

## Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?

- Thesen -

### I. Befund: Phänomenologie der dualen Krankenversicherungsordnung

- (1) Das soziale Risiko Krankheit wird in Deutschland durch eine weltweit einmalige *duale Krankenversicherungsordnung* abgesichert: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die knapp 90% der Einwohner versichert, gibt es mit der privaten Krankenversicherung (PKV) ein eigenständiges Vollversicherungssystem, das für Beamte teilweise durch das Beihilfesystem substituiert wird.
- (2) Zwischen GKV und PKV bestehen nach wie vor grundlegende *Divergenzen* im Hinblick auf die Organisation, die Finanzierung, den Rechtsgrund und die Ausgestaltung des Leistungsanspruches sowie die Steuerung der Leistungserbringung.
- (3) Seit einigen Jahren gibt es aber einen „Wandel durch Annäherung“ zwischen GKV und PKV. Dieser *Konvergenzprozess* ist gekennzeichnet durch eine jeweils partielle materielle Privatisierung der GKV und Publizierung der PKV:
  - *Privatisierung der GKV*: Wettbewerb um Versicherte; Wahltarife; Fusion und Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen; Bindung an das Kartellrecht; neue Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungsrecht; Selektivvertragskompetenzen
  - *Publizierung der PKV*: Basistarif, der finanzierungs-, leistungs- und organisationsrechtlich in das GKV-System integriert wird; Mitwirkung des Verbands der Privaten Krankenversicherung bei der Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung und bei der Preissteuerung in der Arzneimittelversorgung

### II. Diagnose: Multimorbidität

- (4) Die Bezeichnung des Verhältnisses zwischen GKV und PKV als *Systemwettbewerb* ist eine *Camouflage*. Mehr als 90% der Bevölkerung sind nämlich aus rechtlichen oder faktischen Gründen von der Systemwahl ausgeschlossen; der Systemwettbewerb findet nur um junge Menschen statt, die am Beginn ihrer Berufslaufbahn stehen, über ein hohes Einkommen verfügen und keine relevanten Vorerkran-

kungen haben (→ These 6). In Umkehrung fundamentaler ordnungspolitischer Prinzipien gibt es zudem zwar einen systeminternen Behördenwettbewerb der Krankenkassen, einen Wettbewerb der Privatversicherungsunternehmen hingegen nur um Neu- nicht aber um Bestandskunden, die den Versicherer wegen der nicht-portablen Alterungsrückstellungen faktisch nicht wechseln können.

- (5) Für die Zuordnung der Personenkreise zu GKV und PKV fehlt es an einem nachvollziehbaren Abgrenzungskriterium. Das meist angeführte Kriterium der *sozialen Schutzbedürftigkeit* ist eine *Schimäre*, denn viele der in der PKV versicherten Personen (Beamte der unteren Besoldungsgruppen, Soloselbständige) sind nach den Maßstäben der GKV schutzbedürftiger als GKV-Pflichtversicherte mit einem Einkommen knapp unter der Pflichtversicherungsgrenze. Ohnehin ist die Abgrenzung nach sozialer Schutzbedürftigkeit angesichts der medizinischen Behandlungskosten insbesondere im Alter nicht weiterführend.
- (6) Die duale Krankenversicherungsordnung setzt *dysfunktionale Anreize für Versicherer und Leistungserbringer*:
- *Versicherer*: Da sich der Systemwettbewerb auf junge und gesunde Personen mit hohem Einkommen beschränkt (→ These 4), konzentrieren sich die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen und der PKV-Unternehmen auf diesen attraktiven Personenkreis. Ein System, das gegen das soziale Risiko Krankheit versichert, sollte aber nicht als Wettbewerb um Gesunde, sondern um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung Kranker ausgestaltet sein.
  - *Leistungserbringer*: Unterschiedliche Vergütungssätze setzen vor allem in der ambulanten und stationären Krankenversorgung Anreize zur bevorzugten Behandlung von PKV-Versicherten. Sie motivieren zudem Ärzte zur Niederlassung in Gebieten mit einem hohen Anteil an Privatversicherten und sind damit ein Grund für die Ungleichheiten bei der ärztlichen Versorgungsdichte.
- (7) Die duale Krankenversicherungsordnung beinhaltet eine *problematische Zweiteilung der leistungserbringungsrechtlichen Steuerung*. Während in der GKV komplexe und entsprechend bürokratische Regulierungsmechanismen mit zum Teil zweifelhafter demokratischer Legitimation greifen, findet in der PKV eine eigenständige systematische Qualitätssicherung und Mengensteuerung praktisch nicht statt.

### III. Wege zu einer Therapie

#### 1. Rahmenbedingungen

- (8) Die duale Krankenversicherungsordnung ist *verfassungsrechtlich nicht zwingend*. Der Gesetzgeber könnte sie, gestützt je nach Ausgestaltung auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 und/oder Nr. 12 GG, in ein monistisches Versicherungssystem überführen, muss aber einen möglichst schonenden Ausgleich mit den Grundrechten der Versicherten und der privaten Krankenversicherungsunternehmen herstellen.
- (9) Das größte Hindernis für eine Umformung der dualen Krankenversicherungsordnung ist das für wohlfahrtsstaatliche Reformprozesse typische Problem der *Pfadabhängigkeit*. Historisch gewachsene Institutionen und hochkomplexe Regelungsstrukturen entfalten Vertrauensschutz und ein Beharrungspotenzial, das sich auch gegen politisch-ökonomische Rationalitäten durchzusetzen vermag. Ein nachhaltiges Reformkonzept
- darf nicht nur eine Kopie der bisherigen GKV sein, sondern muss auch deren Strukturen und Prinzipien kritisch hinterfragen und die Systemlogik der PKV berücksichtigen,
  - muss die systemischen Auswirkungen einer Aufhebung der dualen Krankenversicherungsordnung über das Versicherungsrecht hinaus berücksichtigen, und zwar namentlich auf das Leistungserbringungsrecht und andere Sozialversicherungszweige und
  - muss sich den spezifischen Übergangsproblemen widmen und das verfassungsrechtlich geschützte Vertrauen der Bestandsversicherten und ihrer Unternehmen berücksichtigen. Von einer zwangsweisen Überführung der PKV-Bestandsversicherten in ein monistisches Versicherungssystem ist abzuraten.
- (10) Ein wichtiger Impuls für die Reformdiskussion in Deutschland ist die *Krankenversicherungsreform in den Niederlanden*, wo die nach dem deutschen Vorbild konzipierte duale Krankenversicherungsordnung im Jahre 2006 nach einem langen Konvergenzprozess in eine einheitliche Einwohnerversicherung überführt wurde. Ihre wesentlichen Charakteristika sind:
- Versicherungspflicht für alle Einwohner
  - Organisation durch private Krankenversicherungsunternehmen, die in einem durch eine neue Aufsichtsbehörde regulierten Wettbewerb stehen

- Einheitlicher Leistungskatalog
- Duale Finanzierung aus einkommensabhängigem Beitrag und nominaler Prämie

## 2. Reformbausteine

- (11) Ziel einer Reform muss eine alle Einwohner erfassende Krankenversicherung sein, für die das Prinzip der Gleichbehandlung beim Zugang zur Versicherung und zu medizinisch notwendigen Leistungen maßgebend sein sollte. Es ist daher zu empfehlen, sie als *monistische Einwohnerversicherung* auszugestalten. *Monistisch* ist sie, weil die Unterscheidungen der dualen Krankenversicherungsordnung zwischen GKV und PKV hinfällig werden. Sie ist *Einwohnerversicherung*, nicht *Bürgerversicherung*, weil sie am Wohnsitz/gewöhnlichen Aufenthalt (§ 30 SGB I), nicht aber am personalen Rechtsstatus des Bürgers anknüpft.
- (12) Maßgebliches Ordnungsprinzip der monistischen Einwohnerversicherung sollte ein *hoheitlich regulierter Wettbewerb privatrechtlich organisierter Anbieter* sein. Geeignete Rechtsform der Anbieter ist der *Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit* (VVaG), eine im privaten Krankenversicherungswesen verbreitete Rechtsform, die aufgrund ihrer konzeptionellen Nähe zur Körperschaft des öffentlichen Rechts aber auch den traditionellen Selbstverwaltungspfad aufnehmen und weiterführen würde. Eine solche Rechtsformprivatisierung der gesetzlichen Krankenkassen ist mit Art. 87 Abs. 2 GG vereinbar.
- (13) In einem Wettbewerb privater Anbieter können die Vorteile privat- und marktformigen Handelns auch für die Verwirklichung sozialstaatlicher Anliegen genutzt werden. Voraussetzung dafür ist aber ein *passgenaues Gesundheitsregulierungsrecht*. Dieses muss auf der einen Seite das öffentliche Anliegen an einer leistungsfähigen Krankenversicherung für alle Einwohner dort sichern, wo entweder kein Wettbewerb stattfindet oder der Wettbewerb die sozialpolitischen Ziele der Krankenversicherung nicht zu erreichen in der Lage ist oder gar konterkariert (Gemeinwohlsicherung) und auf der anderen Seite dem Wettbewerb dort, wo er als Regulierungsmechanismus erwünscht ist, auch zur Durchsetzung verhelfen (Wettbewerbsförderung).
- (14) Zentraler Bestandteil des Gesundheitsregulierungsrechts müssen *Transformationsvorschriften* sein. Nach dem Vorbild anderer Zweige der öffentlichen Daseinsvorsorge muss das Nebeneinander von öffentlichem Mono-/Oligopol und priva-

ten Wettbewerbern durch Regulierung des Übergangs in eine Wettbewerbsordnung überführt werden, in der die sozialen Schutzansprüche der Versicherten und faire Wettbewerbsbedingungen für Versicherer und Leistungserbringer gleichermaßen gewährleistet werden. Namentlich in folgenden Bereichen besteht *transformationsbedingter Regulierungsbedarf*:

- *Freie Wahl der Leistungsanbieter* für die Bestandsversicherten der PKV. Zu empfehlen sind Bestimmungen, die den *Wechsel in die monistische Einwohnerversicherung ermöglichen, aber nicht erzwingen*. Dabei ist die *Portabilität der Alterungsrückstellungen* sicherzustellen. Das verfassungsrechtlich geschützte Vertrauen der nicht wechselwilligen Privatversicherten kann durch einen Risikoausgleich mit der Einwohnerversicherung berücksichtigt werden.
- *Finanzierung*. Es ist zu empfehlen und mit Art. 33 Abs. 5 GG vereinbar, das leistungsrechtliche Sonderregime der *Beihilfen für Beamte abzuschaffen* und durch eine angemessene Beteiligung des Dienstherrn an der Finanzierung der Beiträge zu ersetzen.
- Der *Leistungskatalog* sollte vereinheitlicht werden. Eine Aufteilung in eine durch eine soziale Krankenversicherung sicherzustellende Grundversorgung und eine durch private Unternehmen anzubietende Zusatzversorgung ist nicht praktikabel und tendenziell sozial selektiv. Nicht zu empfehlen ist auch ein Wettbewerb der Anbieter über ausdifferenzierte Leistungskataloge.
- *Leistungserbringung*. Die Rechtsformprivatisierung der Krankenkassen (→ These 12) wird zu einer Privatisierung ihrer Verbände und damit auch des leistungserbringungsrechtlichen Vertragsrechts führen, das durch öffentlich-rechtliche Vorgaben und Aufsicht (→ These 15) überformt werden muss. Eine der wesentlichen übergangsbedingten Aufgaben der Vertragsparteien wird darin bestehen, eine angemessene Angleichung der bislang unterschiedlichen Vergütungen von GKV und PKV zu vereinbaren. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte zentrales Organ der Qualitätssicherung bleiben, aber sachverständiges Beratungsgremium, nicht „kleiner Gesetzgeber“ sein.

- (15) Es ist zu empfehlen, nach dem Vorbild der Niederlande eine *Bundesagentur für das Gesundheitswesen* als eigenständige Bundesoberbehörde (Art. 87 Abs. 3 S. 1 GG) im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit zu gründen, in der insbesondere die Zuständigkeiten für die Regulierung des Übergangs von der

dualen in die monistische Versicherungs- und Leistungserbringungsordnung gebündelt werden.