

---

# Gesundheitswesen aktuell 2013

## Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

---

Franz Knieps

„Abschied vom dualen Krankenversicherungssystem:

Plädoyer für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt aus GKV und PKV“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 64-83)

Franz Knieps\*

## Abschied vom dualen Krankenversicherungssystem

### Plädoyer für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt aus GKV und PKV

\*Der Autor ist Partner der WMP HealthCare GmbH. Er wird zum 1. Juli 2013 das hauptamtliche Vorstandsamt beim neu gegründeten BKK-Dachverband übernehmen. Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

Das duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung lässt sich nur historisch erklären, nicht aber politisch, juristisch oder ökonomisch rechtfertigen. Der Beitrag ist ein Plädoyer für die Konvergenz der Systeme zu einem einheitlichen Versicherungssystem. Er beschreibt die historische Entwicklung, analysiert die Webfehler und zeigt Wege zur Überwindung der Trennung von GKV und PKV auf. Abschließend skizziert er, warum, wann und wie der Prozess zu einer grundlegenden Reform von Versicherung und (ambulanter) Versorgung eingeleitet werden kann. Dabei wird gezeigt, an welchen Stellen welcher Gestaltungsspielraum vorhanden ist.

### Die Entwicklung der Dualität im Zeitraffer

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist nicht per Masterplan entstanden, sondern hat sich historisch aus mehreren Wurzeln entwickelt und in vielen Reformvorhaben seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung am Ende des 19. Jahrhunderts an veränderte gesellschaftliche und ökonomische Entwicklungen angepasst (Einzelheiten bei Hänlein und Tennstedt 2012; Ebsen 2012).

Die älteste Krankenkasse, die heute noch als solche tätig ist, ist die Bundesknappschaft, deren Beginn auf das Jahr 1260 datiert ist. Handwerkerinnungen, Gilden und Zünfte waren auch Zusammenschlüsse gegen das Krankheitsrisiko. Der „gemeine Mann“ war dagegen immer auf die Barmherzigkeit seiner Mitmenschen oder auf kirchliche und kommunale Armenfürsorge angewiesen.

Traditionsreiche Betriebskrankenkassen – wie die frühere BKK Krupp – sind älter als Bismarcks Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. Ältere Traditionen haben auch Orts- und Ersatzkassen. Während Erstere ihre Wurzeln auf kommunale Hilfskassen in der Preußischen Gewerbeordnung von 1845 zurückführen, berufen sich Letztere auf eingeschriebene Hilfskrankenkassen, die 1876 in der Gewerbeordnung des Deutschen Reichs kodifiziert wurden. Andere sogenannte freie Hilfskassen sind als Vorläufer der privaten Krankenversicherung anzusehen. Während das Krankenversicherungsgesetz von 1883 als „Schmelztiegel der bestehenden Kassentypen“ (Alber und Bernardi-Schwenkluhn 1992) anzusehen ist, kennt die PKV keinen solchen Gründungsmythos. Der Begriff der privaten Krankenversicherung als Kontrapunkt zur GKV ist auf das Jahr 1903 zurückzuführen (Koch und Uler 1997).

Ökonomische Bedeutung erlangten GKV und PKV erst im Gefolge der Hyperinflation nach dem Jahr 1923, die zur faktischen Abschaffung der Versicherungsberechtigungs- und -pflichtgrenze führte und die PKV als mögliche Option neben Eigensicherung und gesetzlicher Versicherung etablierte. Von da an entwickelten sich beide Systeme in weitgehender Trennung bis Mitte der 1970er Jahre. Der Einschluss weiterer Personengruppen in die GKV, vor allem in der Anfangsphase der sozialliberalen Koalition, führte einerseits zum temporären Rückgang der Vollversicherten in der PKV, andererseits aber zu einer stärkeren Einbindung dieses Versicherungszweigs in die Steuerung des Gesundheitswesens und zu einem Erstarren des Zusatzversicherungsgeschäftes. Letzteres belebte Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen in der GKV weiter. Auch profitierte die PKV von der Einführung der Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und der faktischen Zuordnung von Selbstständigen und Beamten zu ihrem Versicherungszweig durch die Blümsche Gesundheitsreform. Zugleich wurde seit dieser Zeit eine spätere Rückkehr älterer Versicherter in die GKV erschwert und schrittweise ausgeschlossen.

Alle Regierungen seit dem Jahr 1998 haben den Konvergenzprozess zwischen GKV und PKV beschleunigt (Pfister 2010). Der GKV wurden typische versichertenbezogene Instrumente wie Kostenerstattung, Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung erlaubt, Leistungsausweitungen über Satzungsregelungen und Zusatzversicherungen sowie feste Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen ermöglicht. Umgekehrt wurde die PKV in Steuerungssysteme zur Begrenzung der Ausgaben – wie die Finanzierung von Krankenhausleistungen über diagnoseabhängige Fallpauschalen oder die Begrenzung der Arzneimittelausgaben über gesetzliche Herstellerabschläge oder freiwillige Rabattierungen – einbezogen.

Auffällig ist, dass nach einer langen Periode der „friedlichen Koexistenz“ im 21. Jahrhundert ein zunehmend aggressives Verhältnis zumindest auf den Verbandsebenen entstanden ist. Während der PKV-Verband allen Ernstes der Politik weiszumachen versuchte, die Übernahme aller freiwillig Versicherten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung würde diesen Versicherungszweig entlasten, bestreiten GKV-Vertreter die Existenzberechtigung einer privaten Vollversicherung. Das jeweils eigene System wird als das überlegene dargestellt. Intensiv wird um Mitstreiter – bei Arbeitgebern und Ärzteschaft auf der einen Seite und bei Gewerkschaften und Sozialverbänden auf der anderen Seite – gebuhlt.

Eigene Probleme, speziell bei der Finanzierung, werden kleingeredet oder die Ursache der anderen Seite zugeschoben. Gestritten wird über alles – die Nachhaltigkeit der Finanzierung, die Überbeziehungsweise Unterlegenheit von Kapitaldeckung und Umlageverfahren, die Anreizwirkungen der ärztlichen Honorierungssysteme, Risikoselektion und Rosinenpickerei, Leistungskatalog und Servicequalität. Wenn man überhaupt von einem Systemwettbewerb sprechen kann, mündet dieser zunehmend in eine Schlamm Schlacht, selbst wenn auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen und PKV-Unternehmen ein pragmatisches Zusammenwirken auf vielen Feldern möglich bleibt.

Zugleich spitzen sich (partei)politische Auseinandersetzungen um die Zukunft des dualen Systems zu. Während SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke eigene, durchaus unterschiedliche Konzepte für eine sogenannte Bürgerversicherung vorgelegt haben, die von einem weiteren Konzept des Deutschen Gewerkschaftsbundes unterstützt werden, haben sich CDU/CSU und FDP prinzipiell für einen Fortbestand des dualen Systems ausgesprochen, auch wenn sie Reformbedarf speziell bei der PKV sehen und einzelne ihrer Repräsentanten eine weitreichende Konvergenz bis hin zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt voraussagen.

Schließlich hat sich das Meinungsbild in den Medien gewandelt. Hohe Prämiensteigerungen – im Jahresdurchschnitt in den letzten Jahren rund doppelt so hoch wie Beitragssatzsteigerungen in der GKV – und Differenzierungen im Rahmen der ambulanten Behandlung haben nicht nur den Unmut vieler Bürger geweckt, sondern auch mediale Aufmerksamkeit für negative Seiten einer privaten Absicherung im Krankheits- und Pflegefall geschaffen. Selbst konservativ-liberale Wirtschaftsmedien kritisieren das Finanzgebaren der PKV, die den Gesetzgeber um Hilfe rufen muss, um die Abschlusskosten und Provisionen ihrer Versicherungsvertreter im Zaum zu halten. Bürgerbeschwerden und Petitionen bei Parlamenten und Regierungen nehmen zu. Der Druck zu spürbaren Veränderungen wächst.

### Kritik an der Dualität – gesellschaftspolitische und ökonomische Erwägungen

Während im historischen Verlauf Unterschiede beim Zugang zu und der Organisation von gesetzlichen Krankenkassen eingegeben wurden, hat sich an der grundsätzlichen Aufteilung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wenig geändert. Noch immer ist der Zugang der PKV als Vollversicherung auf drei Personengruppen beschränkt: gut verdienende Arbeiter und Angestellte, Selbstständige unabhängig von der Höhe ihres Einkommens und Beamte. Letztere sind faktisch gezwungen, sich privat zu versichern, da allein privaten Krankenversicherungen das

Privileg eingeräumt ist, Teilkostentarife anzubieten, die die Sicherungslücke jenseits der Beihilfe schließen. Beamte, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben wollen, haben keinen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen und müssen deshalb schon eine hohe Portion Idealismus aufbringen, wenn sie sich zum Solidarsystem der GKV bekennen wollen.

Zugangsrechte, die vom Einkommen oder vom beruflichen Status abhängen, sind überholt. Dies lässt sich exemplarisch am langen Kampf für die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten im Arbeits-, Wirtschafts- und Sozialrecht belegen (Wank 1992). Der Kampf um Privilegien und Sonderrechte wurde erbittert geführt, aber letztlich ist er an der Modernisierung der Gesellschaft gescheitert.

Das gleiche Schicksal werden Zugangsbarrieren zu privaten Sicherungsformen erleiden. Exklusive Versicherungsformen wie die private Krankenversicherung oder berufsständische Versorgungswerke, die bestimmten Berufsgruppen günstigere Bedingungen als die allgemeinen Solidarsysteme anbieten, lassen sich nicht länger gesellschaftspolitisch rechtfertigen. Solidarität in kleinen Gemeinschaften ist nur dann zu rechtfertigen, wenn sie damit der gesellschaftlichen Solidarität nicht die Basis entzieht. Gerade dies ist aber bei den beschriebenen Sicherungsformen der Fall. Das Einkommen derjenigen, die für ein Opt-out aus der Gesetzlichen Krankenversicherung optieren, liegt deutlich höher als das durchschnittliche Einkommen gesetzlich Versicherter (Jacobs 2012). Durch jeden Wechsel in die PKV werden der GKV Deckungsbeiträge entzogen, auch wenn nicht jeder Beamte oder jeder Selbstständige individuell wohlhabend ist.

Dabei hilft es auch nicht, tradierte rechtliche Argumente gegen die Auflösung der Dualität ins Feld zu führen (umfassend zu allen rechtlichen Fragen Wallrabenstein 2010; Bieback 2005). Dies gilt zum einen für den Topos der Schutzbedürftigkeit, der bei Gründung und Ausbau der Gesetzlichen Krankenversicherung eine besondere Rolle gespielt hat.

Dieser Gedanke geht in Verbindung mit dem Grundsatz der Subsidiarität davon aus, dass staatliche Sicherungssysteme erst greifen dürfen, wenn der Einzelne oder eine Gruppe von Einzelnen nicht mehr in der Lage ist, den Schutz gegen elementare Lebensrisiken selbst zu organisieren. Dieser Gedanke ist gleich doppelt überholt. So überfordert die Eigenversicherung selbst sehr wohlhabende Menschen.

Zwar mag ein Superreicher noch die Kosten einer Organtransplantation finanzieren können. Die meisten Menschen, die heute privat krankenversichert sind, werden dies aber nicht können, zumal sie dann in lebenslanger kontinuierlicher medizinischer Betreuung verbleiben müssen.

Ein weiteres Argument betrifft den Wandel des Krankenversicherungsrechts von einem Sicherungssystem für benachteiligte Gruppen der Bevölkerung hin zu einem die gesamte Bevölkerung umfassenden Bestandteil moderner Daseinsvorsorge, das nicht nur Risiken absichert, sondern als Wirtschaftsverwaltungsrecht eine wesentliche Branche der Volkswirtschaft steuert (Rixen 2005). Diese Branche lässt sich eben nicht allein über die Prinzipien von Markt und Wettbewerb steuern, sondern stützt sich weltweit auf die Steuerung durch Recht und Politik.

Auch die Berufung der PKV und der dort Versicherten auf die Grundrechte, speziell auf die allgemeine Handlungsfreiheit, die Berufsfreiheit und das Grundrecht auf Eigentum, verfängt nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass der Gesetzgeber nicht gehindert ist, eine allgemeine Versicherungspflicht gegen elementare Risiken in einem einheitlichen System zu beschließen, wenn er dafür Gründe des Allgemeinwohls findet (so schon in der wenig beachteten AOK-Entscheidung [BVerfGE 39, 302 ff.] und vor allem im Urteil zur Pflegeversicherung [BVerfGE 103, 197 ff.]).

Nur so weit und so lange an der Dualität festgehalten wird, besteht eine Beobachtungspflicht, ob Maßnahmen zur Stärkung der Solidarität die PKV nicht quasi auf kaltem Weg erdrosseln (BVerfGE 123, 186 ff.).

Selbstverständlich genießen Versicherte, die sich im Bewusstsein der geltenden Regelungen für eine private Absicherung entschieden haben, Vertrauensschutz. Wie weit dieser Schutz reicht, lässt sich aber erst dann feststellen, wenn die konkrete Ausgestaltung des neuen Sicherungssystems absehbar ist und spezielle Übergangsregelungen den Weg in ein neues System weisen. In jedem Fall sind künftige Gewinnchancen der Unternehmungen der privaten Versicherungswirtschaft nicht grundrechtlich geschützt.

Ob die Alterungsrückstellungen, die sich im Kapitalstock der PKV befinden, eigentumsrechtlich den Versicherten oder den Unternehmen zuzuordnen sind, ist bisher nicht hinreichend geklärt. Nach Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen spricht viel dafür, dass sie den Versicherten zuzurechnen sind. Dies würde eine Überführung der individuellen Alterungsrückstellungen für Versicherte, die zurück in die GKV wechseln, erleichtern. Aber auch für den Fall, dass die Alterungsrückstellungen bei einem solchen Wechsel dem Unternehmen als Stornogewinn verbleiben, dürfte einer Beteiligung der Unternehmen an der Solidarlast für ältere Rückkehrer verfassungsrechtlich wenig entgegen zu halten sein.

Der zweite gesellschaftspolitische Einwand, der dem dualen System in gegenwärtiger Ausprägung entgegengehalten werden muss, sind die Zugangsbeschränkungen zur PKV. Diese richten gleich doppelte Hürden auf. Nur bestimmte Personengruppen finden generell Zugang zur PKV. Darüber hinaus stellt die medizinische Eingangsüberprüfung eine weitere Hürde dar. Je nach Ergebnis dieser Prüfung kann eine private Krankenversicherung die Zugangswilligen mit Risikozuschlägen belegen oder sogar völlig ausschließen. Ein System, das frühere Erkrankungen als Ausschlussgrund akzeptiert, ist gesellschaftlich nicht länger tolerierbar.

Der Verfasser erinnert sich mit gemischten Gefühlen an die Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Auf Vorhaltung einer Abgeordneten, eine ausgeheilte psychische Erkrankung führe zum Ausschluss des Zugangs zur PKV, entgegnete die frühere Justiziarin des PKV-Verbandes, man akzeptiere auch keine Personen mit Herzfehlern. Diese Feststellung löste tumultartige Empörung im Anhörungssaal aus. Selbst in den USA, die von allen OECD-Ländern wohl das Gesundheitssystem mit dem höchsten Anteil an Privatversicherungen ist, hat der Affordable Care Act von Präsident Obama solche Zugangsbarrieren beseitigt.

Vernichtende Kritik an der Dualität kommt auch aus ökonomischer Sicht (grundlegend Pfister 2010). Während liberale Ökonomen einen verzerrten Wettbewerb beklagen und durch die Kombination mit einer eigenen ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenordnung massive Allokationsdefizite ausmachen, stören sich eher sozialpolitisch ausgerichtete Ökonomen an den unerwünschten Verteilungseffekten der Dualität. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, der sozialistischer Neigungen unverdächtig ist, hat wiederholt die Argumente zusammengetragen, die aus volkswirtschaftlicher Sicht gegen die Fortführung eines dualen Systems und für die Überlegenheit eines einheitlichen Versicherungssystems sprechen (exemplarisch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2008/2009). Diese müssen hier nicht im Einzelnen wiederholt werden. Sie fokussieren sich auf die verteilungspolitischen Wirkungen der Versicherungspflichtgrenze, auf Allokationsdefizite als Folge der Marktsegmentierung und auf Dysfunktionen aus einem fehlorientierten Wettbewerb.

Speziell der sogenannte Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV wird von Befürwortern der Dualität als wesentliche Begründung für deren (weitere) Existenz angeführt. Wie bereits dargelegt, ist diese Dualität nicht aus Wettbewerbsgründen entstanden, sondern sollte schlicht Lücken im sozialen Schutz gegen elementare Lebensrisiken füllen.

Zum anderen ist ein Systemwettbewerb unter ungleichen Bedingungen eine Farce. Ein solcher Wettbewerb findet nur für eine beschränkte Gruppe von Versicherten statt und gestattet zudem einem Wettbewerber, Aufnahmewillige abzuweisen oder mit unattraktiven Prämien abzuschrecken. Eine weitere Gruppe, die sich in beiden Systemen versichern könnte, hat faktisch keine echte Wahl. Die eingeschränkte Portabilität der Alterungsrückstellungen blockiert in der PKV zudem den Wettbewerb um Bestandskunden.

Nicht durchschlagend sind schließlich Argumente, die den Systemwettbewerb eher politisch legitimieren sollen. Dazu zählt der Mythos von der Quersubventionierung der ambulanten Versorgung durch die PKV. Ohne eine von der GKV organisierte und finanzierte Infrastruktur wäre eine privatärztliche Versorgung der PKV-Versicherten nicht lebensfähig. Dies zeigt die geringe Zahl der niedergelassenen Ärzte, die keine GKV-Zulassung haben. Auch das Argument, das PKV-System ebne Innovationen für Leistungen, Methoden und Produkte den Weg in das Gesundheitssystem, trägt nicht. Es ist das GKV-System, in dem das Prinzip der evidenzbasierten Medizin verankert ist, durch das Patienten vor unwirksamen, gar gefährlichen Leistungen und Produkten geschützt werden sollen.

Angesichts der tatsächlichen Leistungsentwicklung in der ambulanten Versorgung fiele es sogar leicht zu argumentieren, ein Patient lebe gefährlich, wenn er sich privat versichert, denn das abrechnungsorientierte Verhalten vieler niedergelassener Ärzte liefert Belege dafür, dass unnötige, medizinisch nicht indizierte Leistungen mit erheblichen Risiken für die Patienten erbracht werden. Das räumt sogar das eigene Wissenschaftliche Institut der PKV ein (Kessler 2009; Kessler 2010).

### Wege in ein integriertes Krankenversicherungssystem

Aufgrund dieser unerwünschten Effekte sprechen sich viele Wissenschaftler und Institutionen über die Parteien und Organisationen im linken Spektrum hinaus für eine integrierte Krankenversicherung aus.

Aus den vielen Stimmen ragt ein Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung heraus, der gemeinsam von der Bertelsmann Stiftung und dem Verbraucherzentrale Bundesverband im Mai des Jahres 2013 vorgestellt wurde (Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband 2013). Dieser Anforderungskatalog hat vier Kernpunkte, die zum Teil mit den Bürgerversicherungskonzepten der Parteien übereinstimmen:

- Gewährleistung eines vom eigenen Beitrag und Einkommen unabhängigen bedarfsbezogenen Leistungskatalogs auf dem Niveau der heutigen GKV, der ständig an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Versorgungsforschung adaptiert wird
- Orientierung von Beiträgen und Einnahmen an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten und nicht am individuellen Risiko
- Ausbau des Steuerzuschusses zu einem eigenen gleichgewichtigen Finanzierungsanteil, der, um willkürliche Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt zu vermeiden, ähnlich dem Bundeszuschuss zur gesetzlichen Rentenversicherung, in Form eines an der Einnahmeentwicklung orientierten Bundesbeitrages gesetzlich abzusichern wäre
- Kontrahierungszwang für alle Krankenversicherungsträger und freies Wahlrecht der Versicherten innerhalb einer umfassenden Versicherungspflicht

Das Neue in dem Konzept von Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband liegt nicht in diesen Eckpunkten. Neu ist, dass nach vertieften Diskussionen mit Sozial- und Verfassungsrechtlern, Gesundheitsökonomen und Finanzwissenschaftlern sowie versierten Praktikern Meilensteine auf dem Weg zur Systemintegration beschrieben werden. Diese Meilensteine gehen davon aus, dass in der nächsten Legislaturperiode die politische Grundsatzentwicklung für eine Integration von gesetzlicher und privater Krankenversicherung fällt. Man hält die Überführung zweier Systeme mit unterschiedlichen Finanzierungsarten (Umlageverfahren und Kapitaldeckung) in ein einheitliches Versicherungssystem für schwierig, aber machbar. Aus politischen, verfassungsrechtlichen und praktischen Gründen müsse der Gesetzgeber

eine klare Grundsatzentscheidung treffen und den Übergangsweg dahin so konsistent wie möglich gestalten. An vielen Stellen habe der Gesetzgeber erhebliche Gestaltungsspielräume, wie die Einzelheiten der integrierten Krankenversicherung aussehen sollen.

Diese Gestaltungsspielräume seien bereits sichtbar, wenn generell geklärt wird, welchen Weg zu einer Integration die Politik gehen will. Sie kann eine schrittweise Angleichung beider Versicherungssysteme bei weitgehend homogener Leistung (Konvergenz) vornehmen oder die Trennlinie zwischen GKV und PKV im Leistungsbereich (Angebotsseparation) wählen und die Geschäftsfelder Voll- und Zusatzversicherung bei freiem Zugang der Versicherten grundsätzlich trennen. Auch eine Kombination beider Modelle wäre denkbar, wenn sich die monothematischen Krankenversicherungsunternehmen und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit für eine Vollversicherung, die konzernabhängigen Versicherungsgesellschaften, die in der Regel in der Rechtsform der Aktiengesellschaft betrieben werden, auf die Zusatzversicherungen konzentrieren würden.

Der politische Gestaltungsspielraum, was mit bestehenden Alterungsrückstellungen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung passieren soll, ist durch verfassungsrechtliche Vorgaben eingeschränkt. Zumindest in dem Umfang, in dem Alterungsrückstellungen dem allgemeinen Krankenversicherungsschutz entsprechen, sollten diese für alle Versicherten, die dem neuen integrierten Krankenversicherungssystem angehören, in den Gesundheitsfonds als soziale „Rückversicherung“ überführt werden.

Aus der Logik des bestehenden Systems heraus wäre es sinnvoll, die Rückstellungsmittel der Jahrgänge oder Versichertenkohorten, die das Rentenalter erreichen, schrittweise in den Fonds zu übertragen. Allerdings sind auch andere verfassungskonforme Wege der Überführung denkbar, wobei allerdings unbedingt zu beachten ist, dass aus den Übergangsregelungen keine neuen verfassungsrechtlichen Ansprüche entstehen.

Auch bei der Gestaltung der inneren und äußeren Verfassung der Krankenversicherungsträger und ihrer Verbände besteht ein weiterer Handlungsspielraum ebenso wie bei der Gestaltung der entsprechenden Wettbewerbsordnung. Dabei spricht vieles dafür, dass die Bereiche, über die gemeinsam und einheitlich entschieden wird, durch dazu legitimierte Körperschaften des öffentlichen Rechts verhandelt beziehungsweise geregelt werden sollten.

Dies betrifft insbesondere die korporatistischen Akteure des Systems (die Verbände). Ob die Versicherungsträger selbst Körperschaften werden müssen oder bleiben, kann differenziert beurteilt werden. Es wäre durchaus denkbar, alle Krankenversicherungsträger in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit zu organisieren, aber auch möglich, die bisherigen Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit öffentlich-rechtlich zu beleihen.

Bei der Gestaltung der Wettbewerbsordnung ist zu entscheiden, inwieweit das Wettbewerbs- und Kartellrecht Anwendung finden sollen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Qualitätsorientierung des Wettbewerbs gewahrt und Risikoselektion vermieden wird. Der Wettbewerb unter unterschiedlichen Krankenversicherungsträgern soll sich entfalten können, ohne die im Rahmen einer Sozialversicherung notwendigen Felder für Kooperation einzuschränken. Schließlich ist zu entscheiden, wer und mit welchen Mitteln für die Durchsetzung rechtlicher Vorgaben Sorge trägt. Dabei kann es durchaus zu einer sinnvolleren Arbeitsteilung als heute zwischen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder kommen. So könnte die Finanzaufsicht zentral für alle Krankenversicherungsträger auf Bundesebene, die Aufsicht über das Vertrags- und Versorgungsgeschehen auf der Landesebene angesiedelt sein.

Zweite zentrale Herausforderung nach der Vereinheitlichung der Versicherungssysteme ist die Angleichung der Vergütungssysteme von GKV und PKV. Unabhängig von der Systemintegration ist diese Angleichung notwendig, um die beschriebenen Anreize für Fehlversorgung zu

beseitigen. Dazu muss eine einheitliche Vergütungsordnung für die ambulante Versorgung entwickelt werden. Diese sollte so ausgerichtet sein, dass sie keine Anreize zur Mengenausweitung setzt, Multimorbidität berücksichtigt und Anreize zu einer ressourcenschonenden Medizin bietet.

Dabei wäre es sinnvoll, nach (hausärztlicher) Grundversorgung und (fachärztlicher) Spezialversorgung zu unterscheiden, Leistungen weitgehend zu pauschalieren und Raum für eine Berücksichtigung der Qualität (Pay for Performance) zu lassen. In der fachärztlichen Versorgung sollte eine weitgehende Harmonisierung mit dem DRG-System für Krankenhausleistungen angestrebt werden, damit der Wettbewerb an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung gefördert und eine Integration der Versorgungssysteme erleichtert wird (Friedrich-Ebert-Stiftung 2013).

Beamte und Selbstständige sind die Gruppen, die heute aufgrund ihrer Sondersituation fast alle in der PKV versichert sind. Diese Sondersituation ist auch in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem zu berücksichtigen. Daher muss die integrierte Krankenversicherung künftig Teilkostentarife für Beamte anbieten und Beiträge für Selbstständige ermöglichen, die deren finanzieller Situation gerecht werden.

Entscheidender Schritt für die Schaffung einer einheitlichen Krankenversicherung, die entgegen der Polemik nichts mit einer Einheitskasse zu tun hat, ist die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Neuversicherte und die Einführung einer Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte. Ob eine solche Versicherungspflicht für Beamte nur für Bundesbedienstete eingeführt werden kann und ob sie auch auf eine Teilkostenversicherung beschränkbar wäre, bedarf der politischen und juristischen Klärung.

Dies gilt auch für die Frage, unter welchen Umständen private Krankenversicherungen in den integrierten Krankenversicherungsmarkt eintre-

ten können. Dabei wäre es auch denkbar, dass Unternehmen sowohl die Altversicherung für bisher PKV-Versicherte weiterbetreiben als auch für Neukunden den Tarif der einheitlichen Krankenversicherung mit einkommensabhängiger Finanzierung im Umlageverfahren anbieten könnten. Dabei wäre dann zu entscheiden, wann und wie Versicherte aus den Alttarifen in Neutarife wechseln könnten und was in dem Fall mit den Alterungsrückstellungen passiert.

Generell ist zu entscheiden, ob ein Wechselrecht aus der PKV in die GKV befristet oder auf Dauer eingeräumt wird. Auch hier stellt sich die politische, juristische und praktische Frage, in welchem Umfang Alterungsrückstellungen bei einem solchen Wechsel mitgenommen werden können. Schließlich ist zu entscheiden, welche Regelungen für in der privaten Krankenvollversicherung verbleibende Versicherte gelten sollen. Ein versiegender Zustrom von Neukunden und der zu erwartende Abgang von Bestandsversicherten wird – trotz aller vollmundigen Ankündigungen, das System sei ausfinanziert – für diejenigen, die in der PKV verbleiben, auf längere Sicht zu Problemen führen. Die Begrenzung der Versichertenkohorten erschwert die notwendige Risikomischung. Daher ist zu prüfen, mit welchen anderen flankierenden Maßnahmen die Unternehmen die Erfüllung ihrer Sicherungsverpflichtungen gewährleisten können. So ist zum Beispiel an erleichterte Fusionsmöglichkeiten und eine spezielle Auffanggesellschaft zu denken, aus der dann ein Weg in die integrierte Krankenversicherung führen könnte.

Eine Auflösung der Dualität in der Krankenversicherung hätte unmittelbare Konsequenzen für die Pflegeversicherung. Dieser vergleichsweise junge Versicherungszweig kennt zwar auch ein duales System, besitzt aber ein einheitliches Leistungs- und Vertragsrecht. Deshalb ist eine Integration besser und schneller möglich. Zu entscheiden wäre nur, was mit den Alterungsrückstellungen passieren soll. Dabei wäre es denkbar, dass diese die Basis für einen größeren temporären, kollektiven Kapitalstock bilden könnten.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass liberale Ökonomen (Breyer 2012; Pfister 2010; Eekhoff, Bünnagel, Kochskämper und Menzel 2008) sich zwar für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt aussprechen, diesen aber weitgehend nach den Rahmenbedingungen für die private Krankenversicherung gestalten wollen. Kernelemente dieser Vorschläge sind:

- Pflicht zur Versicherung für alle Bürger in einer privaten Krankenversicherung
- Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in privatrechtliche Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit
- Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot für alle Krankenversicherer
- einkommensunabhängige Pauschalbeiträge mit Sozialausgleich für Geringverdiener über Steuern
- Kapitaldeckungsverfahren mit Portabilität aller Alterungsrückstellungen
- Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages und steuerpflichtige Auszahlung an die Arbeitnehmer
- Vertragswettbewerb aller Krankenversicherungsträger

Eine Mischform zwischen integrierter Krankenversicherung und Bürgerprivatversicherung wäre eine starke Anlehnung an das niederländische Modell (Wasem und Walendzik 2012). Dort wurden öffentlich-rechtliche Krankenkassen in Versicherungsvereine umgewandelt und den Versicherten eine allgemeine Wahlmöglichkeit zwischen bisherigen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern gewährt. Allerdings erfolgt im Nachbarland die Finanzierung im Umlageverfahren über ein Mischsystem aus einkommensabhängigen Beiträgen und Pauschalbeiträgen. Faktisch wäre dies ein Zusatzbeitragsmodell wie in Deutschland, wobei allerdings die Zusatzbeiträge 50 Prozent des Finanzierungsvolumens ausmachen.

Deshalb gibt es in den Niederlanden ebenso wie in der Schweiz für Beziehender niedriger Einkommen einen steuerfinanzierten Sozialausgleich.

Dieser Sozialausgleich wird in beiden Ländern mehr als 50 Prozent der Bevölkerung gewährt, sodass man an der Sinnhaftigkeit dieser Regelung Zweifel anmelden kann. In Deutschland wäre es kaum durchsetzbar, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung einen Ausgleichsantrag beim Sozialamt stellen und dabei alle Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenlegen müsste.

Interessant bleibt ein Blick in die Niederlande trotzdem, weil dort die Grenzen zwischen Krankenversicherung mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und Pflegeversicherung mit vollständigem Finanzausgleich anders gezogen sind. Dort werden Ausgaben für dauerhaft chronisch Kranke und besonders teure Leistungsfälle über die Pflegeversicherung finanziert. Dies erlaubt es, den Wettbewerb in der Krankenversicherung der Akutversorgung über Gruppentarife und andere besondere Versicherungsformen zu intensivieren.

### Der Kairos für eine politische Entscheidung zur Überwindung der Dualität

Der aus dem Altgriechischen stammende Begriff des Kairos bezeichnet den günstigen Zeitpunkt für eine Entscheidung, dessen ungenutztes Verstreichen nachteilig sein kann. Ein solcher Kairos sollte in der kommenden 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages gekommen sein. An eine tragfähige Zukunft der Dualität glauben weder der überwiegende Teil der politischen Klasse noch viele gesellschaftliche Akteure. Die Fehlentwicklungen zersetzen das Vertrauen der Öffentlichkeit in die politische Gestaltungskraft, um Veränderungen rechtzeitig einzuleiten.

Daher wäre es geboten, die Grundentscheidung für ein integriertes Krankenversicherungssystem nach sorgfältiger Vorbereitung in den Jahren 2014 bis 2015 zu treffen. Legt man an das Projekt zur Schaffung einer einheitlichen Krankenversicherung das von der Bertelsmann Stiftung entwickelte Strategieinstrument des Reformkompasses zugrunde (Bertelsmann Stiftung o. J.; Bandelow o. J.; Bandelow und Schade 2008), dann ist auffällig, dass es hier bisher an einer Strategiegruppe fehlt, die

Ziele und Aufgaben definiert, über hinreichende Kompetenz verfügt und die Kraft zur Durchsetzung der Reformen aufbringt.

Dagegen ist der Prozess des Agenda Settings (Aufgreifen der Zukunftsthemen, Förderung der Reformbereitschaft und Kalkulation der Erfolgsaussichten) bereits weitgehend abgeschlossen. Nunmehr gilt es, das konkrete Reformkonzept zu formulieren, das Vertrauen der Öffentlichkeit und der gesundheitspolitischen Akteure zu gewinnen und eine Mehrheit für die politischen Grundentscheidungen in Richtung integrierte Krankenversicherung zu sichern. Erst dann kann man in die Umsetzungsphase eintreten, in der die Qualität des Projekts gesichert, die Vorteile für Politik und Bürger herausgestellt und die reformbereiten Akteure zur Umsetzung aktiviert werden können.

Von dieser Prozesssteuerung unter Beachtung der wesentlichen Erfolgsfaktoren hängt es ab, ob das wichtigste Vorhaben einer modernen Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl in Gang gesetzt und entschieden vorangetrieben werden kann. Ansonsten besteht die Gefahr, dass das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland weiter vor sich hin dümpelt und allenfalls Trippelschritte zur Integration gegangen werden.

## Literatur

- Alber, J., und B. Bernardi-Schenkluhn (Hrsg.) (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt am Main und New York.
- Bandelow, N. C., und M. Schade (2008): Die Gesundheitsreform der großen Koalition: Strategische Erfolge im Schatten des Scheiterns. In: T. Fischer, A. Kießling und L. Novy (Hrsg.): Politischer Reformprozess in der Analyse. Gütersloh. S. 85 ff.
- Bandelow, N. C. (o. J.): Fallstudie zum GKV-WSG. [www.reformkompass.de](http://www.reformkompass.de)
- Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband (2013): Gerecht, effizient und nachhaltig – Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung. Berlin.

- Bertelsmann Stiftung (o. J.): Reformkompass – Das Strategieinstrument.  
www.reformkompass.de
- Bieback, K.-J. (2005): Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der  
Bürgerversicherung. Baden-Baden.
- Breyer, F. (2012): Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung.  
In: Wirtschaftsdienst 10. S. 655 ff.
- Ebsen, I. (2012): Krankenversicherungsrecht. In: B. von Maydell,  
F. Ruland und U. Becker (Hrsg.): Sozialrechtshandbuch. 5. Auflage.  
Baden-Baden. S. 723 ff.
- Eekhoff, J., V. Bünnagel, S. Kochskämper und K. Menzel (2008): Bürger-  
privatversicherung. Tübingen.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung –  
Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Bonn.
- Hänlein, A., und F. Tennstedt (2012): Geschichte des Sozialrechts. In:  
B. von Maydell, F. Ruland und U. Becker (Hrsg.): Sozialrechtshand-  
buch. 5. Auflage. Baden-Baden. S. 67 ff.
- Jacobs, K. (2012): Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversiche-  
rungssystems – eine längst überfällige Reform. In: Wirtschaftsdienst  
10. S. 651 ff.
- Kessler, T. (2010): Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor-  
Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008. WIP-Diskussionspapier.  
Köln.
- Kessler, T. (2009): Radiologie-Analyse ambulanter Arztrechnungen zu  
Abschnitt Q. der GOÄ. WIP-Diskussionspapier. Köln.
- Koch, P., und H. C. Uleer (1997): Herausforderungen: Entwicklungslinien  
eines Versicherungszweigs von den Anfängen bis zur Gegenwart –  
Festschrift zum fünfzigjährigen Bestehen des Verbandes der privaten  
Krankenversicherung. PKV-Dokumentation 20. Köln.
- Pfister, F. (2010): Das duale Krankenversicherungssystem in Deutsch-  
land nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der  
Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und  
Nachhaltigkeit. Frankfurt am Main.
- Rixen, S. (2005): Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht. Tübingen.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008): Jahresgutachten 2008/2009. Ziffern 677 f.
- Wallrabenstein, A. (2010): Versicherung im Sozialstaat. Tübingen.
- Wank, R. (1992): Arbeiter und Angestellte – Zur Unterscheidung im Arbeits- und Sozialrecht. Berlin.
- Wasem, J., und A. Walendzik (2012): Reformvorschläge für ein einheitliches Versicherungssystem. In: Wirtschaftsdienst 10. S. 659 ff.

