

PKV im Wettbewerb mit der GKV

Christian Weber

WIP-Diskussionspapier 2/06

Bayenthalgürtel 40 Telefon:
50968 Köln (0221) 3 76 62-5630

Telefax:
(0221) 3 76 62-5656

E-Mail: Internet:
wip@pkv.de www.wip-pkv.de

Christian Weber

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

PKV im Wettbewerb mit der GKV

In jeder gesundheitspolitischen Reformdiskussion hat das Thema Wettbewerb einen hohen Stellenwert. Wettbewerb ist eine gesundheitspolitische Standardforderung. Wenn Wettbewerb gefordert wird, dann muss allerdings zunächst die Frage nach der Zielrichtung und der Funktion des Wettbewerbs beantwortet werden. Wettbewerb darf niemals ein Selbstzweck sein. Wettbewerb muss vor allen Dingen der Allokations-, Innovations- und der (leistungsgerechten) Distributionsfunktion gerecht werden. Dem schließt sich die entscheidende gesundheitspolitische Fragestellung an, ob die Ergebnisse eines vollständigen Wettbewerbs auch gesellschafts- und verteilungspolitisch erwünscht sind.

Vollständiger Wettbewerb

In der gesundheitsökonomischen Literatur gibt es konkrete Vorstellungen, wie ein vollständiger Wettbewerb im Gesundheitsmarkt organisiert sein sollte. Alle diesbezüglichen Modelle sprechen im Wesentlichen von drei Kernelementen. Sie gehen erstens davon aus, dass der Staat sich aus der Gestaltung und Organisation des Gesundheitswesens weitestgehend zurückhält. Der Staat setzt ausschließlich Rahmenbedingungen vom Kartell- und Wettbewerbsrecht über Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen für die Leistungserbringer bis hin zu einer Pflicht zur Versicherung im Umfang einer Basisversicherung, die bei Bedarf zum Ausgleich sozialer Härten einen Sozialtransfers notwendig macht.

Das zweite charakteristische Kernelement eines vollständigen Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt ist die uneingeschränkte Beitragsbemessung nach dem Äquivalenzprinzip. Der Beitrag muss den durchschnittlich erwarteten Leistungsausgaben eines durchschnittlichen Risikos entsprechen. Entspricht er dem nicht, würde in jedem funktionierenden Markt ein Versicherer, der nicht von sich aus risikogerechte Prämien anbietet - also zu hohe oder zu niedrige Prämien einfordert -, aus dem Markt gedrängt. Damit gibt es einen Steuerungsmechanismus, der leistungsgerechte und wettbewerbsfähige Beiträge garantiert.

Uneingeschränkte Vertragsfreiheit zwischen Versicherungsnehmer und -geber stellt das dritte Kernelement eines vollständigen Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt dar. Das gilt zum einen für die Versicherten, die sich frei für einen Versicherungsschutz entscheiden, und das gilt zum anderen für die Versicherungsgeber, die nur dann jedem einen Versicherungsschutz gewähren, wenn die Beitragsbemessung risikoäquivalent erfolgen kann. Analoges muss natürlich auch auf dem Markt der Leistungsanbieter gelten. Zwischen Leistungsanbietern auf der einen Seite und Patienten bezie-

ungsweise Krankenversicherungen auf der anderen Seite könnten frei ausgehandelte Leistungsverträge abgeschlossen werden.

In einem vollständigen Wettbewerb mit den drei genannten Kernelementen - staatliche Zurückhaltung, Risikoäquivalenz und Vertragsfreiheit - käme es im Ergebnis zu einem vollen Preis-, Service- und Produktwettbewerb. Mit hoher Wahrscheinlichkeit würde ein so organisiertes Gesundheitswesen funktionieren. Die entscheidende Frage lautet aber, ob die Folgen eines derartigen Wettbewerbs akzeptiert oder gesellschaftspolitisch erwünscht sind. Mit Blick auf die in der Realität vorherrschenden Wettbewerbsrestriktionen, lautet die Antwort *nein*.

Wettbewerbsrestriktionen

Die erste politisch motivierte Wettbewerbseinschränkung stellt der Verzicht von Versicherungsunternehmen auf ein ordentliches Kündigungsrecht dar. Mit anderen Worten: Es soll ein lebenslanger Versicherungsschutz gelten. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Ausgleich, die Solidarität *gesund für krank* innerhalb eines Kollektivs wirklich funktioniert.

Zweitens gibt es einen politischen Konsens darüber, dass Beiträge, die mit dem Alter parallel zum Krankheitsrisiko steigen, nicht gewollt sind. Die PKV ist deshalb verpflichtet, Alterungsrückstellungen als Ausgleich für das mit dem Alter steigende Krankheitsrisiko zu bilden. Eine sozialpolitische Implikation, die allerdings für den Wettbewerb insofern eine erhebliche Bedeutung hat, dass durch kollektiv kalkulierte Alterungsrückstellungen die Wechselmöglichkeiten zwischen den Versicherern eingeschränkt werden. Die vom Wettbewerbsgedanken *beflügelte* Politik reagiert darauf regelmäßig mit der Forderung nach einer Erleichterung des Wechsels innerhalb der PKV, ohne konkret benennen zu können, wie dieser Wechsel nachteilsfrei für die im Kollektiv zurückbleibenden Versicherten organisiert werden kann.

In der GKV wird der Ausgleich der mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten dadurch geschaffen, dass *Jung für Alt* einstehen soll. Parallel mit allen weiteren Ausgleichsfunktionen - unter anderem Familienversicherung - entsteht ein einkommensabhängiger Beitrag unter Aufgabe des Äquivalenzprinzips. Die damit verbundenen Wettbewerbseinschränkungen sind gravierend:

Einkommensabhängige Beiträge machen eine Produktstandardisierung zwingend notwendig. Parallel dazu muss ein Risikostrukturausgleich implementiert werden, der - je besser er funktioniert - alle Beitragssatzdifferenzen nivelliert. Würde der von der Politik gewollte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich tatsächlich die Morbiditätsdifferenzen vollständig abbilden, wäre das Resultat ein weitgehend vereinheitlichter Beitragssatz. Unterschiede wären im Wesentlichen nur noch im Bereich der Verwaltungskosten gegeben. Im Ergebnis ist das nichts anderes als eine Nivellierung der Wettbewerbsparameters „Preis“. Der echte Wettbewerb bleibt auf der Strecke. Die in diesem Zusammenhang von der Politik gefundene Begriff „*solidarische Wettbewerbsordnung*“ mag politisch zwar klug sein, faktisch aber kaum zu überzeugen.

Solidarität und Wettbewerb sind echte Gegensätze und eine solidarische Wettbewerbsordnung ist dann vergleichbar mit einem Leichtathletikwettbewerb, in dem Hundertmeterläufer einander untergehakt über die Ziellinie laufen und später die originelle Frage nach der (leistungsgerechten) Verteilung der Goldmedaille gestellt wird.

Konflikt zwischen Wettbewerbs- und Sozialpolitik

Der Konflikt zwischen den Anforderungen nach mehr Wettbewerb einerseits und den sozialpolitischen Ansprüchen andererseits führt zu einem Spannungsverhältnis zwischen Wettbewerbs- und Sozialpolitik. Je mehr sozialpolitische Anforderungen an das Gesundheitswesen gestellt werden, desto mehr wettbewerbspolitische Abstriche sind erforderlich. Daraus folgt eine unmittelbare Aufforderung: Wer mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen fordert, der sollte auch konkret formulieren, auf welche sozialpolitischen Merkmale zu verzichten sind. Denn ein *Mehr* an Wettbewerb ohne ein *Minus* an sozialpolitischen Anforderungen kann es nicht geben. Es gibt ein Spannungsverhältnis zwischen Sozial- und Wettbewerbspolitik. Und dieses kann durchaus als Politikdilemma des Gesundheitswesens bezeichnet werden.

PKV und GKV im Wettbewerb

Der Konflikt zwischen Wettbewerbs- und Sozialpolitik spiegelt sich auch im Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung wider. Auch hier ist das Idealbild vom vollständigen Wettbewerbs stark eingeschränkt. Der Wettbewerb um Versicherte zwischen PKV und GKV wäre vollkommen, wenn jeder Versicherte jederzeit frei entscheiden könnte, ob er eine private oder gesetzliche Krankenversicherung abschließt. Die Politik lässt diese Wahlfreiheit aus vielen Gründen nicht zu. Einer dieser Einschränkungen ist zum Beispiel der Grundsatz „*einmal PKV versichert, immer PKV versichert*“. Ein Grundsatz, der nicht immer galt. Bis 1989 konnten Versicherte mit Renteneintrittsbeginn oft von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln. Von dieser Wechseloption haben viele Gebrauch gemacht, um von den einkommensabhängigen und damit im Alter relativ niedrigen Beiträgen in der GKV zu profitieren. Der Gesetzgeber hat diesem individuellen „*Vorteilshopping*“ vernünftigerweise Einhalt geboten.

Eine zweite erhebliche Wettbewerbseinschränkung stellt die Versicherungspflichtgrenze dar. Durch die Existenz und der willkürlichen Höhe der Versicherungspflichtgrenze ist es nur wenigen Arbeitnehmern erlaubt, frei zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu entscheiden. Nur wer nicht schutzbedürftig ist und in der Lage ist, selber Vorsorge für das Krankheitskostenrisiko zu treffen, dem wird die Freiheit zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung gewährt. Darüber hinaus verfolgt der Gesetzgeber mit der Versicherungspflichtgrenze aber noch ein weiteres Ziel. Eine hohe Versicherungspflichtgrenze stellt sicher, dass die gesetzliche Krankenversicherung ausreichend Finanzkraft erschließt. Sie soll vermeiden, dass mit einem hohen Wechselsaldo zugunsten der PKV die gesetzliche Krankenversicherung finanziellen Schaden erleidet. Dabei wird allerdings häufig ein Tatbestand übersehen. Privat Krankenversicherte müssen einen überproportionalen Fi-

finanzierungsbeitrag im Gesundheitswesen leisten. Dieser überproportionale Finanzierungsanteil addierte sich bereits im Jahr 2004 auf jährlich über 9,5 Mrd. Euro - bei jährlich steigender Tendenz.

Der überproportionale Finanzierungsanteil der PKV-Versicherten am Gesundheitswesen berührt unmittelbar die politische Diskussion und Forderung, die PKV in einen wie auch immer gearteten Finanzausgleich mit der GKV einzubeziehen. Denkt man über einen derartigen Finanzausgleich nach, muss der von den Privatversicherten geleistete Mehrumsatz stets bewertet werden. Dabei lassen sich zwei Tatbestände feststellen. Erstens wird der Mehrumsatz im Gesundheitswesen generiert, ohne dass es eines bürokratischen Aufwandes wie eines Risikostrukturausgleichs bedarf und zweitens muss man einräumen, dass sich Finanzausgleich und Mehrumsatz gegenseitig entsprechen. Ein wie auch immer gearteter Finanzausgleich additiv zum Mehrumsatz wäre dann als prohibitive Strafsteuer für die private Krankenversicherung und ihre (potentiell) Versicherten zu bewerten.

Die dritte Einschränkung des Wettbewerbs um Versicherte betrifft die Personengruppe der Beamten und Selbständigen. Beamte und Selbständige haben ein Wahlrecht zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Für Beamte ist dieses Wahlrecht interessant, weil sie in der PKV passend zu ihrem Beihilfeanspruch einen Teilkostentarif abschließen können. Im Gegenzug muss die PKV bestimmte Wettbewerbseinschränkungen hinnehmen. Sie ist sozialpolitisch verpflichtet, für Beamte den Risikozuschlag zu begrenzen, sich einer Annahmeverpflichtung zu unterwerfen und einen Standardtarif anzubieten.

Desgleichen gibt es ein Wahlrecht für Selbständige, bei dem der Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu Lasten der PKV eingeschränkt ist. Anders als Arbeitnehmer müssen Selbständige in der gesetzlichen Krankenversicherung Beträge nicht von ihrem Brutto-, sondern von ihrem Nettoeinkommen bezahlen. Sie sind in der GKV gegenüber Arbeitnehmern insofern systematisch bevorzugt. Hier macht sich bemerkbar, dass die GKV vom Ursprung her eine Versicherungsinstitution für Arbeitnehmer ist.

Systemwettbewerb - Wettbewerb um Problemlösungen

Neben dem eingeschränkten Wettbewerb um Versicherte muss auch der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV betrachtet werden. Bei diesem Wettbewerb um Problemlösungen geht es um die Frage, welches Versicherungssystem wie in der Lage ist, gesundheitspolitische Probleme zu lösen.

In Anbetracht des demographischen Wandels ist die Schaffung einer nachhaltigen Finanzierung ein entscheidender Systemunterschied zwischen PKV und GKV. Die private Krankenversicherung ist mit dem Kapitaldeckungsverfahren und den gebildeten Alterungsrückstellungen, die inzwischen einen Betrag weit über 94 Mrd. € erreicht haben, deutlich besser als die gesetzliche Krankenversicherung aufgestellt.

Der Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sollte auch hinsichtlich des Merkmals *Effizienz* betrachtet werden. Tatsächlich ist die Kostenentwicklung in der PKV wesentlich ungünstiger als in der GKV. Im Zwölfjahreszeitraum sind die Kosten in der PKV fast dreimal schneller als in der GKV gestiegen. Dafür gibt es vor allem drei Gründe: (1) Im Beobachtungszeitraum ist der versicherte Leistungsumfang durch viele Gesundheitsreformen in der GKV zunehmend eingeschränkt worden. (2) Das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer gegenüber Privatpatienten hat sich verändert. Die Vermutung liegt nahe, dass hier vermehrt die durch Rationierungen in der GKV entstandenen Einkommensverluste kompensiert werden. (3) Die PKV erleidet gegenüber der GKV einen erheblichen Systemnachteil. Der privaten Krankenversicherung werden bis heute vom Gesetzgeber die vertragungspolitischen Kompetenzen verwehrt.

Wettbewerbspolitische Reformen - Vorstellungen der PKV

Die private Krankenversicherung tritt in der gesundheitspolitischen Reformdebatte mit einem breiten Spektrum von Reformvorschlägen zur Verbesserung des Wettbewerbs an. Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten den Wettbewerb zwischen GKV und PKV zu intensivieren, und damit insgesamt den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu verbessern. Dazu gehört auch, den Leistungskatalog der GKV zu überprüfen und Leistungen in die Eigenverantwortung zu überführen, so dass die Versicherten ihren Versicherungsschutz nach eigenen Präferenzen dem Prinzip der Konsumentensouveränität folgend gestalten können.

Mehr Wettbewerb zwischen PKV und GKV ist auch durch die Rücknahme der im vorletzten Jahr vollzogenen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze möglich. So könnten sich mehr Versicherte bewusst zwischen einer umlagefinanzierten oder kapitalgedeckten Krankenversicherung entscheiden. Der GKV würde keinen Schaden entstehen, denn zum einen hat sich gezeigt, dass die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze der GKV finanziell nicht geholfen hat, und zum anderen würden alle, die sich für eine Versicherung in der PKV entscheiden, einen überproportionalen Finanzierungsanteil zum Gesundheitswesen leisten.

Im Gegenzug zur Absenkung der Versicherungspflichtgrenze ist die private Krankenversicherung bereit, jeden freiwillig Versicherten ohne Risikozuschlag aufzunehmen - und zwar in einem Basistarif, der im Umfang etwa dem Versicherungsschutz der heutigen GKV entspricht. Damit kann jeder freiwillig Versicherte frei darüber entscheiden, ob er einen gesetzlichen oder privaten Versicherungsschutz abschließen will.

Neben einem Wechsel in einen Basistarif wäre auch ein höherwertiger Versicherungsschutz möglich. Innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht soll jeder Versicherter bis 55 Jahre die Möglichkeit haben, in jeden höherwertigen Versicherungsschutz - bei einem maximalen Risikozuschlag von 30 % - zu wechseln. Die private Krankenversicherung hat dabei in Anlehnung an eine be-

reits vorhandene Regelung zum Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung auf die Altersgrenze von 55 Jahren Bezug genommen.

Wettbewerb innerhalb der PKV

Eine der entscheidenden Kritiken, der sich die private Krankenversicherung in den letzten Jahren ausgesetzt sah, ist die Notwendigkeit der Erleichterung des Wechsels innerhalb der PKV. Die PKV bejaht den Grundsatz der Erleichterung des Wechsels, wenngleich es vielfältige technisch kaum zu überbrückende Probleme dabei gibt. Eine realistische und umsetzbare Lösung wäre, dass Neuersicherte künftig im Umfang eines Basisschutzes zwischen den PKV-Unternehmen unter Bewahrung ihrer alten Rechte wechseln können. Mit Einführung dieses neuen Systems würde für Bestandsversicherte zugleich die Möglichkeit geschaffen, durch einem Wechsel in den Basistarif, Wechselrechte für die Zukunft zu erwerben.

Vertragswettbewerb

Die Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen berührt auch den Vertragswettbewerb. Aus Gründen der Wettbewerbsparität muss auch der PKV im Wettbewerb mit der GKV erweiterte Vertragsmöglichkeiten- und -kompetenzen zugestanden werden. Während nämlich die GKV bereits heute über weitreichende Vertragskompetenzen verfügt, hat die PKV nur wenige Möglichkeiten, über Verträge mit den Leistungsanbietern aktiv auf Qualität, Menge und Preis Einfluss zu nehmen. GKV und PKV müssen zur Intensivierung des Systemwettbewerbs zu gleichberechtigten Marktteilnehmern auf dem Leistungsmarkt werden. Die Unternehmen der PKV sollten das Recht erhalten, Qualität und Vergütung der medizinischen Versorgung ihrer Kunden mit den Leistungserbringern in allen Bereichen vertraglich zu vereinbaren. Nur so kann die private Krankenversicherung auch ihrer Kostenverantwortung gerecht werden. Als ersten Schritt wäre an das Recht zu denken, mit den Ärzten von der GOÄ abweichende Regelungen vereinbaren zu können.