

JOBKILLER BÜRGERVERSICHERUNG?

Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Die Überführung der privaten Krankenversicherung (PKV) in ein integriertes Krankenversicherungssystem wird von namhaften Ökonomen und Publizisten mit Argumenten abgelehnt, die einer sachlichen Überprüfung nicht standhalten. Den von ihnen postulierten Wettbewerb gibt es weder zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der PKV noch innerhalb des PKV-Systems. Auch ignorieren sie wesentliche ökonomische Defizite der PKV wie die im Vergleich zur GKV deutlich höheren Verwaltungs- und Behandlungskosten bei in etwa gleichen medizinischen Ergebnissen. Eine integrierte Krankenversicherung bietet gegenüber dem bestehenden dualen System von GKV und PKV klare gesamtwirtschaftliche Vorteile. Ihre Realisierung ist allerdings mit politischen und verfassungsrechtlichen Problemen verbunden, die man nicht unterschätzen darf. Es ist eher wahrscheinlich, dass über das Projekt einer Bürgerversicherung das Verfassungsgericht mit entscheidet.

Schlüsselwörter: Alterungsrückstellungen, Ärztevergütung, Beihilfe, Bürgerversicherung, duale Krankenversicherung, integrierte Krankenversicherung, Verfassungsrecht, Verwaltungskosten, Wettbewerb GKV-PKV

A transfer of private health insurance into an integrated health care system is rejected by renowned economists and publicists with arguments that do not hold out against objective examination. The postulated competition does neither exist between SHI and private health insurance nor within the private health insurance system. Additionally, they ignore substantial economic deficits of private health insurance such as significantly higher administrative and treatment costs compared to SHI, while the medical results are roughly the same. An integrated health care system would provide clear overall economic advantages over the present dual system of statutory and private health insurance. Its implementation, however, is associated with political and constitutional issues that should not be underestimated. In all probability, the Constitutional Court will be involved in the decision on a citizens' health insurance scheme.

Keywords: age provisions, physician fees, aid, citizens health insurance scheme, dual health insurance system, integrated health insurance, constitutional law, administrative costs, competition between SHI and private health insurance

1 Einleitung

Der von der SPD, den Grünen, der Linken und dem Deutschen Gewerkschaftsbund geforderte Umbau des dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV) zu einer Bürgerversicherung war im Bundestagswahlkampf 2013 das wichtigste gesundheitspolitische Thema. Dieser Streit wurde auch mit Parolen wie „Keine Einheitsversicherung“ oder „Keine Zwei-Klassen-Medizin“ ausgetragen. Einige bekannte Ökonomen befürworteten in Gutachten und Stellungnahmen das

bestehende duale System von PKV und GKV und warnen vor hohen volkswirtschaftlichen Kosten eines monistischen Krankenversicherungssystems. Dabei suspendieren sie offensichtlich eigene ordnungspolitische Grundsätze, wenn es um die ökonomische Bewertung des PKV-Systems geht. Auch die publizistische Begleitmusik dieser Thesen zeigt, dass der Umbau des dualen Systems zu einer monistischen Krankenversicherung bei aller ökonomischen Legitimation kein Selbstläufer ist. Er benötigt eine breite politische Mehrheit im Bundestag und Bundesrat. Die aber entsteht nur unter hohem Problemdruck.

¹Diplom-Volkswirt Hartmut Reiners, Berlin · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

2 Welche ökonomische Legitimation hat das duale System von GKV und PKV?

Die ökonomische Legitimation des dualen Krankenversicherungssystems bezweifelte der Wirtschaftssachverständigenrat schon vor zehn Jahren (SVR-W 2004, Ziffern 489–494). Es führe zu einer gesamtwirtschaftlich unsinnigen Risikomischung, und die unterschiedlichen Vergütungssysteme bewirkten eine Fehlallokation von Ressourcen. Daher sollte es in ein monistisches System überführt werden.

Offensichtlich teilt der SVR-W in seiner aktuellen Zusammensetzung diese Auffassung nicht mehr. Er spricht sich in seinem Jahrgutachten 2013/14 zwar für eine „Bürgerpauschale“ aus (SVR-W 2013, Ziffern 716 ff.), lässt aber offen, ob dieses Postulat auch eine Bürgerversicherung einschließt. Gegen die haben sich zwei seiner fünf Mitglieder als Angehörige des Kronberger Kreises, des Beirats der Stiftung Marktwirtschaft, öffentlich ausgesprochen (Kronberger Kreis 2013): „Das Gesundheitswesen muss austariert werden, um das Nebeneinander von Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung zu beseitigen. Mehr Geld hilft hinsichtlich solcher Fehlsteuerungen nicht. Einer Bürgerversicherung muss daher eine klare Absage erteilt werden.“

Die Forderung, dass angesichts von Über- und Fehlversorgung nicht mehr Geld ins Gesundheitswesen gepumpt werden sollte, ist nachvollziehbar. Aber die Annahme, die Bürgerversicherung würde den Finanzrahmen des Gesundheitswesens künstlich ausdehnen, ist falsch. Sie würde die finanziellen Lasten anders verteilen als das duale GKV-PKV-System, aber nicht mehr Geld in das Gesundheitswesen bringen. Eher das Gegenteil ist zu erwarten, weil die PKV, wie noch gezeigt wird, erhebliche ökonomische Defizite hat, die nur mit einer Bürgerversicherung abgebaut werden können.

Auch ausgewiesene GesundheitsökonomInnen lehnen die Bürgerversicherung ab und führen folgende Argumente an (Augurzy und Felder 2013; Pimpertz 2013; Ulrich und Pfaff 2013):

- Das duale System von GKV und PKV habe nicht zu einer Zweiklassenmedizin geführt. Daher entfallende wesentliche Legitimation für die Bürgerversicherung.
- Die Bürgerversicherung würde den sinnvollen Systemwettbewerb von GKV und PKV beseitigen.
- Die kapitalgedeckte Absicherung der Altersrisiken der PKV Sorge für mehr Generationengerechtigkeit als das Umlageverfahren der GKV.
- Die Bürgerversicherung schade der Gesundheitswirtschaft durch Umsatzrückgänge in Arztpraxen und gefährde über 60.000 Arbeitsplätze in der Versicherungswirtschaft.

3 Führt das duale System von GKV und PKV zu einer Zweiklassenmedizin?

Es wird behauptet, „dass das Modell der Dualität aus GKV und PKV die Versorgungsnachteile der meisten staatlichen Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin vermieden hat“ (Ulrich und Pfaff 2013, 1). Diese These ist schon deshalb angreifbar, weil es das duale GKV-PKV-System nur in Deutschland gibt (Greß et al. 2009), man also eigentlich keine derartigen Vergleiche mit anderen Systemen anstellen kann. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass steuerfinanzierte Gesundheitssysteme eine größere Tendenz zu langen Wartezeiten aufweisen als Systeme mit einer sozialen Krankenversicherung (Greß und Wasem 2007). Auch werden viele GKV-Versicherte diese Argumentation nicht nachvollziehen können, da sie im bestehenden dualen System länger auf einen Arzttermin warten müssen als Privatpatienten. Auf Basis der Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung ermittelte Martin Schellhorn, dass die Wartezeiten für GKV-Versicherte im Durchschnitt bei Hausärzten 0,8 Tage länger sind als die von Privatpatienten, bei den Fachärzten sind es 9 Tage (Schellhorn 2007).

Ob man diese Ungleichbehandlung von Kassen- und Privatpatienten als Zweiklassenmedizin bezeichnen kann, ist eine Definitionsfrage. Sie betrifft in Deutschland eher die Abläufe als die Ergebnisse ärztlicher Behandlung. Aus der internationalen Literatur ist zu erkennen, dass Wartezeiten auf einen Behandlungstermin erst ab einer bestimmten Dauer negativen Einfluss auf die medizinischen Outcomes haben, zum Beispiel bei Diabetikern bei mehr als 30 Tagen (Roll et al. 2012). In der stationären Versorgung sind so gut wie keine auf den Versichertenstatus zurückzuführenden Unterschiede in der Behandlungsqualität zu sehen. Dort ist der Status des Privatpatienten an eine Zusatzversicherung gebunden, die auch viele GKV-Mitglieder abgeschlossen haben. Eine solche Zusatzversicherung besaßen 2011 rund 5,7 Millionen Personen. Der PKV-Verband macht keine Angaben darüber, wie viele davon GKV-Mitglieder sind.

Die Zusatzversicherung kommt für eine komfortablere Unterbringung (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) und Chefarztbehandlung auf, aber dass diese Privilegien zu besseren medizinischen Ergebnissen führen, darf man bezweifeln. Die Bürgerversicherung würde sie auch nicht abschaffen, es sei denn, den Versicherungen wird das Geschäft mit Zusatzversicherungen verboten. Aber wer fordert das? Daraus zu schließen, die Bürgerversicherung halte ihr Versprechen, nämlich die Zwei-Klassen-Medizin abzuschaffen, nicht, verwechselt Zwei-Bett-Zimmer mit Zwei-Klassen-Medizin (Mihm 2013b). Außerdem betrifft dieser Punkt weniger die Legitimation der Bürgerversicherung als die der PKV. Denn wenn sich die

medizinischen Outcomes bei Kassen- und Privatpatienten in etwa gleichen, weshalb sind dann die Leistungen der PKV so viel kostspieliger als die der GKV?

4 Welchen gesamtwirtschaftlichen Nutzen hat das duale GKV-PKV-System?

Eine duale Krankenversicherung macht unter ordnungspolitischen Aspekten nur Sinn, wenn die Bürger zwischen beiden Systemen wählen können. Diese Möglichkeit hat aber wegen der Versicherungspflichtgrenze und den eingeschränkten Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung in der GKV nur ein eng begrenzter Personenkreis (Pfister 2010; Jacobs 2013).

Ulrich und Pfaff verweisen auf rund 2,5 Millionen PKV-Versicherte, die auch die GKV hätten wählen können. Sie verschweigen dabei, dass diese Personen nur innerhalb einer kurzen Frist zwischen GKV und PKV wählen und nur unter sehr restriktiven Bedingungen in die GKV zurückkehren können (Paragraf 9 Absatz 1 Nr.1 Fünftes Sozialgesetzbuch [SGB V]). Eine wirkliche Konkurrenz zwischen GKV und PKV gibt es deshalb nur um die sehr überschaubare Gruppe der Berufsstarter mit einem über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Gehalt.

Aber auch dieser Wettbewerb hat fragwürdige Aspekte. Angehörige dieses Personenkreises, die irgendwann mal eine Familie gründen möchten, gehen besser in die GKV, weil dort die Kinder kostenfrei mitversichert sind. Man zahlt zwar anfangs in der GKV als junger Single höhere Beiträge als in der PKV, aber die amortisieren sich später durch die eingesparten Kosten für die Versicherung der Kinder. Hier hat die GKV gegenüber der PKV einen Wettbewerbsvorteil, der allerdings unter sozialpolitischen Gesichtspunkten sehr fragwürdig ist. Dafür sorgt die Beitragsbemessungsgrenze, die 2014 in der GKV bei 4.050 Euro monatlich liegt. An dieser Grenze endet das Solidarprinzip und beginnt die Welt der einheitlichen Kopfpauschale. Ein freiwillig Versicherter mit zum Beispiel einem Monatsgehalt von 8.000 Euro zahlt den gleichen Beitrag wie sein Kollege mit einem Gehalt von 4.050 Euro, nämlich 627,75 Euro. Anstelle des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent und einem Versichertenanteil von 8,2 Prozent (Arbeitgeberanteil: 7,3 Prozent) kommt er umgerechnet auf einen allgemeinen Beitragssatz von 7,8 Prozent beziehungsweise einen Versichertenanteil von 4,2 Prozent (Arbeitgeberanteil: 3,6 Prozent).

Die Schwachstellen des dualen Systems blenden deren Befürworter aus und postulieren lieber einen indirekten Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Die PKV übe mit ihrer „Innovationsoffenheit“ Druck auf die GKV aus, der ohne sie entfallen würde „mit der Tendenz zu einer Versorgung auf

einem niedrigeren Niveau“ (Ulrich und Pfaff, 2). Die GKV habe im Status quo ein starkes Interesse an einem Leistungsangebot, das nicht zu stark hinter dem der PKV zurückfällt. „Die Existenz der PKV sichert damit der Gesamtheit aller gesetzlich Versicherten einen Krankenversicherungsschutz auf hohem Niveau“ (Augurzky und Felder, 45). Hier wird ein Zusammenhang nicht belegt, sondern konstruiert. Der Leistungskatalog der GKV wird nach gesetzlich festgelegten Regeln erstellt und unterliegt keinem imaginären Wettbewerbsdruck der PKV. Die GKV-Versicherten haben Anspruch auf ärztliche Behandlung, die „nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist“ (Paragraf 28 Absatz 1 SGB V). Was darunter konkret zu verstehen ist, und welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dem Stand des medizinischen Wissens entsprechen, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) auf Basis des international bewährten Grundsatzes der evidenzbasierten Medizin. Ein solches Scheininnovationen ausgrenzendes Instrument hat die PKV nicht. Allerdings haben die Entscheidungen des GBA insofern Einfluss auf die Leistungen der PKV, als die Beihilferegelungen für Beamte, und damit für knapp die Hälfte der PKV-Mitglieder, regelmäßig dem GKV-Leistungskatalog angepasst werden. Deshalb bestimmt eher der Leistungskatalog der GKV den der PKV als umgekehrt.

Nicht nur zwischen GKV und PKV, sondern auch innerhalb des PKV-Systems gibt es keinen wirklichen Wettbewerb. Die Feststellung, der Wettbewerb sei „nicht bestmöglich ausgestattet“ (Ulrich und Pfarr 2013, 2), ist die euphemistische Umschreibung eines für die PKV-Mitglieder fatalen Sachverhalts. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist faktisch eine Lebensentscheidung, weil bei einer Kündigung des Vertrags die Ansprüche aus den Alterungsrückstellungen verloren gehen. Sie müssen in der neuen Versicherung wieder aufgebaut werden, was mit zunehmendem Alter immer teurer und schließlich unbezahlbar wird (Meyer 2001). Deshalb ist die Behauptung, die PKV beruhe im Unterschied zur GKV auf dem Prinzip der Vertragsfreiheit und sei „daher grundsätzlich besser geeignet, unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich ihres Versicherungsschutzes Rechnung zu tragen“ (Augurzky und Felder 2013, 48), eine Verdrehung der Realität. Denn eine gesetzliche Krankenversicherung kann man bei Nichtgefallen ohne Verluste wechseln, eine private nicht.

Auch entsprechen die je nach Geschäftsmodell der Versicherung unterschiedlichen Wahltarife in der PKV wie bei einem Autokauf weniger den Wünschen als den finanziellen Möglichkeiten der Kunden (Zok 2013, 23 ff.). Bei Anhebungen der Versicherungsprämie wechseln erfahrungsgemäß viele Versicherte, wenn möglich, in einen billigeren Tarif mit höheren Selbstbehalten beziehungsweise kleinerem Leistungspaket, weil sie sich die Vollversicherung nicht mehr leisten können. Diese durch finanziellen Zwang verursach-

ten Leistungseinbußen als „Präferenz“ der Versicherten zu bezeichnen, grenzt an Zynismus. Die vorhandenen Forschungsergebnisse zeigen zudem eindeutig, dass Zuzahlungen und Selbstbehalte keine positiven Effekte auf die Ressourcensteuerung haben, sondern reine Finanzierungsinstrumente sind (Reiners 2012). Sie sind entweder hoch und haben unerwünschte soziale und gesundheitliche Folgen; oder sie sind niedrig, führen dann aber nicht zu einer geringeren Inanspruchnahme.

Wettbewerb in der PKV kann nur funktionieren, wenn ein Versicherungswechsel nicht mit dem Verlust von Ansprüchen aus den Alterungsrückstellungen verbunden ist, wie auch Ulrich und Felder als Mitverfasser des „Bayreuther Manifestes“ feststellten (Oberender et al. 2006, 31 ff.). Die vom Bundesjustizministerium berufene Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts kam ebenfalls zu diesem Ergebnis (VVG-Kommission 2004, 143 ff.). Beide Autorengruppen brachten einen gemeinsamen Risikopool der Versicherungsunternehmen für die Absicherung der Altersrisiken ins Gespräch. Sonst drohe bei einer individuellen Mitnahme der Ansprüche aus den Alterungsrückstellungen ein Wettbewerb über Risikoselektion, in dem Versicherungen durch das Abwerben von Kunden mit einer hohen Alterungsrückstellung ihren eigenen Cashflow erhöhen und zugleich ihre Konkurrenten schädigen könnten. Außerdem könnten kleinere Versicherungen in diesem Wettbewerb mit finanzstarken Konzernen nicht mithalten. Ein gemeinsamer Risikopool zerstört allerdings das bestehende Geschäftsmodell der PKV, das auf der Anlage der Alterungsrückstellungen auf dem Finanzmarkt und den Stornogewinnen bei gekündigten Versicherungsverträgen beruht. Auf dieses Dilemma gehen die Befürworter des dualen Krankenversicherungssystems mit keinem Wort ein.

5 Sorgt die PKV für mehr Generationengerechtigkeit?

Der PKV-Verband schaltet Anzeigen mit dem Slogan „Vorbildlich: Eine Krankenversicherung mit eingebauter Altersvorsorge“. Demografische Risiken lassen sich aber nicht durch Alterungsrückstellungen beseitigen, sie gelten sowohl für das Umlage- als auch für das Kapitaldeckungsverfahren. Beide Finanzierungssysteme bewirken Rechtsansprüche beziehungsweise Anwartschaften für eine Beteiligung an zukünftiger Wertschöpfung. Entscheidend für die Einlösung dieser Ansprüche ist immer die Leistungsfähigkeit der Wirtschaft zu dem Zeitpunkt, an dem sie fällig werden (Schmähl 2009). Der Unterschied zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren liegt in den jeweiligen Gewährleistungsträgern, das heißt in der Frage, wer für die Finanzierung der Alterssicherung geradestehen muss. Das ist zum einen das

Sozialbudget beziehungsweise die nationale Wertschöpfung und zum anderen der internationale Finanzmarkt. Die Vorstellung, der Finanzmarkt biete einen verlässlicheren Schutz gegen Folgen der demografischen Entwicklung, ist auch unabhängig von seiner hinreichend belegten grundsätzlichen Instabilität eine Illusion (Minsky 2011). Die Versicherungswirtschaft benötigt gemäß einer Faustregel eine Relation von Sparern zu Entsparen von mindestens 1,2 zu 1. Die demografische Entwicklung geht aber eher in Richtung 1 zu 1. Der britische Ökonom Nicholas Barr zog vor diesem Hintergrund schon Jahre vor dem großen Finanzmarkt-Crash von 2008 den Schluss, dass „aus wirtschaftlicher Sicht der demografische Wandel kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme (ist)“ (Barr 2002, 13).

Die Behauptung, die GKV sei nicht demografiefest finanziert, wird mit sogenannten Generationenbilanzen unterfüttert, in denen sich die Differenz zwischen den wegen der Alterung der Gesellschaft zu erwartenden Zuwächsen der Gesundheitsausgaben und den Beitragszahlungen der heutigen Generation zu deren „impliziter Schuld“ bei den nachwachsenden Versicherten aufsummiert. Diese „implizite Schuld“ werde bis 2055 auf fast ein Viertel der Wertschöpfung anwachsen (Felder und Fetzter 2007). Solche Modellrechnungen sind nicht nur wegen ihrer spekulativen Annahmen fragwürdig (Reiners 2013). Sie konstruieren auch mit ihrem Postulat, jede Generation habe für ihre gesamten zukünftigen Krankheitskosten selbst aufzukommen, einen künstlichen Konflikt zwischen Jung und Alt. Mit dem gleichen Recht, wie zukünftige Belastungen der Jüngeren durch die irgendwann anfallenden Krankheitskosten ihrer Eltern und Großeltern zu deren „Schulden“ hochgerechnet werden, könnten diese ihrem Nachwuchs deren Ausbildungskosten in Rechnung stellen oder zumindest eine Saldierung mit ihren Krankheitskosten im Alter verlangen. Auch müssten Vermögenstransfers in Form von Erbschaften und Schenkungen berücksichtigt werden, die zudem nicht eine inter-, sondern eine intragenerative Ungleichverteilung aufweisen (Bofinger 2008). Korrekte Bilanzierungen von Leistungen und Gegenleistungen zwischen Jung und Alt müssten diese und andere Faktoren wie Erfindungen, Produktivitätszuwächse oder Kriegsfolgen erfassen, was schon rein empirisch unmöglich ist. Das den Generationenbilanzen zugrunde liegende Postulat von Generationengerechtigkeit ist daher eine „Schimäre, die weder zu konkreten Handlungsanweisungen führt ... noch auf einem sauber definierten Konzept beruht“ (Börsch-Supan 2003, 1).

6 Vernichtet die Bürgerversicherung Arbeitsplätze?

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) warnte im April vergangenen Jahres: „Bürgerversicherung kostet 100.000

Arbeitsplätze“ (Mihm 2013a). Sie bezog sich auf eine Studie zu den Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der GKV und PKV, nach der insgesamt die Jobs von 67.000 PKV-Mitarbeitern von einer Bürgerversicherung betroffen wären (Paquet 2013, 54 f.). Diese Schätzung ist plausibel, allerdings sagt sie wenig darüber aus, wie viele Arbeitsplätze durch eine Bürgerversicherung tatsächlich verloren gingen. Eine entsprechende Prognose könne nur realistisch gestaltet werden, wenn klar ist, welche Rolle die PKV-Unternehmen in beziehungsweise neben einer Bürgerversicherung spielen sollen (Paquet 2013, 89 f.). Dazu gibt es gegenwärtig nur grobe Vorstellungen, aber noch kein detailliertes Konzept.

Bemerkenswert ist, dass in dem FAZ-Artikel eine auf der Hand liegende Frage nicht gestellt wird: Sollte die PKV für die Krankenversicherung von 13 Prozent der Bevölkerung tatsächlich über 60.000 Mitarbeiter beschäftigen, weshalb kommt dann die GKV für die anderen 87 Prozent mit 120.000 Angestellten aus (Stand: 2011)? Die Overhead-Kosten hatten 2012 in der PKV einen Anteil an den Gesamtausgaben von 20,6 Prozent, in der GKV einschließlich Pflegeversicherung von 5,4 Prozent (Tabelle 1). Den Löwenanteil dieser Aufwendungen haben in der PKV die Abschlusskosten, die sich allerdings unter den Versicherungsunternehmen erheblich unterscheiden. Diese Ausgaben können zwischen 0,6 bis 15,2 Prozent der Bruttobeiträge der PKV-Mitglieder liegen (Paquet 2013, 51). Die Bürgerversicherung würde den Verwaltungsaufwand also erheblich reduzieren. Wenn der Beitrag in der FAZ diesen volkswirtschaftlichen Effizienzgewinn auf Arbeitsplatzvernichtung reduziert, ist das in etwa so, die Ablösung der Dampf- durch die E-Lok nicht als technischen Fortschritt zu bewerten, sondern als Jobkiller für Heizer.

Offenbar spielen Aspekte einer wirtschaftlichen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen für die Anhänger der dualen Krankenversicherung eine nachgeordnete

te Rolle. Auch die gegenüber der GKV deutlich höheren Behandlungsausgaben der PKV, insbesondere in der ambulanten Versorgung, werden von ihnen nicht als Indikator für Unwirtschaftlichkeit gesehen, sondern als Wachstumsfaktor, der mit einer Bürgerversicherung verloren gehe (Ulrich und Pfaff 2013, 3 f.; Niehaus 2013; Kaiser 2013). Diese werde zu einem durchschnittlichen Umsatzverlust pro Arztpraxis von jährlich über 40.000 Euro führen und bedrohe so die medizinische Infrastruktur. Ob diese Zahl realistisch ist, sei dahingestellt. Auf jeden Fall kann man nicht so tun, als habe die Bürgerversicherung mit einem einheitlichen Vergütungssystem keine Auswirkungen auf die Umsätze von Arztpraxen. Eine Modellrechnung ergab, dass „im Durchschnitt die Leistungen für Privatversicherte den Ärzten rund 2,28 mal so gut vergütet (werden) wie die gleichen Leistungen gegenüber GKV-Versicherten“ (Walendzik et al. 2008, 47).

Dieses Ungleichgewicht im dualen Vergütungssystem von Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) setzt falsche Anreize und fördert Versorgungsdisparitäten. Wegen der höheren Zahl von Privatpatienten bringt eine Arztpraxis zum Beispiel im Südwesten Berlins höhere Erträge als eine am östlichen Stadtrand, was zu Über- beziehungsweise Unterversorgung führt. Auch haben Hausärzte meist deutlich geringere Umsätze mit Privatpatienten als Fachärzte (Kaiser 2013). Wenn die medizinische Infrastruktur gefährdet wird, dann nicht durch ein einheitliches Vergütungssystem, sondern durch die weder medizinisch noch ökonomisch zu rechtfertigenden Disparitäten zwischen dem EBM- und dem GOÄ-System. Zudem werden medizinisch unnütze Leistungen wie individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) privat abgerechnet (Windeler 2008). Solche Mehrumsätze kann man nicht als wünschenswertes Wirtschaftswachstum interpretieren. Genauso gut könnte man die Überschreitungen des geplanten Kostenrahmens für den neuen Hauptstadtflughafen als regionalen Wachstumsimpuls für Berlin und Brandenburg begrüßen.

TABELLE 1

Leistungsausgaben und Overhead-Kosten in Millionen Euro, 2012

	GKV + soziale Pflegeversicherung	PKV + private Pflegeversicherung
Leistungsausgaben	195.002	23.305
Overhead-Kosten	11.097*	6.040**
Anteil Overhead-Kosten (in %)	5,4	20,6

* Nettoverwaltungskosten + sonstige Ausgaben, ** Verwaltungs- und Abschlusskosten

Quelle: BMG 2013, PKV-Verband 2014, eigene Berechnungen

Grafik: G+G Wissenschaft 2014

7 Perspektiven eines integrierten Krankenversicherungssystems

Der Umbau des dualen zu einem einheitlichen Krankenversicherungssystem steht vorläufig nicht auf der politischen Tagesordnung. Ein solches Projekt braucht eine breite politische Mehrheit, und die ist nicht vorhanden. Die aufgezeigten Widersprüche im dualen Krankenversicherungssystem werden sich aber weiter zuspitzen und seine ökonomische Legitimation weiter aushöhlen. Das gilt insbesondere für das Beihilfesystem, das öffentliche Haushalte spätestens dann finanziell überfordern wird, wenn die geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1970 nach und nach in Pension gehen (siehe hierzu auch den Beitrag von *Jacobs und Haun* ab Seite 23 in diesem Heft). Dabei handelt es sich nicht nur um eine Alterskohorte mit wachsenden Behandlungskosten, auch deren Beihilfeanteil steigt in der Regel von 50 auf 70 Prozent. Das wird vor allem die Länderhaushalte mit ihrem großen Beamtenapparat belasten und spätestens ab dem Jahr 2020 zum Handeln zwingen, wenn das von der Föderalismuskommission 2009 beschlossene Verbot der Nettoneuverschuldung der Länder greift. Man wird dann nach einem Weg aus diesem Dilemma suchen, der eigentlich nur in einer Überführung der Beamten in das GKV-System bestehen kann. Das wird zwar schon aus rechtlichen Gründen nicht mit einem

Schlag, sondern nur schrittweise geschehen können. Aber das Geschäftsmodell der PKV wäre substanziell beschädigt, weil die Beamten bislang knapp die Hälfte ihrer Klientel stellen. Wenn das Beihilfesystem ein Auslaufmodell wird, werden sich vor allem die großen Versicherungskonzerne fragen, ob sie nicht ganz aus dem Krankenversicherungsgeschäft aussteigen sollten.

Die wachsenden ökonomischen Probleme des Beihilfesystems und der PKV werden sicher den Handlungsdruck auf die Politik erhöhen, jedoch ergibt sich daraus kein Selbstläufer in Richtung Bürgerversicherung. Die vorliegenden Expertisen zu einer integrierten Krankenversicherung sehen zwar keine unüberwindbaren juristischen Hindernisse für dieses Projekt (*Bieback 2005; Kingreen und Kühling 2013*). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gewährt dem Gesetzgeber in der Frage der finanziellen Sicherung der solidarischen Krankenversicherung einen sehr breiten Spielraum. Aber bei der politischen Umsetzung dieses Projekts sind Fragen zu klären:

- Welche Unternehmensform soll die Krankenversicherung haben (öffentlich-rechtlich oder privat) und welche wettbewerbsrechtlichen Fragen ergeben sich?
- Welche Ansprüche ergeben sich aus dem Beihilfesystem für Beamte?

TABELLE 2

Stolpersteine auf dem Weg zur monistischen Krankenversicherung

Reformebene	Umsetzungsproblem	Konfliktpotenzial
Unternehmensform	Grundsätzlich ist eine öffentliche Unternehmensform ebenso denkbar wie eine private. Die besonderen Strukturen der GKV müssen kartellrechtlich abgesichert werden.	Eher gering. Die Politik hat einen breiten rechtlichen Spielraum in der Umsetzung.
Leistungskatalog	Unterschiede zwischen PKV und GKV sind gering. Zusatzversicherungen für besondere Leistungen könnten alle Versicherungen anbieten.	Eher gering. Die Grundleistungen der GKV und der PKV sind ähnlich.
Vergütungssystem	Umstellung von Einzelleistungsvergütung auf morbiditätsorientierte Pauschalen. Gegebenenfalls Übergangsregelungen für bestimmte Facharztpraxen.	Eher hoch. Berührt sind wirtschaftliche Interessen von Ärzten.
Alterungsrückstellungen	Alterungsrückstellungen der PKV könnten als „Auflösungszahlungen“ in die GKV überführt werden. Es ist aber unklar, wem die Alterungsrückstellungen gehören.	Eher hoch. Es geht um rund 180 Milliarden Euro. Vermutlich wird diese Frage vom Bundesverfassungsgericht zu klären sein.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

- Welche vertrags- und eigentumsrechtlichen Aspekte müssen in Übergangsregelungen berücksichtigt werden?
- Wie kann ein einheitliches Vergütungssystem für Ärzte aussehen?

Die beiden ersten Fragen sind vergleichsweise einfach zu beantworten, auch wenn rechtliche Fallstricke beachtet werden müssen (Kingreen und Kühling 2013). Man kann wie in den Niederlanden allen Krankenversicherungen eine einheitliche Unternehmensform geben, ohne ihnen damit deren öffentlichen Auftrag beziehungsweise freigemeinnützigen Charakter zu nehmen (Greß et al. 2009). Grundsätzlich ist auch ein Nebeneinander von öffentlich-rechtlichen und privaten Unternehmen denkbar. Die PKV-Unternehmen haben keinen grundsätzlich geschützten Anspruch auf ihr traditionelles Geschäftsmodell. Auch das Beihilfesystem hat keinen Verfassungsrang. Der Staat ist lediglich verpflichtet, sich am Krankenversicherungsschutz seiner Beamten angemessen zu beteiligen und für Übergangsregelungen, vor allem für ältere Beihilfeempfänger, zu sorgen. Die wirklich schwierigen und konfliktträchtigen Probleme sind die Gestaltung der Übergangsregelungen in Bezug auf eigentums- und vertragsrechtliche Aspekte sowie die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems für Ärzte.

Eine entscheidende verfassungsrechtliche Frage ist die nach den Alterungsrückstellungen der PKV (siehe hierzu auch den Beitrag von Kingreen ab Seite 16 in diesem Heft). Dazu gibt es noch kein höchstrichterliches Urteil, sondern nur Rechtsexpertisen (Kingreen und Kühling 2013). Demnach haben weder die Versicherten noch die Versicherer einen durch Artikel 14 Grundgesetz geschütztes Eigentumsrecht an den Alterungsrückstellungen. Bei Ersteren begründen sie nur einen Anspruch auf Beitragsglättung mit zunehmendem Alter, bei Letzteren sind sie bilanztechnische Rechnungsposten beziehungsweise Rückstellungen zur Risikoabsicherung, die keinem speziellen Eigentumsschutz unterliegen. Aus den Alterungsrückstellungen könnten zwar bei einem gesetzlich verfügbaren Wechsel von PKV-Mitgliedern in die GKV „Auflösungszahlungen“ geleistet werden. Wie sich dieser Prozess aber im Detail so gestalten lässt, dass er einen verfassungsrechtlichen Stresstest besteht, ist noch nicht abschließend geklärt. Kommt es in dieser Frage zu keiner einvernehmlichen Lösung mit der Versicherungswirtschaft, wird wohl oder übel das Bundesverfassungsgericht das letzte Wort haben.

Der Übergang zu einem einheitlichen Vergütungssystem ist hingegen kein verfassungsrechtliches Problem, auch wenn man mit entsprechenden Klagen rechnen muss. Es geht um wirtschaftliche Interessen von einem Teil der niedergelassenen Ärzte. Wie bereits erwähnt, sind bei vergleichbaren Fällen die Behandlungskosten bei Privatpatienten mehr als doppelt so hoch wie bei Kassenpatienten. Dies hängt mit der fehlenden Mengengrenzung und der Struktur der Einzel-

leistungsvergütung in der GOÄ zusammen (Walendzik et al. 2008). Mittlerweile liegen Skizzen eines einheitlichen Vergütungssystems mit folgenden Schwerpunkten vor (Friedrich Ebert Stiftung 2013; Walendzik 2013):

- Beibehaltung des bestehenden Vergütungsvolumens von GKV und PKV
- morbiditätsorientierte Pauschalen, kombiniert mit Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Kalkulation von Vergütungshöhe und -umfang durch ein beim GBA angesiedeltes Institut
- getrennte Vergütungsordnungen für Haus- und Fachärzte, Harmonisierung der Facharztvergütungen mit dem DRG-System

Auch wenn man dem in der GKV sicher nicht populären Vorschlag folgt, am bestehenden gesamten Vergütungsvolumen von GKV und PKV festzuhalten (Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband 2013), wären die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte regional und nach Fachgebieten unterschiedlich betroffen. So brachten die Privatpatienten im Jahr 2007 den Hausärzten 15,8 Prozent ihres Umsatzes, den Orthopäden hingegen 37,7 Prozent (Kaiser 2013, 19 ff.). Ein einheitliches Vergütungssystem, das den oben genannten Kriterien folgt, würde die Honorare anders verteilen, sonst machte es auch keinen Sinn. Für eine Übergangszeit sind daher Regelungen für die Kompensation von Honorarverlusten denkbar, vor allem dann, wenn Investitionsentscheidungen getroffen wurden im Vertrauen auf die Mehreinkünfte durch Privatpatienten (Walendzik 2013, 22 ff.).

Klar ist aber auch, dass kein einheitliches Vergütungssystem geschaffen werden kann, bei dem jeder Arztpraxis der Umsatz des alten Systems garantiert wird. Darin liegt ein erhebliches Protestpotenzial, wie man schon aus den Erfahrungen mit EBM-Reformen lernen kann, bei denen es auch immer Gewinner und Verlierer gab.

8 Fazit

Die gegen die Bürgerversicherung vorgebrachten ökonomischen Argumente sind letztlich haltlos und basieren eher auf ideologischen Schablonen als auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die offenen verfassungsrechtlichen Fragen weisen aber darauf hin, mit welchem Sperrfeuer gerechnet werden muss, wenn das Projekt eines gemeinsamen Krankenversicherungssystems auch nur in die Nähe einer politischen Mehrheitsfähigkeit kommt. Die Union und die SPD haben dieses Thema in ihrem Koalitionsvertrag ausgeklammert, aber das bedeutet nicht das Ende der Debatte. Eine Schlüsselrolle wird dabei das Beihilfesystem für Beamte einnehmen, auf das hohe Ausgabensteigerungen zukommen

wird, die den Staatshaushalt stark belasten werden. Dann steht die Bürgerversicherung mit einiger Sicherheit wieder auf der tagespolitischen Agenda. Die heute vorliegenden Szenarien einer Bürgerversicherung, wie zum Beispiel der von der Bertelsmann-Stiftung gemeinsam mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband erstellte Zehn-Punkte-Plan, können dann wieder aus der Schublade geholt werden (*Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband 2013*).

Literatur

- Augurzyk B, Felder S (2013):** Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung. RWI-Materialien Heft 75; www.rwi-essen.de → Publikationen → RWI Materialien → RWI Materialien 2013 (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Barr N (2002):** Rentenreformen: Mythen, Wahrheiten und politische Entscheidungen. *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, Jg. 55, Heft 2, 3–46
- Bieback KJ (2005):** Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Bertelsmann Stiftung, Verbraucherzentrale Bundesverband (2013):** Gerecht, effizient und nachhaltig. Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung; www.bertelsmannstiftung.de → Gesundheit → Bürgerorientiertes Gesundheitswesen → Versorgung verbessern → Integrierte Krankenversicherung → Downloads (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Bofinger P (2008):** Gerechtigkeit für Generationen. Eine gesamtwirtschaftliche Perspektive. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung; <http://library.fes.de> → Digitale Bibliothek → FES-Publikationen → Titel in die Schnellsuche eingeben (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Börsch-Supan A (2003):** Zum Konzept der Generationengerechtigkeit; www.mea.mpsoc.mpg.de/fileadmin/files/topics/Paper_GenGerechtigkeit_17Jun03.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Felder S, Fetzer S (2007):** Die Gesundheitsreform – (k)ein Weg zur Entlastung zukünftiger Generationen? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 61, Heft 7-8, 39–45
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2013):** Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen; <http://library.fes.de> → Digitale Bibliothek → FES-Publikationen → Titel in die erweiterte Suche eingeben (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Greß S, Leiber A, Manougian M (2009):** Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *WSI-Mitteilungen*, Jg. 62, Heft 7, 369–375
- Greß S, Wasem J (2007):** Weg von der Beitrags- hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer Sicht. In: Felix D (Hrsg.). *Die Finanzierung der Sozialversicherung*. Berlin: Lit-Verlag, 5–24
- Jacobs K (2013):** Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart, 47–73
- Kaiser HJ (2013):** Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung. Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen; www.pvs.de → Studie von der Startseite herunterladen (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Kingreen T, Kühling J (2013):** Monistische Einwohnerversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Meyer U (2001):** Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloption. In: Scholz R et al. (Hrsg.). *Zu den Wechseloptionen der PKV*. *PKV-Dokumentation* 25, 58–76; www.pkv.de/publikationen/dokumentationen/zu_den_wechseloptionen_der_pkv.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Mihm A (2013a):** Bürgerversicherung kostet 100.000 Arbeitsplätze. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 13.04.2013; www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/umbau-der-krankenversicherung-buergerversicherung-kostet-100-000-arbeitsplaetze-12140626.html (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Mihm A (2013b):** Bürgerversicherung hält Versprechen nicht. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 20.08.2013; www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gesundheitspolitik-buergerversicherung-haelt-versprechen-nicht-12538540.html (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Minsky HP (2011):** Instabilität und Kapitalismus. Zürich: Diaphenes
- Niehaus F (2013):** Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten: Die Entwicklung von 2006 bis 2011. *WIP-Diskussionspapier* 01/13; www.wip-pkv.de → Veröffentlichungen → Studie downloaden (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Oberender P, Felder S, Ulrich V et al. (2006):** Bayreuther Versicherermodell. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen. Bayreuth: P.C.O.
- Paquet R (2013):** Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. *Arbeitspapier* 284 der Hans-Böckler-Stiftung; www.boeckler.de → Veröffentlichungen → Arbeitspapiere → Jahrgang 2013 → Seite 2 klicken (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Pfister F (2010):** Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang
- Pimpertz J (2013):** Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen. *IW policy paper* 12/2013; www.iwkoeln.de → Studien → IW policy papers (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Reiners H (2012):** Ökonomenstammtisch. Anmerkungen zu öffentlichen Erklärungen der DGGÖ. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 66, Heft 3, 72–77
- Reiners H (2013):** Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart, 175–196
- Roll K, Stargardt T, Schreyögg J (2012):** Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient care. In: *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice* 37, 609–642;

www.hche.de → Publikationen → HCHE Research Papers (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Schellhorn M (2007): Vergleich von Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten Versorgung. In: Böcken J et al. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2007. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 95–113

Schmähl 2009: „Generationengerechtigkeit“ als Begründung für eine Strategie „nachhaltiger“ Alterssicherung. In: Schmähl W (Hrsg.). Soziale Sicherung: Ökonomische Analysen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 401–413

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005. Bundestagsdrucksache 15/4300 vom 18.11.2004; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/043/1504300.pdf> (letzter Zugriff am 20.12.2013)

SVR-W (2013): Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2013/14; www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Gutachten und Expertisen → Aktuelles Jahresgutachten (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Ulrich V, Pfaff C (2013): Zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV. In: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 9–10, 1–7

VVG-Kommission (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts) (2004): Abschlussbericht vom 19. April 2004; www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_professuren/vwl_sozialpolitik/Meyer_Seiten/forschung/Abschlussbericht.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Walendzik A et al. (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag Nr. 165 aus dem FB Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen; www.wiwi.uni-due.de → Forschung → Publikationen → 2008 (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Walendzik A (2013): Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 2, 16–24

Windeler (2008): IGeL – ärztliche Zusatzleistungen kritisch betrachtet. Die BKK, Jg. 96, Heft 1, 98–102

Zok K (2013): GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 15–45

DER AUTOR



Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners, Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist, lebt in Berlin. Bis 2009 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MAGS) des Landes Brandenburg; zuvor in gleicher Funktion im MAGS Nordrhein-Westfalen. In dieser Eigenschaft an allen

GKV-Reformgesetzen seit 1988 beteiligt. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie.