fest – trotz aller Zäsuren in der deutschen Geschichte, bei denen tatsächlich ein Neustart im Sinne einer Volksversicherung immer wieder erörtert worden, aber auch immer wieder verworfen worden ist. Zur Abschaffung der PKV kam es allein unter der SED-Herrschaft in der DDR.

In den vergangenen zwölf Jahren hat sich die Kritik an der Konstruktionsseite der Dualität freilich in einem Modell zur Überwindung der Dualität verdichtet: der „Bürgerversicherung“. Für die Vertreter dieses Konzepts, vor allem SPD, Grüne und Linke, war dies zunächst ein rhetorischer Schachzug. Denn allgemein weckt der Begriff Assoziationen wie Bürgerrechte, bürgerliche Freiheit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung – kurzum: Freiheit von staatlicher Bevormundung. Dass es mit der bürgerlichen Freiheit in der Bürgerversicherung nicht weit her sein kann, hat sich freilich längst herumgesprochen, zielt sie doch auf die lückenlose Zwangsmitgliedschaft aller Bürgerinnen und Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung, die faktische Abschaffung der PKV als privatwirtschaftlicher Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz und damit schlicht auf „mehr Staat“.

Die Demaskierung ihrer etatistischen Antriebe allein konnte der Idee der Bürgerversicherung noch nicht viel anhaben, gilt ihren Befürwortern doch gerade der Staat als Garant der Solidarität. Nein, so richtig unbequem ist es für die Bürgerversicherung erst geworden, seit evident ist, dass sie keines ihrer Ziele erreichen kann und zugleich alles aufs Spiel setzen würde.

## 2. Die Krise der Bürgerversicherung

Die Entzauberung der Bürgerversicherungsidee begann mit dem Verlust ihrer Ziele und endete mit dem Austausch ihrer Begründungsmuster.

- **Verteilungsgerechtigkeit:** Ein ursprüngliches Ziel von Bürgerversicherung war die Optimierung der Umverteilungsgerechtigkeit im gesetzlichen Umlagesystem. Die bisherige Beitragsverschönerung höherer Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) sowie von Einkünften aus Kapitalanlagen und Vermietung galt als zu beseitigendes „Solidaritätsdefizit“. Seit dem Beschluss des SPD-Parteitag vom 6. Dezember 2011<sup>1</sup> ist diese Zielsetzung bekanntlich obsolet. Die BBG für Arbeitnehmer soll auf dem bisherigen Niveau beibehalten werden, die BBG für Arbeitgeber hingegen komplett entfallen. Damit entpuppen sich die Finanzierungsinstrumente der Bürgerversicherung als willkürliche Stellschrauben, die je nach koalitionspolitischen Opportunitäten bedient würden, aber keinen erkennbaren Bezug mehr zum einstigen Ziel der Belastungsgerechtigkeit haben.
- **Nachhaltigkeit:** Das Bürgerversicherungsziel einer nachhaltigen Finanzierung der GKV durch Einbeziehung vermeintlich „besserverdienender“ Privatversicherter ist schon seit Langem in seiner sozioökonomischen Grundannahme widerlegt. Die Hälfte der Privatversicherter hat ein Einkommen unter dem Durchschnittseinkommen; siebzig Prozent liegen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze. Dass die Bürgerversicherung keinen strukturellen Beitrag zur Senkung des Beitragssatzes der GKV zu leisten vermag, erkannte die

1 [http://www.spd.de/linkableblob/23182/data/beschlussbuch\\_bpt\\_2011.pdf](http://www.spd.de/linkableblob/23182/data/beschlussbuch_bpt_2011.pdf)

Hans-Böckler-Stiftung schon 2004, als sie eine Beitragssatzsenkung nach zehn Jahren um gerade einmal 0,2 Prozentpunkte prognostizierte.<sup>2</sup> Und blicken wir einmal über die kommenden Jahre hinaus auf die kommenden Jahrzehnte, dann ist die Überführung von Versicherten aus der kapitalgedeckten PKV in die umlagefinanzierte GKV angesichts des demografischen Wandels in jedem Fall ein Programm für Beitragserhöhungen zulasten der nachwachsenden Generationen.

- **Zwei-Klassen-Medizin:** Schließlich wollte die Bürgerversicherung eine angebliche „Zwei-Klassen-Medizin“ in Deutschland bekämpfen. Dabei dürfte gerade Deutschland unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit – also dem gleichberechtigten Zugang aller Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihren ökonomischen Mitteln zu einem gemeinsamen Versorgungssystem von Krankenhäusern und Ärzten sowie zum medizinischen Fortschritt – einen internationalen Spitzenplatz haben. Für die Akzeptanz der Bürgerversicherung muss es fatal sein, dass inzwischen sogar die Bundesärztekammer, namentlich Ärztepräsident Montgomery, den Spieß umgedreht hat und vor einer Zwei-Klassen-Medizin als zwingende Konsequenz der Bürgerversicherung warnt.<sup>3</sup>

Zu den drängenden Fragen der Gegenwart im deutschen Gesundheitssystem – Qualitätssicherung und flächendeckende medizinische Versorgung in einer alternden Gesellschaft – leistet die Bürgerversicherung ohnehin keinen Beitrag und hat dies auch nie beansprucht. Sie würde aber die medizinische Infrastruktur finanziell

2 Vgl. Pressemitteilung der Hans-Böckler-Stiftung vom 25.8.2004; [http://www.boeckler.de/1443\\_1477.htm](http://www.boeckler.de/1443_1477.htm)

3 <http://www.sueddeutsche.de/politik/deutscher-aerztetag-in-hannover-aerztepraesident-wirft-krankenkassen-verleumdung-vor-1.1682800>

schwächen, da sie das Gesundheitssystem auf eine weniger stabile – konjunkturabhängige und nicht demografiefeste – Finanzierungsbasis stellt und ihm zugleich erhebliche Finanzmittel entzieht, da die heute privat Versicherten einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag von 11 Mrd. Euro jährlich leisten. Den Verlust dieses Beitrags im Umlageverfahren zu kompensieren, ist ein unglaubliches Versprechen, das im Übrigen bei der GKV längst auf klare Ablehnung gestoßen ist. Darüber hinaus würde die Bürgerversicherung mit der von ihr geplanten Erhöhung der Lohnzusatzkosten die deutsche Wirtschaft im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe benachteiligen. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass die Idee der Bürgerversicherung seit geraumer Zeit auch auf erheblichen gesellschaftspolitischen Widerstand – insbesondere seitens der Leistungserbringer und der Wirtschaft – stößt.

Die Bürgerversicherung ist vor dem Hintergrund dieser vor allem 2012/2013 geführten Diskussion längst in Begründungsnotstand. Prominentester Ausdruck hierfür ist Karl Lauterbachs Erklärung, mit der Bürgerversicherung werde es zwar insgesamt teurer, dafür aber für ältere Privatversicherte billiger.<sup>4</sup> Ausgerechnet diejenigen, die sich jahrzehntelang der „Solidarität“ in der GKV entzogen haben, sollen sich im Alter von der Solidargemeinschaft der GKV subventionieren lassen? Nach dem Verlust der Ziele scheinen auch die Begründungen für die Bürgerversicherung immer willkürlicher zu werden.

### 3. Die neuen rhetorischen Figuren der Dualitätskritik

Parteilich mag die Bürgerversicherung nach wie vor ein wichtiges Mobilisierungs- und Integrationsvehikel sein.

Davon kündigen Parteiprogramme und Fraktionsanträge. Politische Ideen wählen innerparteilich am längsten – auch dann noch, wenn ihr gesellschaftliches Echo längst verhallt ist. Dass die Bürgerversicherung sich in diesem Stadium befindet, davon zeugt, dass sich einige ihrer Protagonisten – Seite an Seite mit anderen Gegnern der Privaten Krankenversicherung – seit geraumer Zeit alternativer Begriffe bedienen.

- **Konvergenz:** Der „Konvergenz“-These zufolge nähern sich die Systeme von GKV und PKV derart an, dass sie in absehbarer Zeit verschmelzen werden. Empirisch führen die Konvergenztheoretiker häufig das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und die Geltung der Rabatte gemäß § 130a und 130b SGB V für alle Versicherten an. Das abstrahiert dann doch völlig von den wesentlichen Systemunterschieden, von der Kalkulation der Beiträge bis hin zur Abrechnung der Leistungen. Ein Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse hat richtigerweise klargestellt: „Versuchen, hier einen erfolgsversprechenden Konvergenzprozess auf den Weg zu bringen, stehen die fundamentalen Unterschiede dieser beiden gewachsenen Systeme entgegen.“<sup>5</sup>

- **Einheitlicher Rechtsrahmen:** Den Fürsprechern des Einheitlichen Krankenversicherungsmarktes (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: „Wer einen einheitlichen Versicherungsmarkt will [...], der will die Bürgerversicherung“ (Karl Lauterbach)<sup>6</sup>.

- **Die Morbidität der PKV:** Diese rhetorische Figur will nahelegen, dass die PKV infolge vermeintlich unlösbarer Probleme (Beitragsentwicklung; Kapitalmarktkrise) ein Auslaufmodell sei, das sozialverträglich abgewickelt werden müsse.

Die drei Ansätze sind vor allem 2012 und 2013 häufig benutzt worden und haben den „Bürgerversicherungs“-Diskurs ein wenig in den Hintergrund gedrängt. Die politische Strategie dahinter ist aber ein und dieselbe: Die Existenz der PKV soll infrage gestellt werden.

Im folgenden sollen die rhetorischen Figuren „Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt“ und „Morbidität der PKV“ näher unter die Lupe genommen werden.

### 4. Ohne empirische Substanz: die These von der Morbidität der PKV

Wer ein Beispiel dafür sucht, wie der Mainstream der medialen Berichterstattung geradezu einmütig – bis auf wenige rühmliche Ausnahmen – die Realität auf den Kopf stellen kann, muss sich nur die PKV-Berichterstattung des ersten Halbjahres 2012 anschauen: vom Handelsblatt über den Spiegel bis zum Stern schaffte es die PKV nahezu wöchentlich auf den Titel bzw. auf eine erste Seite und immer war der Tenor ähnlich: Das Ende

4 ZDF-Sendung „Markus Lanz“, 25.7.2013

5 Wille, Hamilton, Graf von der Schulenburg, Thüsing: Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, a.a.O., S. 18.

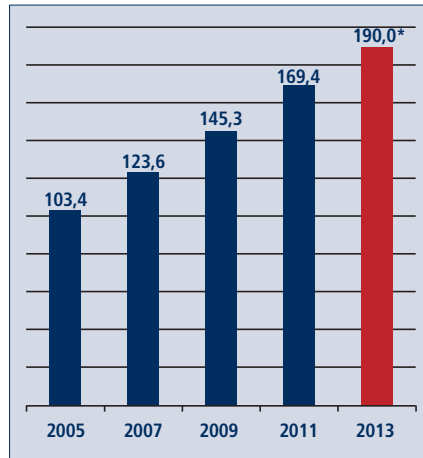
6 Rheinpfalz 15.3.2012.

# Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

naht! Die Dramaturgie der Artikel folgte der schieren Lust an einer komplett verkehrten Welt: Obwohl die PKV über dreißig Jahre kontinuierlich gewachsen ist und in diesem Zeitraum die Zahl der Vollversicherten mehr als verdoppelt hat; obwohl jeder diese Zahlen kennt und weiß, dass sie ohne Versicherungspflichtgrenze noch viel deutlicher zugunsten der PKV ausgefallen wären; kurzum: Obwohl alle objektiven Daten die Attraktivität der PKV belegen, kündeten die Artikel von einer wachsenden Unzufriedenheit Privatversicherter und von deren Wunsch nach einer Flucht zurück in die GKV. Andere Artikel wussten – ohne jeden Beleg – zu berichten, dass PKV-Unternehmen das Ende der Vollversicherung zur Unternehmensstrategie erhoben hätten. Der AOK-Bundesverband schließlich schaffte es mit der Behauptung an die Öffentlichkeit, dass die PKV zu wenig Alterungsrückstellungen gebildet habe.

Der Negativismus dieser Berichterstattung hat Folgen, insbesondere die Privatversicherten schauen auf die PKV als System, über das so viel Kritisches berichtet wurde, durchaus skeptisch. Zugleich ist aber im Zuge der Negativberichterstattung die Identifikation der Privatversicherten mit ihrem jeweiligen Unternehmen gestiegen, weil die persönliche Situation sich in der Regel von der medial beschriebenen Lage positiv unterscheidet. Die Substanzlosigkeit der Argumente des Morbiditätsdiskurses soll hier an ausgewählten Beispielen erläutert werden:

Dass die Kapitalreserven der Privaten Krankenversicherer im Zuge der Finanzmarktkrise angeblich wie das Eis in der Sonne schmelzen, mag als These zeitweise medialen Sensationswert gehabt haben. Tatsache ist: Die Alterungsrückstellungen für die Private Kranken- und Pflegeversicherung sind durch Zuführungen der Versicherten sowie durch Verzinsung im Jahr 2013 auf zuletzt 190 Mrd. Euro gestiegen.



**Höhe der Alterungsrückstellungen (in Mrd. Euro)**

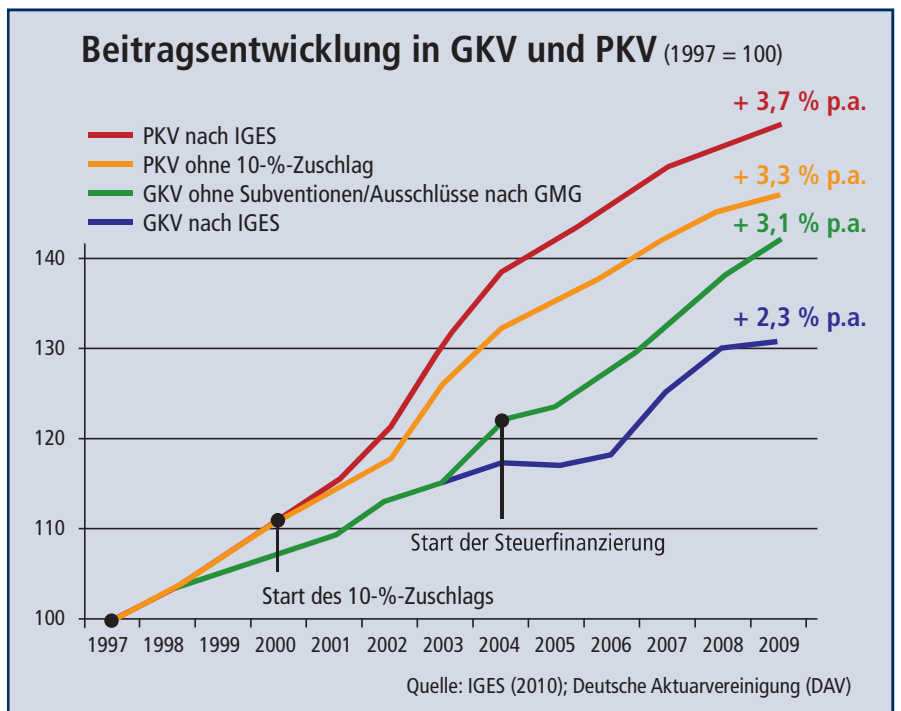
Die Niedrigzinsphase ist sicherlich für die Altersvorsorgesparer insgesamt ein Ärgernis. Sie mag allenfalls als kurzfristige Krisenstrategie funktional sein, muss aber mittelfristig wieder beendet werden. Daraus indes abzuleiten, das kapitalgedeckte Sicherungsmodell der PKV sei widerlegt, ist nicht nur falsch, sondern zugleich gefährlich, da derartiges Reden sich demotivierend auf die unverzichtbare private Altersvorsorge insgesamt auswirken kann. Tatsache ist, dass die

privaten Krankenversicherer zuletzt auf ihr Kapital eine Rendite von durchschnittlich 4,1 Prozent erzielt haben. Geheimnis dieses Erfolges ist schlicht, dass die Private Krankenversicherung eine lebenslange Bindung ist, die langfristige Kapitalanlagen ermöglicht, von deren Zinstiteln die Kunden gerade im aktuellen Umfeld profitieren.



**Höhe des Rechnungszinses (in Prozent)**

Ein beliebter Pseudoindikator im PKV-kritischen Diskurs für angeblich irreparable Systemprobleme ist die Bei-



tragsentwicklung. Vergleicht man indes die Beitragsentwicklung in GKV und PKV auf Basis einer IGES-Studie<sup>7</sup> und berücksichtigt Systemspezifika wie Leistungskürzungen und Steuersubventionen in der GKV sowie den „Zehn-Prozent-Zuschlag“ für den Aufbau einer zusätzlichen Reserve für die Kosten des medizinischen Fortschritts, dann stellt man fest, dass sich beide Systeme vergleichbar stabil in der Beitragsentwicklung verhalten. Die Beispiele mögen genügen, um den Wert der These von der Morbidität der PKV zu illustrieren. Ihr Reiz ist eine Art Umwertung der Werte: Die PKV, die im allgemeinen Bewusstsein regelmäßig als leistungsstärker wahrgenommen wird und deshalb immer wieder als Privileg vermeintlich Besserverdienender skandalisiert worden ist, sollte nunmehr als marodes, sozialstaatlicher Rettungsschirm bedürftiges und damit gescheitertes System dargestellt werden. Die These von der unheilbaren Systemkrise ist durchschaubar ideologiegeleitet, zumal ihre Wortführer sich in der Regel der im Krisendiskurs implizit enthaltenen verbraucherpolitischen Agenda verweigern, solange sich Lösungsvorschläge im bestehenden dualen System bewegen, und exklusiv auf eine postduale Systemtransformation als Lösungsstrategie setzen. So etwa der Verbraucherzentrale Bundesverband in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung im Mai 2013<sup>8</sup>. Ein Verbraucherschutz, der nicht auf die Durchsetzung und Erweiterung bestehender Versichertenrechte, sondern auf ihre Beseitigung setzt, stellt sich indes selbst infrage.

7 Albrecht, de Millas, Hildebrandt, Schliwen, Rürup: Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, Berlin 2010.

8 Vgl. den „Zehnpunkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung“ vom 13.5.2013 unter <http://www.vzbv.de/11583.htm>

Der Hinweis auf unlautere Skandalisierungen soll somit auch keinesfalls suggerieren, dass es in der PKV keine verbraucherpolitisch relevanten Probleme gäbe. Im Gegenteil: Der PKV-Verband prüft bereits seit einiger Zeit auf Basis der Beschwerden beim Ombudsmann als auch mit Blick auf die gesellschaftspolitische Diskussion Verbesserungsbedarf. Dabei ist eine Reformagenda entstanden, deren Erfüllung teils von den Unternehmen selbst zu leisten ist, teils aber auch gesetzlicher Flankierungen bedarf.

### 5. Die PKV-Reformagenda

#### a) Sicherstellung einer stabilen Beitragsentwicklung

In den neunziger Jahren hatte die „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung steigender Beiträge Privatversicherter im Alter“ unter Vorsitz von Jürgen Wasem festgestellt, dass im damaligen Kalkulationsmodell der PKV zwar die Mehrkosten infolge der Alterung vorfinanziert werden, nicht aber die Mehrkosten des – unbekanntes und daher schwer zu kalkulierenden – medizinischen Fortschritts.<sup>9</sup> Die damit regelmäßig notwendige Nachfinanzierung der Fortschrittskosten führte nach Erkenntnis der Kommission zu überproportional hohen Beitragsanpassungen gerade bei Älteren, weil hier kurzfristig der Topf mit den Alterungsrückstellungen aufgefüllt werden musste, um das Äquivalenzprinzip der PKV zu erfüllen, wonach die Summe aller Leistungsausgaben immer gleich der Summe aller Beitragseinnahmen zuzüglich der Alterungsrückstellung sein muss. Das sogenannte Altenproblem in Verbindung mit dem skizzierten Fortschrittsproblem ist durch gesetzliche Maßnahmen von SPD und Grünen 1999/2000 weitgehend gelöst bzw. gemildert worden.<sup>10</sup>

9 Vgl. BT-Drucksache 13/4945.

10 GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Drucksache 14/1977.

Rot-Grün setzte damals eine Reihe von Reformvorschlägen der Wasem-Kommission um:

- die Einführung eines 10-Prozent-Zuschlages auf den Beitrag zur Vorfinanzierung des medizinischen Fortschritts, der sich nach Einschätzung der Deutschen Aktuarvereinigung zwar erst in Zukunft, nämlich für die Versichertenbestände, die den Zuschlag über mehrere Jahrzehnte gezahlt haben werden, dann aber spürbar in seiner beitragsstabilisierenden Wirkung niederschlagen wird;
- die sofortige Verwendung von 90 Prozent der Überzinsen zugunsten der Beiträge der über 65-Jährigen zur Glättung der Beiträge im Alter, die auch tatsächlich das Altenproblem weitgehend gelöst hat, insofern die Prämien der über 65-Jährigen danach im Durchschnitt lediglich zwischen 1 bis 2 Prozent pro Jahr stiegen.<sup>11</sup>

Es ist weitgehend Konsens, dass vierzehn Jahre nach der erfolgreichen rot-grünen Beitragsreform in der PKV einige problematische Stellen nachzusteuern sind: Ist der 10-Prozent-Zuschlag zur Vorfinanzierung des medizinischen Fortschritts ausreichend? Sollte er zugunsten der Bestände in den Altern 50 bis 65 Jahre flexibler eingesetzt werden? Reicht angesichts der Niedrigzinsphase der knapper gewordene Überzins oberhalb der Verzinsung von 3,5 Prozent (gesetzlicher Höchstrechnungszins) noch aus, um die Beiträge im Alter weiterhin wirkungsvoll zu glätten, oder sollte nicht in kleinen Schritten der Rechnungszins gesenkt werden, um so zu mehr Überzinsen zu gelangen? Diese Optionen bedürften ebenso der Flankierung durch den Gesetzgeber wie die überfällige Verstärkung der Beitragsanpassungen

11 Vgl. Roland Weber, Tania Owono: Zu den Altersbeiträgen in der Privaten Krankenversicherung, in G+S 3/2010.

in der PKV, deren Mechanismen häufig zu versichertenunfreundlichen Sprüngen führen.

### b) Angebot bezahlbarer Tarifalternativen

Hilfebedürftige PKV-Versicherte haben einen Anspruch auf einen mit der GKV vergleichbaren Krankenvollversicherungsschutz ohne eigene Beitragslast: den Basistarif. Gerade die PKV als System der Eigenverantwortung muss aber auch Alternativen für Menschen anbieten, die von der Beitragshöhe überfordert, aber nicht hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches sind. Dazu hat sie zwei Instrumente: Erstens das Tarifwechselrecht nach § 204 VVG sowie individuelle tarifliche Vereinbarungen, wobei freilich die Umsetzung des Tarifwechselrechts durch die PKV-Unternehmen durch mehr Transparenz noch deutlich verbessert werden kann. Zweitens gibt es mit dem Standardtarif in der PKV einen funktionierenden Sozialtarif für langjährig Versicherte, die entsprechende Alterungsrückstellungen mitbringen und damit eine in der Regel deutliche Beitragssenkung erzielen. Er sollte auch für Versichertenzugänge seit dem 1.1.2009 wieder geöffnet werden.

Neben dem zentralen Versichertenanliegen eines bezahlbaren Versicherungsschutzes in allen Lebenslagen hat sich die Branche in ihrer Reformagenda mit weiteren verbraucherpolitischen Reformthemen auseinandergesetzt: Sie hat die Einführung der Unisex-Tarife Ende 2012 zu einer neuen Definition von Mindestschutz auf jeder Wahlleistungsebene genutzt, die den Versicherungsschutz insbesondere bei der Versorgung mit Hilfsmitteln und Psychotherapie verbessert. Sie hat sich 2012 für eine Deckelung der Provisionen stark gemacht, die dann auch vom Gesetzgeber umgesetzt wurde und in ihrer Wirkung noch zu evaluieren ist. Und

sie steht im konstruktiven Dialog mit der Ärzteschaft über eine Novellierung der veralteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Kurzum: Es ist kein Problem der PKV erkennbar, das nicht systemimmanent gelöst werden kann. Gleiches gilt im Übrigen auch für die GKV. Grundsatz der Dualität muss nur weiter sein, dass beide Systeme ihre Probleme nicht zulasten des jeweils anderen lösen.

Eine andere und in jüngster Zeit intensiver diskutierte Frage ist, ob GKV und PKV einen vergleichbaren oder gar besseren Output für das deutsche Gesundheitssystem leisten könnten, wenn sie unter identischen Wettbewerbsbedingungen antreten müssten. Das versprechen ja die Vordenker eines „einheitlichen“ oder „integrierten Krankenversicherungsmarktes“, die die Dualität unter wettbewerbpolitischen Gesichtspunkten für untragbar halten. 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.

## 6. Die Illusion vom Wettbewerbspotenzial des einheitlichen Krankenversicherungsmarktes

Dem Wettbewerb werden zu Recht einige segensreiche Funktionen zugeschrieben: Die Konkurrenz der Anbieter um die Gunst der Käufer prämiert innovative

Ideen und kostengünstige Produktion und sorgt damit für die bestmögliche Versorgung. 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 indes 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.

- **Existenzminimum:** Die Krankenversicherung zählt in Deutschland zum Existenzminimum. Alle Bürgerinnen und Bürger haben einen Rechtsanspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung unabhängig von ihren ökonomischen Möglichkeiten.
- **Einheitliche Preise und Leistungen:** Das Leitmotiv einer ausreichenden Versorgung für alle zu bezahlbaren Preisen 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. Es gibt keine Preisbildung in Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage.
- **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 dersel-

ben Kompetenz beurteilen wie bspw. Produkte der elektronischen Unterhaltungsindustrie. Die Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringer und Patient erschweren den Qualitätswettbewerb.

Spezifisch für die GKV gilt:

- **Gesetzliche Versicherungspflicht:** Die gesetzliche Versicherungspflicht (nicht identisch mit der „Pflicht zur Versicherung“) in der GKV erzwingt einkommensabhängige Pflichtbeiträge an eine Krankenkasse. Der damit verbundene Einkommensausgleich sowie der Risikostrukturausgleich führen – zumal angesichts des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes – 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.
- **Kaum kassenindividuelle Spielräume:** Der Spielraum für Wettbewerb reduziert sich auf besondere Versorgungsformen und Rabattverträge. Die marktbeherrschenden großen Kassen können 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.
- **Systemgrenzen des Leistungswettbewerbs:** Dem viel beschworenen 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 zulasten 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 Alterungsrückstellungen 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.

Solange es keine Lösung für diese strukturellen und zugleich keinesfalls beliebigen, sondern sozialpolitisch gewollten 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 das Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitssystems verschlechtern und dem Entstehen einer echten Zwei-Klassen-Medizin den Weg bereiten würde.

### 7. Gut für die Versorgung: der Systemwettbewerb von GKV und PKV

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 Ange-

## Gesetzliche und/oder Private Krankenversicherung

bot 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 Studie des Wissenschaftlichen Institutes der PKV (WIP)<sup>12</sup> hat unlängst empirisch belegt, 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:

<sup>12</sup> Verena Finkenstädt, Frank Niehaus: Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick, Köln 2013.

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“.

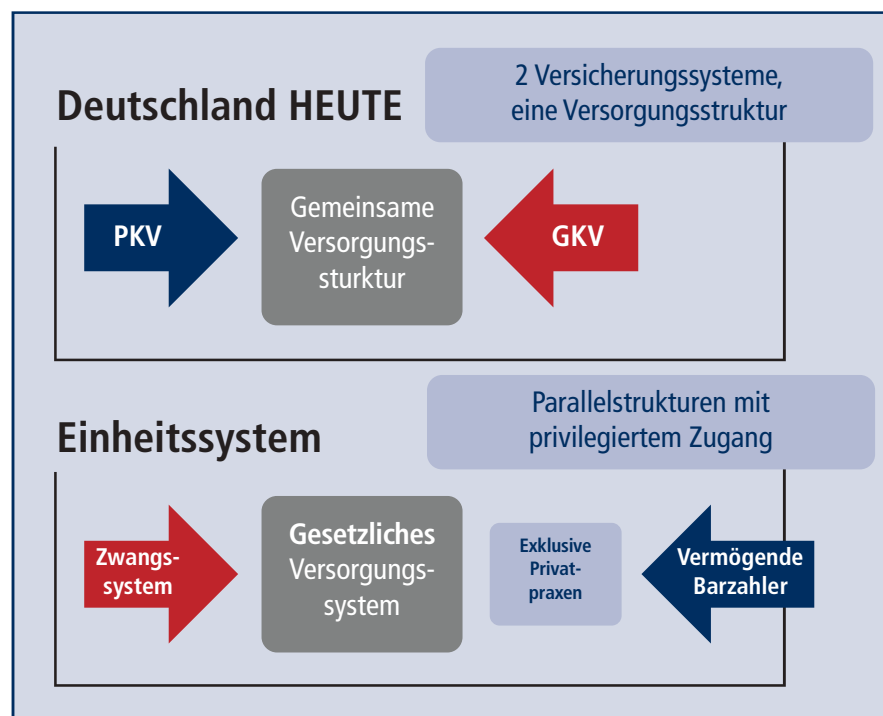
In Deutschland erweist sich indes der Systemwettbewerb von PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungs-

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

### 8. Gute Gründe für den Systemwettbewerb von PKV und GKV

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 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 eine permanente wechselseitige Korrektivfunktion. Davon profitieren am Ende alle Versicherten, egal ob PKV- oder GKV-versichert.

- **Hohes Versorgungsniveau dank Dualität:** Das im internationalen Vergleich (insbesondere mit Einheitssystemen der OECD-Welt) ausgezeichnete Versorgungsniveau 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 Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“<sup>13</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, zumal so Versorgungsunterschiede möglich und zugleich transparent sind – und damit begründungspflichtig werden. 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 zutage tritt.

- **Stärkung der Eigenverantwortung:** Die Wahlmöglichkeit einer substitutiven Krankenversicherung in der PKV stärkt zugleich das Prinzip der kollektiven und individuellen Eigenverantwortung (generationengerechte Finanzierung, Verzicht auf Subvention, Selbstbehalttarife) und somit Prinzipien, die mit Blick auf die zukünftige Leistungsfähigkeit des Sozialstaates Schlüsselfunktionen haben.

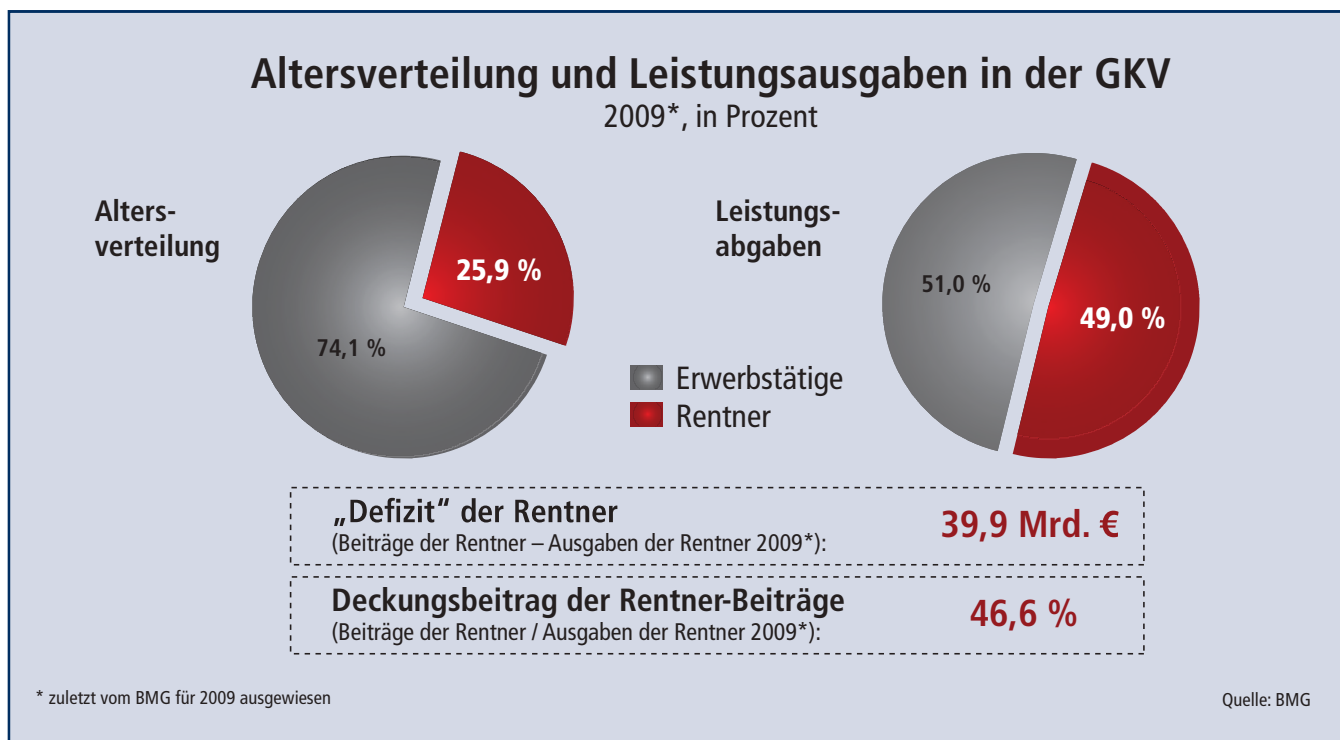
- **Ideenwettbewerb:** Systemwettbewerb heißt aber auch Ideenwettbewerb. Ideenwettbewerb dient der Optimierung des Gesamtsystems, wie das Beispiel der von der PKV realisierten „aufsuchenden Pflegeberatung“ zeigt. Das Potenzial des Ideenwettbewerbs wird bislang aber nur unzureichend ausgeschöpft, zum 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 konjunktur-

anfällige, das niemals könnte. Wer den Systemwettbewerb in der Krankenversicherung hingegen wegen seiner historisch gewachsenen, berufsständischen Konstruktion überwinden will, stellt mit dieser Argumentation zugleich auch das Nebeneinander von gesetzlicher Rentenversicherung und berufsständischen Versorgungswerken in der Altersvorsorge infrage. 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 zulasten der jungen Generation, verschärfen.

- **Mehr Kapitaldeckung im demografischen Wandel:** Der Systemwettbewerb vermehrt die Gestaltungsoptionen im demografischen Wandel: Die Ausgaben für Gesundheit und Pflege sind stark altersabhängig. Heute stellt die „Krankenversicherung der Rentner“ ein Viertel aller GKV-Versicherten. Für dieses Viertel werden 50 Prozent der Leistungsausgaben aufgewendet. Gleichzeitig finanziert dieses Viertel aller GKV-Versicherten aber mit den einkommensabhängigen Beiträgen auf die Alterseinkünfte weniger als 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 Mil-

<sup>13</sup> Tagesspiegel, 1.7.2008.



tionen abnehmen. Ein Erwerbstätiger wird dann auf einen Rentner kommen. Dieser demografische Wandel ist programmiert. Das Umlageverfahren wird dann an Grenzen stoßen. Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik, im demografischen 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 demografischen Wandels von immer größerer Bedeutung ist.

Ein einheitlicher Markt von GKV und PKV indes würde nach Maßgabe des politischen Realismus per Mehrheitsanpassung die Strukturen der GKV von heute neunzig auf dann hundert Prozent der Bevölkerung erweitern. Die Einbeziehung der PKV in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) aber kann 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 Funktionen des heutigen Systemwettbewerbs würden dann unwiederbringlich verloren gehen – und mit ihnen 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. 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.

**Autor:**

**Dr. Timm Genett**

**Geschäftsführer**

**Verband der privaten Krankenversicherung e. V.**

**Friedrichstraße 191**

**10117 Berlin**

**E-Mail [Timm.Genett@pkv.de](mailto:Timm.Genett@pkv.de)**