

WISO direkt

Analysen und Konzepte zur
Wirtschafts- und Sozialpolitik

Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem

Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung
auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt

Stefan Greß¹

Auf einen Blick

Das Nebeneinander von gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Krankenversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem führt zu erheblichen Problemen. Überdurchschnittlich gesunde Personen und Personen mit einem überdurchschnittlich hohen Einkommen wandern in die PKV ab – und gefährden damit die Funktionsfähigkeit der GKV. Gleichzeitig werden privat versicherte Personen bevorzugt behandelt. Die Maßnahmen der jüngsten Gesundheitsreform konnten diese Probleme nur teilweise beseitigen – dies kann nur durch eine einheitliche Wettbewerbsordnung geschehen. Auf dem Weg dahin ist der Einbezug des privat versicherten Personenkreises in den Risikostrukturausgleich der GKV und eine für die Ärzteschaft einkommensneutrale Angleichung der Vergütungssysteme anzustreben.

Im deutschen Krankenversicherungssystem existieren soziale Krankenversicherung und private Krankenvollversicherung nebeneinander. Mit Ausnahme der USA ist dieses duale System im internationalen Vergleich entwickelter Industrieländer einzigartig. Zuletzt haben im Jahr 2006 auch die Niederlande beide Krankenversicherungssysteme integriert. Dies geschah aus gutem Grund – schließlich bringt das Nebeneinander von sozialer Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung eine Reihe von gravierenden Problemen mit sich. Diese Probleme resultieren in Deutschland daraus, dass für beide Systeme unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten – insbesondere im Hinblick auf die Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und die Vergütung der Leistungserbringer.

Medizinische Versorgung in Abhängigkeit vom Versicherungstyp

Die Beiträge in der GKV werden unabhängig vom gesundheitlichen Risiko und abhängig vom Einkommen erhoben. Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten werden beitragsfrei versichert. Die privaten Krankenversicherer kalkulieren dagegen Prämien auf der Grundlage des gesundheitlichen Risi-

kos und unabhängig vom Einkommen. Kinder sowie nicht erwerbstätige Ehegatten müssen separat versichert werden und zahlen ebenfalls Prämien.

Diese Unterschiede sind daher von Bedeutung, weil ein Teil der Versicherten in der GKV in die PKV wechseln kann. Insbesondere Selbstständige und Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben diese Möglichkeit. Attraktiv ist der Wechsel in die PKV vor allem für gesunde Singles mit hohem Einkommen. Diese Personengruppe muss in der PKV weder Risikoaufschläge zahlen, noch muss sie Prämien für Familienangehörige finanzieren. Im Umkehrschluss ist für chronisch Kranke und Familien ein Wechsel in die private Krankenversicherung nicht attraktiv. Die vorhandene Empirie zeigt dann auch eindeutig, dass Versicherte in der PKV ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als in der GKV und im Durchschnitt deutlich gesünder sind.²

Durch diese negative Auslese wird die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV geschwächt. Der Finanzierungsmechanismus in der GKV beruht auf Einkommenssolidarität (Umverteilung von Personen mit hohem Einkommen zu Personen mit niedrigem Einkommen) und Risikosolidarität (Umverteilung von Gesunden zu Kranken). Die Funktionsfähigkeit dieses Finanzierungsprinzips wird gestört, wenn Personen mit hohem Einkommen und Gesunde sich diesen Umverteilungsmechanismen entziehen können.³

Ein zweiter zentraler Unterschied zwischen PKV und GKV besteht in unterschiedlichen Vergütungsstrukturen. Dies gilt insbesondere – aber nicht nur – für die ambulante ärztliche Versorgung.⁴ Der Arzt bekommt für gesetzlich versicherte Personen einen Mix aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen bis zu einer Mengengrenze in Form des so genannten Regelleistungsvolumens. Der gleiche Arzt erhält für privat versicherte Personen Einzelleistungsvergütungen ohne Mengengrenzen.

Die aus diesem Nebeneinander von Vergütungssystemen resultierenden finanziellen Anreize sind eindeutig. Privat versicherte Patienten sind deutlich attraktiver und werden bevorzugt behandelt. GKV-Versicherte führen im Vergleich zu PKV-Versicherten kürzere Gespräche mit ihrem Arzt, fühlen sich schlechter beraten und

weniger an Entscheidungsprozessen beteiligt.⁵ Besserer Zugang in Form von kürzeren Wartezeiten für privat versicherte Personen ist inzwischen in der Empirie hinreichend robust dokumentiert.⁶ Diese Unterschiede im Zugang führen – im Gegensatz zu den Aussagen mancher ärztlichen Standesorganisationen – nicht nur zu Unterschieden in Service und Komfort. Es besteht schlichtweg die massive Gefahr von Unter- und Fehlversorgung, durch die vermeidbare gesundheitliche Schäden entstehen. Gleichzeitig besteht die Gefahr der Überversorgung von privat versicherten Patienten.

Die Unterschiede im Vergütungssystem führen übrigens nicht nur zur Differenzierung der Versorgung in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus. Sie führen auch zu einem starken Ausgabenwachstum in der PKV – eine der zentralen Ursachen für den ungebrochenen Prämienanstieg in der privaten Krankenversicherung.⁷

Wirkungen der letzten Gesundheitsreform

Der Gesetzgeber hat die aus dem verzerrten Wettbewerb der beiden Krankenversicherungssysteme resultierenden Probleme in der letzten Gesundheitsreform an zwei Stellen bearbeitet. Erstens wurde Arbeitnehmern mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze der Wechsel in die private Krankenvollversicherung erschwert. Zweitens hat der Gesetzgeber zum 1. April 2007 den modifizierten Standardtarif sowie zum 1. Januar 2009 den Basistarif eingeführt.

Nach der neuen Regelung müssen Arbeitnehmer in drei aufeinander folgenden Jahren ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen, um in die private Krankenvollversicherung wechseln zu können. Diese Maßnahme wurde von der privaten Krankenversicherungsindustrie und jüngst auch von der FDP als Beeinträchtigung der Wahlfreiheit des betroffenen Personenkreises kritisiert.⁸ Diese Interpretation ist jedoch nur teilweise zutreffend. Die Einschränkung der Wahlfreiheit dient dem Schutz der Versichertengemeinschaft in der GKV gegen die oben beschriebene Risikoselektion zu Gunsten der privaten Krankenversicherung. Eine Ausweitung der Wahlfreiheit – wie ebenfalls von der FDP gefordert – würde die negative Auslese zu

Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung noch weiter verstärken.

Die kurzfristige Wirksamkeit dieser Maßnahme ist eindeutig. Schon im Jahr 2007 – das so genannte Wechselmoratorium ist zum 2. Februar 2007 in Kraft getreten – hat sich der Nettoneuzugang in der PKV von 116.100 Personen auf 59.900 Versicherte fast halbiert. Auch im Jahr 2008 war der Nettoneuzugang mit 48.900 Personen⁹ weiter rückläufig. Zu diesem Personenkreis zählten außerdem 18.900 vorher nicht versicherte Personen. Hält die Austrocknung des Neugeschäfts an, könnte es zu nicht einkalkulierten Prämiensteigerungen für Bestandsversicherte kommen. Das gilt vor allem für private Krankenversicherungsunternehmen, die ein differenziertes Tarifangebot mit Locktarifen für Neuversicherte vorhalten und damit auf einen stetigen Zufluss von günstigen Risiken aus der GKV angewiesen sind.

Die Einführung einer Versicherungspflicht auch für den der privaten Krankenversicherung zuzurechnenden Personenkreis (Beamte, Selbstständige, Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze) zum 1. Januar 2009 wurde durch die Einführung des Basistarifs begleitet. Das Leistungsangebot im Basistarif orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, die Prämie darf den Höchstbeitrag in der GKV nicht übersteigen. Risikozuschläge dürfen im Basistarif nicht erhoben werden. Defizite im Basistarif müssen durch die Versicherten in den Normaltarifen finanziert werden. Durch den Basistarif werden demzufolge Elemente der Risikolidarität in die private Krankenversicherung eingeführt. Insbesondere diese „GKV-isierung“ der PKV hat die private Krankenversicherungsindustrie dazu bewogen, vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die beschriebenen Regelungen im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Verfassungsbeschwerde einzulegen.

Bisher wird der Basistarif und dessen Vorgänger – der modifizierte Standardtarif – vor allem von vormals nicht versicherten Personen nachgefragt. Dabei handelt es sich vor allem um Personen mit Vorerkrankungen, die im Basistarif bezahlbaren Versicherungsschutz nachfragen können. Dem Vernehmen nach sind die entstehenden Leistungsausgaben im Basistarif etwa viermal so hoch wie die Prämieinnahmen.

Dies führt zu einem branchenweiten Prämienaufschlag von etwas mehr als einem Prozent für die Versicherten außerhalb des Basistarifs.

Einheitliche Wettbewerbsordnung für GKV und PKV

Durch das Wechselmoratorium hat der Gesetzgeber den Zufluss von guten Risiken in die private Krankenvollversicherung erschwert und gleichzeitig den Zugang für schlechte Risiken durch den Basistarif erleichtert. Von einem fairen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungssystemen kann jedoch noch immer keine Rede sein. Erstens wird das System der gesetzlichen Krankenversicherung weiter durch Risikoselektion zu Gunsten der privaten Krankenversicherung belastet, zweitens bleiben die finanziellen Anreize für die bevorzugte Behandlung privat versicherter Personen unverändert bestehen.

Für einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist eine einheitliche Wettbewerbsordnung unabdingbar. Wie in anderen vergleichbaren Ländern auch – hier lohnt sich insbesondere ein Blick in die Niederlande¹⁰ – würde die Existenzberechtigung privater Krankenversicherer durch eine einheitliche Wettbewerbsordnung nicht in Frage gestellt werden. Zentrale Rahmenbedingungen eines solchen Krankenversicherungssystems wären jedoch eine umfassende Versicherungspflicht der Bevölkerung, Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer und der Verzicht auf risikoäquivalente Prämien.

Immer wieder – zuletzt im Konzept der sogenannten Bürgerprivatversicherung – wird die Forderung nach einer einheitlichen Wettbewerbsordnung mit risikoäquivalenten Prämien erhoben.¹¹ Erstens sei der Versuch, durch den Risikostrukturausgleich Anreize zur Selektion zu neutralisieren, zum Scheitern verurteilt. Zweitens werde durch risikoäquivalente Prämien das Verhältnis von Prämie und Leistung für den Versicherten besser erkennbar. Diese Forderung verkennt jedoch, dass risikoäquivalente Prämien für Menschen mit chronischen Erkrankungen schnell unbezahlbar werden. Um die Prämien für die Betroffenen finanzierbar zu machen, wird wieder ein Ausgleichmechanismus notwendig, der auf der Grundlage des gesundheitlichen Risikos Kompensationszahlungen für die Betrof-

fenen zur Verfügung stellt. Damit sind jedoch die vorgeblichen Vorteile einer einheitlichen Wettbewerbsordnung mit risikoäquivalenten Prämien – Verzicht auf einen Risikostrukturausgleich und transparenteres Verhältnis von Prämie und Leistung – hinfällig.

Eine einheitliche Wettbewerbsordnung lässt sich unabhängig von der Entscheidung über die Frage installieren, ob die Krankenversicherer im Umlage- oder im Kapitaldeckungsverfahren finanziert werden. Auch Mischmodelle sind denkbar. Das Umlageverfahren hat den entscheidenden Vorteil, dass sich Krankenversicherer nicht in die Abhängigkeit von Kapitalmärkten begeben müssen. Zwar haben die privaten Krankenversicherer auch im Jahr 2008 wegen der vergleichsweise rigorosen Vorschriften für die Anlage der Alterungsrückstellungen noch positive Renditen erwirtschaftet. Kommt es jedoch durch die Finanzkrise zu Totalausfällen bei Unternehmens- oder sogar bei Staatsanleihen, ist mit negativen Renditen zu rechnen.

Der Vorteil der Kapitaldeckung besteht darin, dass Vorsorge für absehbare zukünftige demographische Entwicklungen – insbesondere das zukünftig ungünstigere Verhältnis von Erwerbstätigen und Rentnern – getroffen wird. Die Vereinbarkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung mit Kapitaldeckung ist kein grundsätzliches, sondern ein technisches Problem. In der Vergangenheit hat die private Versicherungsindustrie

die Individualisierung und Mitgabe von Alterungsrückstellungen als nicht machbar gebrandmarkt.¹² Inzwischen sind jedoch immer mehr Stimmen zu hören, die eine grundsätzliche Machbarkeit nicht in Frage stellen und Modelle zur Umsetzung entwickeln.

Bis zur Entscheidung über eine einheitliche Wettbewerbsordnung könnten Probleme des Nebeneinanders zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Vollversicherung durch zwei Maßnahmen wesentlich abgemildert werden. Erstens könnte ein Einbezug der privat krankenversicherten Personen in den Risikostrukturausgleich der GKV die finanziellen Konsequenzen der Risikoselektion zu Gunsten der privaten Krankenversicherung kompensieren.¹³ Schwieriger gestaltet sich zweitens die Neutralisierung der finanziellen Anreize zur bevorzugten Behandlung des privat versicherten Personenkreises. Eine für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutrale Angleichung der Vergütungssysteme würde die GKV belasten und gleichzeitig PKV und Beihilfeträger entlasten. Beide Maßnahmen – Ausweitung des Risikostrukturausgleichs auf die PKV und Neutralisierung der finanziellen Anreize zur bevorzugten Behandlung des privat versicherten Personenkreises – sind daher als Bündel zu betrachten und stellen entscheidende Vorarbeiten für die Einführung einer einheitlichen Wettbewerbsordnung im System der deutschen Krankenversicherung dar.

1 Stefan Greß ist Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda.

2 Vgl. Mielck A., Helmert U. (2006): Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung. In: Gesundheitsmonitor 2006. J. Böcken, B. Braun, R. Amhof, M. Schnee (Hrsg.). Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung: 32–52.

3 Vgl. Albrecht M., Schiffhorst G., Kitzler C. (2007): Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. Baden-Baden, Nomos.

4 Walendzik A., Greß S., Manouguian M., Wasem J. (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

5 Vgl. Mielck A., Helmert U. (2006): Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. In: Gesundheitsmonitor 2006. J. Böcken, B. Braun, R. Amhof, M. Schnee (Hrsg.). Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung: 114–32.

6 Vgl. Lungen M., Stollenwerk B., Messner P., Lauterbach K.W., Gerber A. (2008): „Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany.“ *International Journal for Equity in Health* 7(1): doi:10.1186/475-9276-7-1.

7 Vgl. ausführlicher Grabka M. (2006): „Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung.“ *DIW-Wochenbericht* (46): 653–59.

8 Vgl. FDP (2009): Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen. Berlin, Entschließungsantrag der FDP-Bundestagsfraktion. Drucksache 16/11879 vom 11.02.2009.

9 Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2009): Politischer Nackenschlag der Gesundheitsreform auch 2008 beim Netto-Neuzugang zu spüren. Köln/Berlin, Presseerklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 25. März 2009.

10 Vgl. Rosenau P.V., Lako C.J. (2008): „An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System.“ *Journal of Health Politics, Policy and Law* 33(6): 1031–55.

11 Vgl. Eekhoff J., Bünnagel V., Kochskämper S., Menzel K. (2009): Die Bürgerprivatversicherung: Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem. Köln, Otto-Wolf-Institut für Wirtschaftsordnung sowie Zweifel P., Breuer M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller.

12 Vgl. etwa „Portabilität: Theoretisch untauglich, praktisch unmöglich“ in PKV-Publik, Informationen des Verbands der privaten Krankenversicherungen e. V. (Ausgabe 6/2006), S. 63–65.

13 Greß S., Wasem J. (2004): „Integration der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Eine funktional äquivalente Alternative zur Bürgerversicherung?“ *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 10(2): 37–44.