

Dr. Thomas Drabinski

Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel

Das duale Kranken- versicherungssystem in Deutschland: Status quo und Ausblick

1.	Einleitung	98
2.	Grundsätzliche Systemunterschiede in Bezug auf den Versichertenkreis	100
3.	Die GKV in Deutschland	101
4.	Die PKV in Deutschland	105
5.	Bürgerversicherung in Deutschland?	108
6.	Reformierte Dualität als Alternative	110

Trotz zahlreicher gesetzlicher Anpassungen im deutschen Krankenversicherungsrecht konnten bislang die Probleme in den Systemen von GKV und PKV nicht gelöst werden. Es kann von Markt- und Staatsversagen gesprochen werden. Dieser Artikel stellt dar, warum es in den nächsten Jahren in Deutschland zu Engpässen in der Finanzierung kommen wird, warum das Modell der Bürgerversicherung nicht zur Lösung der drängendsten Probleme beitragen kann und wie das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland reformiert werden muss, damit auch in Zukunft die Gesundheitsversorgung der Menschen auf hohem Niveau bleibt.

1. Einleitung

Das duale Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) besteht in Deutschland im Wesentlichen seit der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg und wurde in den letzten 50 Jahren mehrfach an der sogenannten „GKV/PKV-Systemgrenze“ verändert. Seit Mitte der 60er Jahre haben rund 150 wichtige Gesetz- und Verordnungsgebungen überwiegend das Recht der gesetzlichen und in Teilen auch das Recht der privaten Krankenversicherung geprägt. In nahezu jeder Legislaturperiode des deutschen Bundestages hat es mehrere Gesundheitsgesetze und Verordnungen gegeben, durch die die Finanzierungs- und Ausgabenstruktur der GKV verändert wurde.

Dabei haben sich die jeweils für die Gesundheitspolitik zuständigen Bundesministerien⁷³ in den letzten 50 Jahren in der politischen Verantwortlichkeit abgewechselt: Sowohl in der zeitlichen politischen Besetzung als auch in der politischen Verantwortlichkeit waren die Gesundheits-Gesetzgebungen paritätisch zwischen CDU/CSU und SPD verteilt, Grüne und FDP kommen im selben Zeitraum auf jeweils drei Jahre.

Insgesamt waren es vor allem 17 von insgesamt über 150 Gesundheitsreformen, die den heutigen Charakter der GKV und der PKV geprägt haben:⁷⁴

- 12.06.1956: Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner
- 27.07.1969 Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung
- 21.12.1970 Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz – 2. KVÄG)
- 27.06.1977 Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung)

73 Bundesminister für Gesundheitswesen (bis 1969), Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1986), Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (bis 1991), Bundesministerium für Gesundheit (bis 2002), Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (bis 2005), Bundesministerium für Gesundheit (derzeit gültiger Name).

74 Vergleiche hierzu AOK-Bundesverband (2012), Bundesministerium für Arbeit (1952–1956), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957–1974), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1967–1991), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1975–2001), Bundesministerium für Gesundheit (1992–1999), Forum Gesundheitspolitik (2012), Gesetzes-Internetseiten (2012), Steffen (2011).

- 20.12.1988 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG)
- 21.12.1992 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG – Gesundheitsstrukturgesetz)
- 01.11.1996 Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG)
- 19.12.1998 Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG)
- 22.12.1999 Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)
- 22.12.1999 Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 10.12.2001 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 23.12.2002 Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG)
- 14.11.2003 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
- 26.03.2007 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
- 15.12.2008 Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)
- 22.12.2010 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
- 22.12.2011 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

2. Grundsätzliche Systemunterschiede in Bezug auf den Versichertenkreis

Die Systemgrenze zwischen GKV und PKV beschreibt ein Krankenversicherungssystem, nach dem sich nicht alle Personengruppen in der PKV versichern dürfen. Zu den PKV-Versicherten zählen vor allem drei Gruppen:

1. Beamte, Pensionäre (Beamte im Ruhestand) sowie deren Ehepartner und Kinder (sogenannte „Beihilfeberechtigte“)
2. Abhängig Beschäftigte (Angestellte und Arbeiter) mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (derzeit: 4.350 € im Monat / 52.200 € im Jahr)
3. Selbstständige und Freiberufler

Im Jahr 2012 gab es in der PKV 8.956.300 krankenvollversicherte Personen.⁷⁵ In der GKV sind vor allem abhängig Beschäftigte mit Einkommen unter 52.200 € im Jahr sowie Rentner und deren Ehepartner und Kinder versichert. Im Jahr 2012 waren in der GKV 69.704.323 Personen versichert.⁷⁶

Die Finanzierung der GKV erfolgt über einen bundesweit festgelegten Beitragsatz (derzeit 15,5 %), der bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (derzeit: 3.937,50 € im Monat / 47.250 € im Jahr) erhoben wird. Von den 15,5 % tragen Arbeitgeber und gesetzliche Rentenversicherung 7,3 Prozentpunkte, abhängig Beschäftigte und Rentner 8,2 Prozentpunkte. Nichterwerbstätige Ehepartner und Kinder sind in der GKV-Familienversicherung beitragsfrei (= kostenlos) mitversichert. Alle GKV-Versicherten erhalten denselben Leistungskatalog bereitgestellt.⁷⁷

In der PKV werden die Krankenversicherungs-Prämien nach Gesundheitsrisiko, Alter, Selbstbehalt und Leistungskatalog differenziert kalkuliert.⁷⁸ Hieraus ergeben sich Prämiendifferenzen, die von monatlich 100 € (sogenannte Billigtarife mit hohen Selbstbehalten) bis hin zu über 1.000 € monatlich reichen. Die Prämien werden je PKV-Versicherter gezahlt, d.h., Kinder und Ehepartner sind nicht bei-

⁷⁵ Vergleiche PKV-Verband (2013).

⁷⁶ Vergleiche BMG (2013). Etwas mehr als 10 % der GKV-Versicherten könnten sich theoretisch in der PKV versichern, nehmen diese Option aber nicht in Anspruch.

⁷⁷ Einige gesetzliche Krankenkassen bieten zusätzlich kostenlos sogenannte Satzungsleistungen an (z.B. Homöopathie).

⁷⁸ Bis Ende 2012 wurde die Prämie auch nach Geschlecht differenziert kalkuliert, was durch Europäische Gesetzgebung seit 2013 allerdings nicht mehr zulässig ist.

tragsfrei mitversichert. In der PKV werden Alterungsrückstellungen gebildet, die im Rentenalter zur Stabilisierung der Prämien wieder aufgelöst werden (derzeit rund 170 Mrd. €).

Die medizinische Versorgung von GKV- und PKV-Patienten erfolgt im Wesentlichen in derselben Infrastruktur. Im ambulanten Bereich gibt es allerdings zwei verschiedene Vergütungssysteme: In der GKV wird der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab) angewandt, in dem Preise und Mengen budgetiert, d.h. die Ausgaben reguliert sind. In der PKV wird die GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) angewandt, deren Ausgaben nicht reguliert sind.

Die Abrechnung nach EBM erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip (der Patient sieht keine Rechnung) zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung (je Bundesland) bzw. zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung. Die Abrechnung nach GOÄ bzw. GOZ (= Gebührenordnung für Zahnärzte) erfolgt nach dem Kostenerstattungsprinzip, d.h., der Patient erhält die Rechnung, muss diese gegenüber dem Arzt und Zahnarzt begleichen und bekommt die Kosten von seinem PKV-Unternehmen erstattet.⁷⁹

3. Die GKV in Deutschland

Bei der Gesetzgebung der GKV ist in den letzten 50 Jahren ein konsistenter politischer „Masterplan“ in Bezug auf eine nachhaltige Perspektive für das deutsche Gesundheitssystem nicht zu erkennen. So wurden im Zuge der Gesetzgebungsprozesse beispielsweise Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, kurze Zeit später wieder ausgeschlossen (und umgekehrt). Zur Finanzierung der GKV-Ausgaben wurden Rentner teilweise von der Finanzierung freigestellt, dann wieder berücksichtigt. Einkünfte werden teilweise von der Beitragspflicht freigestellt, dann wieder einbezogen. In anderen Fällen übernimmt der Bundeshaushalt die Finanzierung (sogenannte versicherungsfremde Leistungen). Auch die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, für die die Bundesländer zuständig sind, unterliegt im Zeitablauf Schwankungen und ist zudem im Bundeslandvergleich zum Teil unterschiedlich intensiv ausgeprägt. Insgesamt führten die GKV-Gesetzgebungen der letzten 50 Jahre vor allem aber zu einem Aufbau einer Gesundheits-Bürokratie.

79 Beamte und Pensionäre erhalten einen großen Teil der Rechnung von der zuständigen Beihilfestelle erstattet, den Rest vom PKV-Unternehmen.

Die Gesundheitsgesetze der letzten 50 Jahre haben zudem ein Muster in den Ausgabenstrukturen einzelner Versorgungsbereiche hinterlassen. So hat die Kostendämpfungspolitik zum Beispiel im Arzneimittelmarkt immer wieder zu einem Auf und Ab bei den Arzneimittel-Ausgaben geführt. Bei der Analyse der Zeitreihen ist zu erkennen, dass Gesetzgebungen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben knapp zwei Jahre wirken.⁸⁰ Allerdings ist der langfristige Trend der GKV-Arztneimittelausgaben leicht progressiv, bei Rentnern stärker progressiv.

Eine übergeordnete gesundheitspolitische Strategie zur Regulierung des Leistungskatalogs und zur dauerhaften Stabilisierung der GKV-Finanzierung ist in Deutschland nicht zu erkennen. Gesetzliche Regelungen ergeben sich in der Regel als kurzfristige Intervention des Gesetzgebers, um ein GKV-Defizit⁸¹ zu verhindern. Erste nennenswerte GKV-Defizite wurden in den 80er Jahren beobachtet. Deutlicher wurden die Defizite in den 90er Jahren und in den Jahren 2001–2003. In der Zeit danach wurden deutliche Überschüsse erwirtschaftet. Erst mit der Einführung des Gesundheitsfonds durch das GKV-WSG kam das GKV-System wieder in ein kleines Defizit, seit 2011 werden wachsende Überschüsse generiert, da der bundesweit einheitliche Beitragssatz viel zu hoch angesetzt ist und gleichzeitig steigende Steuersubventionen der GKV bereitgestellt werden.

Widersprüchlich ist die deutsche Gesetzgebung in Bezug auf den „Wettbewerb“ in der GKV. Bei den gesetzlichen Krankenkassen wurde Wettbewerb durch Öffnung der Krankenkassen (gesetzlich Versicherte können ihre Krankenkasse nahezu frei wählen) eingeführt, durch Risikostrukturausgleiche weiter ausgebaut, mit morbiditätsorientierten Ansätzen wieder eingeschränkt und schließlich durch die Einführung des Gesundheitsfonds wieder abgeschafft.

Der Gesundheitsfonds wurde mit dem GKV-WSG zum 1. Januar 2009 eingeführt und stellt einen grundlegenden Strukturbruch für die GKV dar. Denn seit 2009 wurde mit dem Gesundheitsfonds ein gesundheitspolitisches Regime jährlicher Umverteilungsinterventionen implementiert, das im Endeffekt einen Prozess hin zu einer Einheitskasse bewirkt. Der Prozess hin zu einer Einheitskasse wird durch Verknüpfung des Gesundheitsfonds mit einem sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“) umgesetzt, wonach die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen seit Ende 2008 um rund 40 % zurückgegangen ist. Der Prozess wird durch die Art und Weise der staatlichen Regulierungs- und Aufsichtspolitik (Bundesversicherungsamt und zuständige Bundesministerien) befördert. Die Idee des Gesundheitsfonds wurde seinerzeit aus den Niederlanden nach Deutschland „importiert“.

⁸⁰ Vgl. IfMDA (2012).

⁸¹ Ein Defizit errechnet sich insgesamt als Summe aller GKV-Einnahmen abzüglich GKV-Ausgaben (inklusive aller Ausgleichs und Verrechnungen).

Neben den Ausgaben für die ambulante Versorgung und für Arzneimittel sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen der größte GKV-Ausgabenblock.⁸² Allein die Krankenhausaussgaben für Rentner übersteigen die Gesamtausgaben für die ambulante Versorgung (Rentner und Nichtrentner) um 6,73 Mrd. € (2012). Seit Anfang der 90er Jahre hat sich zudem (demografisch und versorgungsstrukturell getrieben) die Ausgabenchere für Krankenhausbehandlungen zwischen Rentnern und Nichtrentnern geöffnet: Während 1991 die Ausgaben mit knapp über 14 Mrd. € noch nahezu identisch waren, überschießen 2012 die Rentner-Ausgaben die Nichtrentner-Ausgaben um 10,18 Mrd. €. Anscheinend hat sich in den letzten 20 Jahren die Versorgung kranker Rentner verstärkt ins Krankenhaus verlagert, was im Vergleich zur PKV einen versorgungsseitigen Unterschied zwischen den beiden Systemen in Deutschland beschreibt.

Über alle Ausgabenbereiche hinweg verteilen sich die Leistungsausgaben zwischen Rentnern und Nichtrentnern allerdings nahezu paritätisch (Rentner und deren Familienangehörige stellen 25,7 % der GKV-Versicherten). Die GKV-Leistungsausgaben (ohne Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen) folgen im Zeitverlauf insgesamt einem stetig wachsenden linearen Trend, mit einer Niveau-Verschiebung durch die deutsche Wiedervereinigung. In 2012 wird ein Ausgabenniveau von 171,17 Mrd. € erreicht. Zuzüglich der Verwaltungskosten der Krankenkassen und der sonstigen Ausgaben der GKV belaufen sich die GKV-Gesamtausgaben 2012 auf 181,52 Mrd. €.

Bestimmende Größe für die GKV-Einnahmen ist der Beitragssatz, über den rund 90 % der GKV-Gesamteinnahmen im Gesundheitsfonds generiert werden. Der GKV-Beitragssatz ist seit Beginn der 60er Jahre über die Jahrzehnte hinweg konstant gestiegen. Dies ist ein Kennzeichen dafür, dass die Ausgabenentwicklung stärker als die Entwicklung der Bemessungsgrundlage ist und damit das morbiditätsbedingte Ausgabenwachstum höhere Wachstumsraten hat als das Wachstum der Löhne, Gehälter und Renten. Grund hierfür ist vor allem die Alterung der GKV-Versichertenstruktur (steigende Zahl der Rentner, rückläufige Zahl in den jungen Altersklassen) sowie der medizinisch-technische Fortschritt.

Seit 1992 ist der Höchstbeitrag zur GKV (Beitragssatz multipliziert mit der Bemessungsgrundlage bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze) um 78 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum sind zum Vergleich die GKV-Gesamtausgaben um 69 % gestiegen, d.h., der Höchstbeitrag für Einkommensstarke ist stärker als das Ausgabenniveau gestiegen. In der GKV nimmt daher die Einkommensumverteilung zu Lasten der Erwerbstätigen und zu Gunsten der Rentner immer weiter zu. So steigt die Beitragslast der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) kontinuierlich

82 Vergleiche Bundesministerium für Arbeit (1952–1956), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957–1991), Bundesministerium für Gesundheit (1992–2010), IfMDA (2012).

an, seit 2007 überdurchschnittlich. Im Jahr 2012 beläuft sich die Beitragslast auf 109,41 Mrd. €. ⁸³

Die Beitragslast der Rentner steigt hingegen seit Jahrzehnten mit einer geringen Rate und beläuft sich 2012 auf rund 37,45 Mrd. €. Im Abgleich mit den Rentner-Ausgaben finanzieren Rentner (und gesetzliche Rentenversicherung) im Jahr 2012 nur noch rund 45,1 % (= Deckungsbeitrag) ihrer Ausgaben selbst. Ursprünglich war eine Deckungsquote von 80 % avisiert.

Die GKV wird wegen der in den nächsten 20 Jahren bevorstehenden demografischen Veränderungen (die geburtenstarken Jahrgänge treten in die Ruhestandsphase ein) als ein System ohne Nachhaltigkeitsperspektive angesehen. Wegen der starren und sehr langsamen politischen Prozesse gilt die GKV auch als ein System ohne Selbstheilungskräfte. Deutlich wird dies am Generationenkonflikt zwischen Rentnern und Nichtrentnern, der sich seit Mitte der 60er Jahre trotz rund 150 wichtiger Gesetzes- und Verordnungsgebungen verschärft hat. Denn seit Ende der 60er Jahre wurde das GKV-Umlageverfahren in jeder Legislaturperiode zu Lasten der nachwachsenden Generationen und zu Gunsten der Rentner-Generationen weiterentwickelt. Eine fehlspezifizierte GKV-Beitragsbemessungsgrundlage hat ebenso wie die Beitragsfreiheit von nicht erwerbstätigen Ehepartnern dazu geführt, dass sich der Höchstbeitrag in der GKV in den letzten 20 Jahren verdoppelt hat.

In den letzten 50 Jahren haben sich in der GKV stetig Gesundheitsbürokratie-Mechanismen aufgebaut: Die damit verbundenen Bürokratiekosten belaufen sich mittlerweile auf geschätzte 23 % der GKV-Ausgaben. Simultan verpuffen die mit den Gesundheitsreformen induzierten Ausgabenbegrenzungen (vor allem Leistungsausschlüsse und Preis- und Mengen-Regulierungen) bereits nach kurzer Zeit. Das Sozialgesetzbuch Fünf als Grundlage der GKV ist zu einem Sammelsurium ordnungs- und parteipolitischer Ideen, Kompromisse und Gesundheitsmythen geworden.

Alle bisherigen Gesundheitsgesetze sind als Versuch zu verstehen, Antworten auf die zum jeweiligen Zeitpunkt diskutierten Finanzierungsprobleme der GKV zu finden. Langfristige Strategien sind selten – und wenn dann kaum ausgeprägt zu finden. Auch wirken sich echte GKV-Strukturveränderungen wie der Gesundheitsfonds nachteilig auf Wettbewerb und Wahlfreiheit aus, da die Krankenkassen in die Einheitskasse konvergieren. Steigende Steuersubventionen in der GKV erhöhen versorgungsseitig den Druck in Richtung Staatsmedizin, gekoppelt mit Rationalisierungen (z.B. Wartezeiten).

⁸³ Hingegen ist die Beitragslast der freiwilligen GKV-Mitglieder (ohne Rentner) seit 2000 rückläufig und betrug 2012 rund 19,09 Mrd. €. Freiwillige GKV-Mitglieder sind nicht in der GKV pflichtversichert, d.h. können jederzeit in die PKV wechseln.

In der GKV kann es deshalb für die Versicherten keinen langfristig kalkulierbaren Leistungskatalog und damit Sicherheit über das zukünftige Leistungsgeschehen geben, da Einkommens-Umverteilungsmotive im Vordergrund stehen und durch eine zunehmende Zentralisierung verteidigt werden. Mit zunehmender Zentralisierung (vor allem durch den Gesundheitsfonds) kommt es zu einer Fehlallokation und damit zu einer Verschwendung von Finanzmitteln.

Nachhaltigkeitsprobleme durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt können aber nur noch kurze Zeit durch immer weitere Einkommensumverteilungen und durch immer weitere Steuersubventionen aufgefangen werden. Ab 2030 wird erwartet, dass das GKV-Umlageverfahren endgültig „gekündigt“ ist, da zu wenige junge Beitragszahler zu vielen älteren Leistungsempfängern gegenüberstehen. Dies gilt in Deutschland auch für die Pflegeversicherung, die ein eigenständiger Sozialversicherungszweig ist.

Daraus werden sich ab 2030 strenge Formen der Gesundheits-Rationierung entwickeln, vor allem für alte und einkommensschwache Versicherte. Das heutige, mit Einkommensumverteilungen gesicherte GKV-Solidarprinzip wird dann kein konstituierendes, sondern ein strukturzerstörendes Element für die GKV sein. In der GKV Deutschland herrscht damit ein Staatsversagen.

4. Die PKV in Deutschland

PKV-Krankenvollversicherte haben in Deutschland einen lebenslangen Rechtsanspruch auf den im PKV-Tarif aufgeführten Leistungskatalog. Im Gegensatz dazu können in der GKV jederzeit Leistungen per Gesetzgebung oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Bundesgremium zur Rationierung medizinischer Leistungen, das quasi Gesetzgebungskompetenzen hat, aber faktisch kaum demokratisch kontrolliert wird) aus dem Leistungskatalog gestrichen werden (z.B. Arzneimittel und Hilfsmittel).

Die PKV-Prämie wird allerdings unabhängig von der Einkommenssituation des Versicherten ermittelt, was bei Arbeitslosigkeit oder beim Übergang in die Ruhestandsphase zu einer stärkeren finanziellen Belastung bzw. Überlastung von PKV-Versicherten führen kann. Im Erwerbsleben werden im Gegensatz zur GKV

Alterungsrückstellungen gebildet, die allerdings nicht beim Wechsel des PKV-Unternehmens portabel sind.⁸⁴

Die Höhe der PKV-Prämie ist vom Alter und vom Morbiditätsrisiko (d.h. von Vorerkrankungen) abhängig. Um neue Versicherte zu generieren, werden in der PKV hohe Vermittlungsprovisionen (Abschlussaufwendungen) an Versicherungsvertreter gezahlt (bis zu ca. 6.000 € und darüber). Der Markt der medizinischen Versorgung ist in einigen Bereichen (z.B. ambulante Versorgung) weniger staatlich reguliert als in der GKV.

Knapp die Hälfte der PKV-Versicherten sind in Deutschland Beamte und deren Familienangehörige, die nur einen anteiligen PKV-Tarif zur Abdeckung der Krankheitskosten abschließen. Den anderen Teil der Krankheitskosten übernimmt die Beihilfe (ca. 60 %, abhängig vom Beamtentypus), d.h., diese Kosten werden über Landes- oder Bundes-Steuermittel finanziert. Dadurch ist rund 1/4 des in der PKV angesiedelten Krankenversicherungsschutzes über Steuern finanziert.

In Bezug auf die medizinische Versorgung können PKV-Versicherte auf ein größeres Angebot als GKV-Versicherte zurückgreifen (z.B. Privatkliniken, Privatärzte, innovative Hilfsmittel und andere Medizinprodukte), insofern dieses größere Angebot durch den jeweiligen PKV-Tarif abgesichert ist. Ansonsten fällt dieses Angebot für PKV-Versicherte (wie für GKV-Versicherte) in den Selbstzahlermarkt. Auch fallen solche Leistungen für PKV-Versicherte in den Selbstzahlermarkt, die nicht im PKV-Tarif abgesichert sind, aber dennoch im Leistungskatalog der GKV verfügbar sind. Diese Leistungsausschlüsse können – je nach PKV-Tarif – umfangreich sein. Deshalb werden in Deutschland für die PKV mittlerweile Mindestkriterien für den Versicherungsschutz gefordert.

Das Geschäftsmodell der PKV ist insgesamt als intransparent zu bezeichnen. Denn versicherte und nicht versicherte Leistungen der PKV-Krankheitskostenvollversicherung sind für den Versicherten im Wettbewerbsvergleich zwischen den PKV-Unternehmen nicht nachvollziehbar – und der PKV-Markt ist ein privater und kein staatlicher Markt. So können für die 32 relevanten PKV-Unternehmen im Neukundengeschäft 208 Tarifsysteme mit insgesamt 1.567 Kombinationen in Bezug auf den abgesicherten Leistungskatalog abgeleitet werden (Stand 2012).

Jede Kombination hat einen unterschiedlichen Preis. Weitere Kombinationen nach Alter und Geschlecht, nach Bestandskunden- und Neukunden-Tarifverläufen und nach Risikozuschlägen sind zusätzlich zu beachten. Werden alle Kombinati-

84 Das heißt, wechselt ein Versicherter das PKV-Unternehmen, so sind seine Alterungsrückstellungen für ihn verloren (dies gilt insbesondere für alle langjährig PKV-Versicherten).

nen ausgeschöpft, sieht sich der PKV-Versicherte einem Versicherungsmarkt mit mindestens 250.000 Preisen gegenüber.⁸⁵

Die 1.567 PKV-Tarifkombinationen werden über den Vertriebsmarkt an den Endverbraucher verkauft. Der PKV-Vertriebsmarkt ist durch selbstständige Makler, Pools, Direktvertriebe und sonstige unternehmenseigene Vertriebe gekennzeichnet. Generell ist der jeweilige Vertrieb auf die Produkte eines oder weniger PKV-Unternehmen spezialisiert. Eine besondere Qualifikation zum Vertrieb der PKV-Produkte gibt es nicht, obwohl die von den PKV-Unternehmen an den Vertrieb gezahlten Provisionen hoch sein können: Wird zum Beispiel ein PKV-Tarif mit einer monatlichen Bruttoprämie von 600 € verkauft, können Maklerprovisionen seit April 2012 in Höhe von 9,0 Monatsbeiträgen (im gewählten Beispiel rund 5.400 €) erzielt werden; bei Ausnutzung aller Gestaltungsmöglichkeiten auch über 9,0 Monatsbeiträge hinaus. Die Höhe der Maklerprovision ist für den Neukunden nicht erkennbar, da sie ihm nicht mitgeteilt wird.

Für Neu- und Bestandskunden ist es so gut wie überhaupt nicht möglich, Preis-Leistungs-Vergleiche zwischen den PKV-Tarifen durchzuführen. Der Neukunde kann weder die Preise noch die Leistungen miteinander vergleichen, da ihm kaum transparente und neutrale Informationen bekannt gemacht werden. Das heißt, die für einen Wettbewerbsmarkt nötigen Preis-Leistungs-Signale funktionieren nicht. Damit liegt ein Marktversagen vor. Der Gesetzgeber konnte oder wollte das Marktversagen bisher nicht beheben. Damit liegt, wie in der GKV, auch ein Staatsversagen vor.

In der PKV liegt ebenfalls in Bezug auf die Portabilität der gebildeten Alterungsrückstellungen ein Markt- und Staatsversagen vor. Denn selbst wenn Bestandskunden Preis-Leistungs-Vergleiche zwischen den PKV-Tarifen anhand von Mindestkriterien durchführen könnten und daraus wettbewerbliche bzw. verbraucherorientierte Konsequenzen ziehen wollten (z.B. das PKV-Unternehmen wechseln), sind sie durch die Nicht-Portabilität ihrer Alterungsrückstellungen immer an die Produkte eines PKV-Unternehmens gebunden, selbst wenn diese die PKV-Mindestkriterien nicht erfüllen sollten. Ein als verzerrt zu bezeichnender Wettbewerb findet nur um Neuversicherte statt.

Die Problemfelder von PKV-Billigtarifen und anderen PKV-Tarifen mit teilweise existenziellen Leistungsausschlüssen im Krankheitsfall erfordern eine grundlegende Neuordnung des Vertriebsmarktes und auch der Provisionen. Auch hier ist der Gesetzgeber regulierend gefordert. Nötig sind für den PKV-Vertrieb einheitliche Ausbildungs- und Zulassungsstrukturen mit Mindestqualifikationen sowie Qualitätssteigerungen durch ein neu justiertes Provisionssystem: So könnten z.B. die Ab-

85 Vgl. IfMDA (2012).

schlussprovisionen dauerhaft auf weniger als 5 Monatsbeiträge deutlich reduziert werden. Darüber hinaus könnten detaillierte Gegenüberstellungen von Vor- und Nachteilen in Bezug auf den versicherten Leistungskatalog umgesetzt werden.

5. Bürgerversicherung in Deutschland?

Die umfassende medizinische Versorgung in Deutschland ist das Ergebnis aus dem seit Jahrzehnten gewachsenen dualen Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV. Vor dem Hintergrund der zukünftig prekären Situation in der GKV, d.h. vor dem Hintergrund der demografischen Veränderung (mehr Rentner, weniger Kinder, längere Lebenserwartung) und wegen der Ausgabendynamik des medizinisch-technischen Fortschritts, steht das duale Krankenversicherungssystem allerdings vor nahezu unüberwindbaren Herausforderungen und damit vor einer großen Gesundheitsreform, um die gesellschaftlichen Anforderungen an ein zukunftsfestes Gesundheitssystem umzusetzen. Vor diesem Hintergrund wird unter anderem die sogenannte Bürgerversicherung diskutiert.

Die Konzepte der Bürgerversicherung beenden den Zugang zur PKV-Krankenvollversicherung. Keine Person darf sich dann mehr in der PKV krankensichern. Dies gilt für Berufseinsteiger, für Personen, die verbeamtet werden sowie für Selbstständige und Angestellte, die in der GKV freiwillig, aber nicht pflichtversichert sind.

Bestandskunden der PKV soll ein (freiwilliges) Wechselrecht in die Bürgerversicherung ermöglicht werden, von dem zunächst vor allem alte und einkommensschwache Versicherte Gebrauch machen werden, ebenso wie Familien mit Kindern (PKV-Beiträge für Kinder werden in der PKV über das Familieneinkommen finanziert). In einer zweiten Wechselphase sollen dann sukzessive die übrigen PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung wechseln, da ansteigende PKV-Beiträge die PKV zunehmend unattraktiv werden lässt. Die gebildeten Alterungsrückstellungen sollen in den Gesundheitsfonds der GKV eingezahlt werden.

Da sich durch die Bürgerversicherung die Zahl der PKV-Versicherten verringert, entfällt auch der privat abgerechnete Anteil an den Gesamteinnahmen für die Leistungsanbieter. In Extremfall werden durch die Bürgerversicherung bis zu 12 Mrd. € weniger in Praxen und Krankenhäusern umgesetzt.

Aktuelle Berechnungen gehen bei Haus- und Fachärzten von Verlusten von mindestens 5,38 Mrd. € aus.⁸⁶ Für die Zahnmedizin sind gesamtwirtschaftliche Einnahmeverluste von 4,14 Mrd. € im Worst case-Szenario denkbar.⁸⁷

Auch die medizinische Versorgungsstruktur soll in einer Bürgerversicherung neu organisiert werden. Heutzutage kann jeder gesetzlich und privat Versicherte frei wählen, von welchem Haus-, Fach- und Zahnarzt, von welcher Apotheke und von welchem Krankenhaus er versorgt werden will. In der Bürgerversicherung soll dies geändert werden: Einheitliche „Managed Care“-Versorgungsstrukturen sollen über das ambulante und stationäre Versorgungsangebot gestülpt werden. Der Zugang zur medizinischen Versorgung erfolgt für den Patienten dann über einen „Gatekeeper“, der in Ballungsgebieten ein primärärztliches Versorgungszentrum wäre, in dem vor allem Hausärzte und weitere Fach- und Zahnärzte für eine medizinische Grund- und Erstversorgung zusammengeschlossen würden. Die Vergütung soll überwiegend über Budgets erfolgen, die an leitlinienkonform behandelnde Ärzte nach Qualitätskriterien und nach der Zahl der behandelten Patienten aufgeteilt wird.

Technik-intensivere Versorgung werden dann im Krankenhaus oder in fachärztlichen (Mittel)Zentren erbracht, für die ein einheitlich-budgetiertes und pauschaliertes Bürgerversicherungs-Honorarsystem zu erwarten ist. Eine durch die Landes-Gesundheitspolitik zentralisierte Planung von Mengen, Preisen, Infrastruktur und Prozessen würde die Patienten-Behandlung zu steuern versuchen.

Der Plan der Bürgerversicherung ist in letzter Konsequenz ein staatsnahes und primär parteipolitisches Ordnungsprinzip. Die PKV soll aufgelöst werden und die privat Versicherten in die GKV integriert werden.⁸⁸ Heute breit differenzierte Versorgungsstrukturen sollen in Einheitsstrukturen überführt werden, um so den Einfluss des Staates auf Versorgung und Vergütung zu maximieren. Ordnungspolitische Zielgrößen und Ergebnis des Veränderungsprozesses sind Einheitskasse und Staatsmedizin. Finanzierungsseitig soll die Vereinheitlichung über zusätzliche Einkommensumverteilungen und Steuersubventionen finanziert werden.

Auf der Versorgungsseite soll ein Verdrängungsprozess der freiberuflich niedergelassenen (zahn)ärztlichen Tätigkeit implementiert werden. Mengen, Preise, Infrastruktur und Versorgungsprozesse sollen durch regional-politische Planungsautoritäten definiert und kontrolliert werden. Sicherstellungsaufträge sollen auf die Einheitskasse oder auf regionale Planungsautoritäten übergehen und die medizinische Versorgung soll sektorenübergreifend durch ein Versorgungsmanagement (= ein staatlich administriertes Managed-Care-System) organisiert werden. Die

86 Vergleiche PVS Verband (2013).

87 Vergleiche ZA (2013).

88 Entsprechende Forderungen und Ausarbeitungen sind zum Beispiel zu finden in: Barmer (2013), BS (2013), FES (2010), FES (2013), HBS (2013) und SOVD (2013).

Selbstverwaltung⁸⁹ heutiger Prägung soll so rasch wie möglich aufgelöst werden, um das Prinzip einer Staatsmedizin stringent umsetzen zu können.

Im Ergebnis ist das Konzept einer Bürgerversicherung nicht nachhaltig ausgerichtet und damit keine angemessene Option für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ab dem Jahr 2030. Denn vor allem die zu erwartenden und stetig anwachsenden Steuersubventionen sowie immer höhere Einkommensumverteilungen wirken sich zu Lasten nachwachsender Generationen aus, die wegen der demografischen Veränderung „schrumpfen“. Um den Rationierungs- und Priorisierungsdruck im Gesundheitssystem abzubilden, soll eine Verknappung der medizinischen Infrastruktur stattfinden. Darüber hinaus muss die medizinische Versorgung zu immer stärker sinkenden Preisen angeboten werden. In Folge werden zahlreiche Praxen, Apotheken und Krankenhäuser geschlossen.

6. Reformierte Dualität als Alternative

Da eine Bürgerversicherung kein generationengerechtes Finanzierungs- und Versorgungssystem für die deutsche Krankenversicherung bereitstellen kann, wird derzeit diskutiert, Inhalte für eine Gesundheitsreform als „reformierte Dualität“ umzusetzen. Die reformierte Dualität setzt ordnungspolitisch auf eine maßvolle Weiterentwicklung des dualen Gesundheitssystems aus GKV und PKV auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite. Ziel ist es, im Bereich der GKV ein generationengerechtes System zu etablieren und die PKV als Teil der sozialen Marktwirtschaft zu etablieren. Eine Vereinheitlichung der PKV in der GKV ist damit nicht als Ziel vorgesehen.

Deutschland steht wie kaum ein anderes OECD-Land vor dem sogenannten demografischen Problem. Dennoch werden in Deutschland die Auswirkungen der demografischen Veränderung durch die Politik immer noch vielfach unterschätzt. Neue Analysen zeigen, dass in den Altersklassen der 0- bis 49-Jährigen insgesamt 25,85 Millionen Männer und Frauen fehlen, um das Umlageverfahren der GKV sta-

89 Die Selbstverwaltung wird in Deutschland auf Bundesland-Ebene zum Beispiel durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung wahrgenommen. Diese verhandeln gemeinsam unter anderem über Honorar, Versorgungskapazitäten und die Qualität der Versorgung.

bil die nächsten Jahrzehnte fortführen zu können. Vor allem die geburtenstarken Jahrgänge 1953 bis 1970 haben zu wenige Kinder bekommen, um die Bevölkerung in Deutschland zu stabilisieren;⁹⁰ Zuwanderung konnte diese Entwicklung nicht ausgleichen.

Für das deutsche Gesundheitssystem resultiert daraus, dass in der GKV der Generationenvertrag des Umlageverfahrens spätestens ab dem Jahr 2030 nicht mehr funktionieren wird, da bereits in 5 Jahren der erste geburtenstarke Jahrgang in Rente geht. Auch eine Schließung der PKV, wie sie im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung diskutiert wird, würde die Defizite in der Alterspyramide und deren Auswirkungen auf die langfristige Unterfinanzierung des Umlageverfahrens nicht ausgleichen können, da zu wenige Personen und insgesamt nicht überdurchschnittlich hohe Finanzmittel aus der PKV in die GKV kommen würden.

Damit die GKV generationengerecht wird, ist insbesondere das Finanzierungssystem aus Gesundheitsfonds und Beitragsbemessung deutlich anzupassen, da es keine Flexibilität hat und zudem von der Allokation der Finanzmittel als nicht demokratisch kontrolliert zu bezeichnen ist. Die Finanzierung der GKV sollte demografieresistent, konjunkturstabil, erwerbsunabhängig sowie sozial ausgeglichen sein. Hierzu wird derzeit diskutiert, eine Gesundheitspauschale von rund 150 € je Erwachsener umzusetzen, die mit einem sozialen Ausgleich für finanziell Überlastete verbunden ist.⁹¹ Der soziale Ausgleich soll über die Finanzmittel des Gesundheitsfonds finanziert werden, in den die Arbeitgeberbeiträge, die Rentenversicherungsbeiträge und die Bundeszuschüsse für versicherungsfremde Leistungen fließen.

Zusätzlich wird im Konzept der reformierten Dualität gefordert, Rücklagen für eine generationengerechte Finanzierung der geburtenstarken Jahrgänge zu bilden, um die Ansprüche der geburtenstarken Jahrgänge (= Bezahlung der Gesundheitsausgaben) in den Jahren 2020 bis 2050 erfüllen zu können.

Um die PKV als Teil der sozialen Marktwirtschaft zu festigen, wird gefordert, die in der PKV bereits vorhandenen Alterungsrückstellungen (rund 170 Mrd. Euro) zwischen den PKV-Unternehmen übertragbar zu machen, da die Rückstellungen den Versicherten selbst und nicht den PKV-Unternehmen gehören. Verbindliche Mindestkriterien für den Versicherungsschutz sollen eine Vergleichbarkeit und langfristige Sicherheit des Versicherungsschutzes gewährleisten. Elemente, die eine soziale Marktwirtschaft stören, sollen abgebaut werden. Hierzu zählen die viel zu hohen Makler-Provisionen sowie eine nicht sachgemäße finanzielle Überforderung von bestimmten privat Versicherten.

90 Vergleiche Drabinski (2013).

91 Dieses Modell hat Ähnlichkeiten mit dem Finanzierungsmodell in der Schweiz.

Literaturverzeichnis

- AOK-Bundesverband (2012). Internet-Reformdatenbank.
- Barmer (2013). BARMER GEK. Freiräume schaffen - für Qualität und Sicherheit. Bausteine für eine patientenorientierte Versorgung. Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2013.
- BS (2013). Bertelsmann Stiftung. Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung.
- Bundesministerium für Arbeit (1952-1956). Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957-1991). Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1975-2001). Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Statistischer und finanzieller Bericht.
- Bundesministerium für Gesundheit (1992-2010). Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Statistischer und finanzieller Bericht.
- BMG (2013). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2012. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13. Stand: 25. März 2013. Etwas mehr als 10 % der GKV-Versicherten könnten sich theoretisch in der PKV versichern, nehmen diese Option aber nicht in Anspruch.
- Drabinski (2013). Thomas Drabinski. GKV/PKV-Reformagenda: Reformierte Dualität. Konzept einer Generationen-Gerechtigkeit. IfMDA Schriftenreihe Band 24, August 2013.
- FES (2010). Friedrich Ebert Stiftung. Stefan Greß, Heinz Rothgang. Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale.
- FES (2013). Friedrich Ebert Stiftung. Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen.
- Forum Gesundheitspolitik (2012). Meilensteine. www.forum-gesundheitspolitik.de.
- Gesetzes-Internetseiten (2012). juris.de, buzer.de.
- HBS (2013). Heinrich-Böll-Stiftung. Wie geht uns morgen? Wege zur mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung.
- IfMDA (2012). Thomas Drabinski, Claus-Dieter Gorr. GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme. IfMDA Schriftenreihe Band 21, Juni 2012.
- PKV-Verband (2013). Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2012.
- PVS Verband (2013). Hans-Joachim Kaiser. Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung.
- SOVD (2013). Sozialverband Deutschland. Solidarische Bürgerversicherung. Anforderungen des SoVD an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung.
- Steffen (2011). Johannes Steffen. Sozialpolitische Chronik. Kranken- und Pflegeversicherung. Arbeitnehmerkammer Bremen.
- ZA (2013). Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG, zitiert von adp vom 09.07.2013.