

Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung

GKV und PKV: Reformierte Dualität oder integrierter Versicherungsmarkt?

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, UNIVERSITÄT BAYREUTH



Das im internationalen Vergleich seltene Zwei-Säulen-Modell aus GKV und PKV wirft die Frage auf, ob und in welchem Ausmaß beide Versicherungszweige in einem Systemwettbewerb stehen. Für beide Säulen gelten fast durchgängig unterschiedliche Rahmenbedingungen. Ebenso sind GKV und PKV auch unterschiedlich gut auf künftige Herausforderungen etwa mit Blick auf die demographische Entwicklung eingestellt. Nachdem in den vergangenen Jahren immer wieder die polaren Modelle „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ die Diskussionen beherrscht haben, ist angesichts der zahlreichen Probleme eines Systemübergangs mittlerweile Ernüchterung eingetreten. Dabei zeigen auch die vom Gesetzgeber eingeführten Elemente, die auf eine Systemmischung von GKV und PKV hin angelegt waren, keine nachhaltige Wirkung – sie haben die Systemgrenzen nicht wirklich durchlässiger gemacht. Vor diesem Hintergrund ist derzeit das Bemühen um eine reformierte Dualität von PKV und GKV zu beobachten. Ziel ist es dabei, jeweils beide Versicherungssäulen auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite weiterzuentwickeln.

1. Der Markt für Krankenversicherungsschutz in Deutschland

1.1 Einleitende Aspekte

Die deutsche Lösung der Absicherung der mit biometrischen Risiken verbundenen finanziellen Gefährdungen besteht im Wesentlichen aus einer Mischung aus Sozialhilfe (Bedürftigkeit) und gesetzlich verfügbarer sowie individueller Risikoversicherung (Sozial- und Individualprinzip der Risikoversicherung). Die steuerfinanzierte Sozialhilfe setzt dabei eine Prüfung der Bedürftigkeit voraus (Fürsorgeprinzip), während der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Sozialprinzip und der privaten Krankenversicherung (PKV) das Individualprinzip zu Grunde liegt. Sozialversicherung stellt eine kollektive, gesetzlich verfügte Absicherung von Einkommens- und Vermögensrisiken infolge von Krankheit, Unfällen, Alter, Arbeitslosigkeit und Pflegebedürftigkeit dar (Sozialprinzip).

In der englischsprachigen Literatur wird gegenwärtig eine interessante Diskussion geführt, die am Unterschied zwischen der Krankenversicherung und Ansätzen zur Verringerung von Gesundheitsrisiken ansetzt. Thomas Philipson (2014) beginnt einen Beitrag mit dem provokanten Titel „why no one on this planet has health insurance“ und weist darauf hin, dass eine Krankenversicherung den Patienten nur gegen die finanziellen Folgen einer Erkrankung absichert, nicht aber gegen den tatsächlichen Verlust an Lebensqualität oder Lebenslänge, die mit einer Krankheit einhergehen können. Unter diesem Aspekt können ausschließlich medizinische Innovationen als eine Art von „Gesundheitsversicherung“ angesehen werden, da sie dazu beitragen können, die Gesundheitsrisiken für die Versicherten zu verringern.

Im internationalen Vergleich ist Deutschland eines der wenigen Länder, das neben der gesetzlichen Vollversicherung unter bestimmten Voraussetzungen eine private Vollversicherung zulässt, während andere Länder in dem Sinne einen integrierten Versicherungsmarkt geschaffen haben, indem die Privatversicherung auf ergänzende Leistungsangebote beschränkt bleibt. Verfechter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts betonen die Verzerrungen des bestehenden dualen Systems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung und versprechen sich allokativen und distributiven Vorteilen für die Krankenversicherung bei einem Übergang zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Allerdings wird bei der Kritik an der PKV gerne über die bestehenden Schwächen des umlagefinanzierten GKV-Systems im demographischen Wandel und insbesondere über die fehlende Nachhaltigkeit der GKV hinweggesehen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist daher die Frage, ob und in welchem Ausmaß GKV und PKV in einem Systemwettbewerb stehen, von Interesse. Daher geht der folgende Beitrag der Frage nach, ob ein integrierter Versicherungsmarkt anzustreben ist oder doch eher eine reformierte Dualität von GKV und PKV, welche eine Pfaddurchbrechung zwischen den Systemen durch Wettbewerb und/oder Vernetzung anstrebt.

1.2 Rahmenbedingungen für GKV und PKV

Die GKV ist die zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems und unterliegt dem Solidaritätsprinzip. Das Leistungsangebot der PKV wird im Gegensatz dazu durch das Äquivalenzprinzip bestimmt. Der Leistungsanspruch der GKV richtet sich nach dem Bedarf und Einkommen

der Versicherten und nicht nach den persönlichen Risikoumständen.

Es gibt in Deutschland somit ein so genanntes Zwei-Säulen-Modell, bestehend aus GKV und PKV, von gleichlangen Spießern kann aber keine Rede sein. Etwa 90 Prozent der Versicherten (52 Millionen Mitglieder und 17,7 Millionen beitragsfrei Mitversicherte) umfasst die GKV, deren Beiträge aus sozialpolitischen Gründen einkommensorientiert sind (mit Beitragsbemessungsgrenze), während etwa neun Millionen Menschen einen vollständigen Versicherungsschutz in der PKV besitzen und risikoorientierte Prämien entrichten. Nur die Hälfte aller Privatversicherten gehört zur Gruppe der Erwerbstätigen. Die Beamten bilden zwar die größte Personengruppe, aber ihr Anteil am gesamten PKV-Kollektiv beträgt lediglich etwa 25 Prozent. Rund elf Prozent der Privatversicherten sind Arbeitnehmer.

Nur rund 20 Prozent aller PKV-Versicherten verfügen über eine Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, so dass in der PKV sicherlich nicht nur Besserverdienende versichert sind. Die gesetzlichen Kassen besitzen eine öffentliche Rechtsform (geringes Eigenkapital, keine Gewinnerzielung, öffentliche Aufsicht), die Privatversicherer haben eine private Rechtsform mit definierten Eigenkapitalanforderungen (Solvency II) und der Möglichkeit zur Gewinnerzielung.

Leistungen und Zuzahlungen in der GKV werden durch den Gesetzgeber (Sozialgesetzbuch V) geregelt. Es besteht ein freies Kassenwahlrecht für die Mitglieder, Differenzierungen des geregelten Leistungsumfangs sind möglich (Wahltarife, Satzungsleistungen). Weiterhin bestehen Vertragsmöglichkeiten mit den Leistungserbringern, es

existieren Ausschreibungen und Rabattverträge. In der PKV stellt der Versicherungsnehmer seine Leistungen individuell nach seinen Bedürfnissen zusammen. Leistungen in der GKV können im Rahmen von Reformen und Gesetzesänderungen gekürzt bzw. gestrichen werden. In der PKV werden die gewünschten Leistungen vertraglich vereinbart und können nachträglich nicht oder nur bedingt eingeschränkt werden. Ärzte und Krankenhäuser rechnen direkt mit der GKV ab. Für den Versicherungsnehmer gilt das Sachleistungsprinzip. In der PKV wird die Rechnung direkt an den Privatpatienten übermittelt. Die Erstattungskosten werden erst nachträglich von der PKV beglichen. Unter bestimmten Umständen sind Familienmitglieder wie Kinder kostenlos in der GKV mitversichert. In der PKV muss für jede versicherte Person ein eigener beitragspflichtiger Vertrag abgeschlossen werden.

Die GKV ist verpflichtet, jedem Antragssteller Versicherungsschutz zu gewähren. Die PKV wählt sich Ihre Mitglieder aus und kann „ungesunde“ Antragsteller ablehnen. Dennoch besteht auch im GKV-System die Möglichkeit zur adversen Selektion, wie das Beispiel der insolventen City BKK mit ihren 168.000 Versicherten im Jahr 2011 anschaulich gezeigt hat. Obwohl die Versicherten der City BKK von den anderen gesetzlichen Krankenkassen hätten aufgenommen werden müssen, gab es zahlreiche Beschwerden, dass dies nicht erfolgte. Das Problem lag nicht etwa in einer ungünstigen Risikostruktur der City BKK-Versicherten, sondern in der ungünstigen Kostenstruktur, da die Großstädte

Hamburg, Berlin und Stuttgart über ein ausdifferenziertes und teures Angebot verfügen, das im bestehenden Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt wird.

Beide Versicherungszweige sind unterschiedlich gut und schlecht mit Blick auf künftige Herausforderungen aufgestellt. Mit Blick auf die demographische Entwicklung sprechen die Alterungsrückstellungen für die PKV, die GKV kann auf das bestehende Leistungs- und Versorgungsmanagement und auf vorhandene Präventionspotenziale zur Steuerung setzen. Mit Blick auf den medizinisch-technischen Fortschritt profitiert die PKV bei Arzneimittel-Innovationen seit dem AMNOG von der frühen Nutzenbewertung und den zentralen Preisverhandlungen, welche der GKV-Spitzenverband mit den Herstellern führt.

Mit Blick auf eine aktive Ausgabensteuerung stehen der PKV die Instrumente Leistungsmanagement und Prämiengestaltung zur Verfügung, die GKV kann unmittelbar die Behandlungskosten beeinflussen, auch durch Variationen beim Vertragsmanagement. Die Einkommensentwicklung tangiert unmittelbar die GKV-Beiträge und auch die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze. In der PKV werden bei Einkommensschwankungen eher indirekt Prämienänderungen in Verbindung mit einem möglichen Tarifwechsel stattfinden.

Mit Blick auf die Finanzierung gilt in der GKV das Umlageverfahren, während die PKV mit Alterungsrückstellungen arbeitet und daher das Kapitaldeckungsprinzip gilt. Von der Theorie her ist kein Finanzierungsverfahren dem anderen per se überlegen. Falls der Kapitalmarktzins der Wachstumsrate der Bevölkerung (genauer der Lohnsumme) entspricht, liefern beide Verfahren äquivalente Ergebnisse.

Abbildung 1 zeigt zentrale Unterschiede beider Verfahren. Ein Unterschied betrifft die Verkettung der Generationen in beiden Verfahren. Das Umlageverfahren führt zu einer intergenerativen Umverteilung, indem es drei unterschiedliche Generationen (B1 „junge Generation“, A2 „Erwerbstätige“ und Y3 „Rentner“) durch einen impliziten Generationenvertrag miteinander verkettet. In dem Umlagesystem steht zu erwarten, dass künftig entweder die Beiträge erhöht oder die Leistungen gesenkt werden müssen, um die Auswirkungen des demographischen Wandels auszugleichen. Dagegen kennt das Kapitaldeckungsverfahren keine intergenerative Umverteilung. Das Kapitaldeckungsverfahren verknüpft über die Lebensphasen hinweg immer die „gleiche“ Generation (A1, A2, A3), einmal wenn sie jung ist, dann als Erwerbstätige und schließlich als Rentner in der späten Lebensphase.

Kapitaldeckung versus Umlage

Periode/ Lebensphase	1	2	3	4	5
Erwerbstätigkeit	A1	B1	C1	D1	E1
	Y2	A2	B2	C2	D2
Rentner	X3	Y3	A3	B3	C3

Erläuterung:

Kapitaldeckungsverfahren 
 Umlageverfahren 

Quelle: Eigene Darstellung



Abb. 1: In der GKV gibt es eine intergenerative Umverteilung, die PKV verknüpft über Lebensphasen hinweg die „gleiche“ Generation.

Als Sozialversicherungsparadoxon bezeichnete Aaron (1966) die Möglichkeit, dass ein Umlagesystem eine höhere soziale Wohlfahrt (im Sinne höherer verfügbarer Lebenseinkommen und damit auch höherer Konsummöglichkeiten) erbringen könne als ein kapitalgedecktes System. Das ist immer dann der Fall, wenn die Summe der Wachstumsrate der Bevölkerung und der Wachstumsrate des Reallohns den Realzinssatz des Kapitals übersteigt. In diesem Fall einer dynamisch ineffizienten Ökonomie wird insgesamt zu viel gespart und investiert und es kommt zu einer Überakkumulation von Kapital, die nicht wohlfahrtsoptimal ist. Dieser Fall ($n > r$) dürfte aber aufgrund der demographischen Entwicklung in der Realität in entwickelten Volkswirtschaften keine größere Rolle mehr spielen.

Nach der Mackenroth-These (1952) haben kapitalgedeckte und umlagefinanzierte Renten aus realwirtschaftlicher Sicht dieselbe Wirkung, da aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss. Auch dieses Argument stimmt zunächst nur für eine geschlossene Volkswirtschaft. In einer offenen Volkswirtschaft kann Kapital im Ausland investiert werden. Damit besteht im Kapitaldeckungsverfahren die Chance im Ausland höhere Renditen zu erzielen. Börsch-Supan et al. (2000) gehen davon aus, dass der durch den demographischen Wandel ausgelöste Renditerückgang im Kapitaldeckungsverfahren geringer wäre als der Rückgang der internen Rendite im Umlageverfahren.

Diese Betrachtung lässt aber außer Acht, dass sowohl Kapital- als auch Humankapitalinvestitionen zum Wachstum einer Volkswirtschaft beitragen. Die Investitionen in das Humankapital der heranwachsenden Generation, also deren Größe und deren Qualifikation, bestimmen ebenfalls das künftige Bruttoinlandsprodukt, aus dem dann die sozialen Leistungen bestritten werden müssen. Damit muss das Umlageverfahren nicht automatisch den genannten Renditenachteil besitzen. Die eigentliche Schwachstelle der Mackenroth-These liegt in der Annahme, dass die Bevölkerungswachstumsrate konstant bleibt. Das wird jedoch durch die gegenwärtige Entwicklung widerlegt. Die aktuelle Erwerbstätigengeneration rechnet zur Generation der geburtenstarken Jahrgänge der 60er und frühen 70er Jahre. Sie selbst haben allerdings keine Kinder mehr in die Welt gesetzt (Dinks: double income no kids). Damit sind Erwerbstätige gemeint, die hohe Einkommen erzielen und damit hohe Ansprüche aus den Umlagesystemen besitzen, dabei aber keine Kinder bekommen haben. Aus ihren Beiträgen wer-

den die heutigen sozialen Leistungen finanziert, während die nächste Generation, die für die Rente der Dinks aufkommen muss, zahlenmäßig deutlich kleiner ausfällt (CESifo 2015).

Das Beispiel Griechenland zeigt weiterhin sehr anschaulich, dass die Geldanlage im Ausland riskant ist und auch die Ansprüche aus Staatsanleihen keine garantierten Leistungsansprüche darstellen und verloren gehen können. Es hängt daher entscheidend von der Art der Kapitalbildung ab. Letztlich muss es sich um die Bildung von Realkapital handeln, d.h. man erwirbt mit seiner Geldanlage einen Anteil am Kapitalstock eines Unternehmens, der dann zur Glättung der Belastungen des Umlageverfahrens zur Verfügung steht. Viele Länder wählen inzwischen den Weg hin zu solchen Mehssäulenmodellen oder hybriden Strukturen.

Lange Jahre wurde die Diskussion Umlage versus Kapitaldeckung mit der Frage verknüpft, ob Kapitaldeckung nicht zu höheren Ersparnissen und damit auch zu höheren Investitionen und damit einem höheren Wachstumspfad führt. Im Prinzip ist es bei offenen Grenzen sogar möglich, dass in einem Land zwar viel gespart, aber wenig investiert wird, weil die heimische Bevölkerung ihre Ersparnisse lieber im Ausland anlegt. Neuere Studien zeigen, dass die Verbindung zwischen heimischen Investitionen und Ersparnissen abgenommen hat. Deutschland ist dafür ein gutes Beispiel: die Ersparnisse sind teilweise deutlich größer als die heimischen Investitionen, die Folge ist der derzeit kontrovers diskutierte Leistungsbilanzüberschuss.

Aktuell wird die Diskussion aber weniger unter Wachstums- oder Effizienzaspekten geführt, als unter Verteilungsgesichtspunkten. Analysen mit Hilfe von Generationenbilanzen (Raffelhüschen 2014) und Tragfähigkeitsanalysen (BMF 2013) zeigen, dass die im Umlagesystem vertraglich existierenden Leistungsansprüche zu einer enormen Lastverschiebung in Form impliziter Schulden auf künftige Generationen führen (siehe auch unten). Unter dem Gesichtspunkt der Begrenzung der intergenerativen Umverteilung besitzt das Kapitaldeckungsverfahren, das eine implizite Schuld nicht kennt, deutliche Vorteile.

2. Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt versus reformierte Dualität

Verfechter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts betonen die Verzerrungen des bestehenden dualen Systems aus GKV und PKV und versprechen sich ökonomische Vorteile und eine bessere Versorgung bei einem Übergang

zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Alle international bekannten Versorgungs- und Versicherungssysteme sind historisch gewachsen. Würde man heute einen Neubeginn „auf dem Reißbrett“ initiieren, würde jedes System erkennbar anders ausgestaltet sein bzw. hätte sowohl mit dem bestehenden GKV- als auch mit dem PKV-System wenig gemeinsam.

Wegbereiter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts könnte eine schrittweise Annäherung der Versicherungssysteme sein. Es gibt aber letztlich keinen eleganten oder einfachen Weg in einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Eine Bürgerversicherung, die nicht nur die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, sondern auch ihre Finanzierungsbasis um weitere Einnahmearten verbreitert, entspricht letztlich einer Einkommensteuer II, die neben das bestehende Einkommensteuer- und Transfersystem tritt. Hier sind die Gefahren, dass es zu einer Zwei-Klassen-Medizin und zu langen Wartelisten kommt, sehr groß. Zahlungskräftige Menschen können sich die erwünschten Leistungen jenseits des einheitlichen Versorgungsniveaus der Bürgerversicherung einkaufen. Beispiele aus anderen Ländern gibt es zahlreiche. Hinzu kommen die nach wie vor ungelösten Probleme des Übergangs.

Die Einführung einer Bürgerversicherung würde wohl mit langen Übergangszeiten einhergehen und dürfte – aus meist sehr unterschiedlichen Gründen – auch im Lager der meisten gesetzlichen Krankenkassen wenig Begeisterung auslösen. So warnte die Geschäftsführerin des Ersatzkassenverbandes (vdek), Ulrike Elsner, im Juli 2013: „Die Bürgerversicherung, das hört sich gut an, ist aber bei der Umsetzung mit vielen Unwägbarkeiten behaftet“ (Handelsblatt 2013). Ähnliche Vorbehalte äußerte auch Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: „Denn eine Bürgerversicherung würde eine Revolution bedeuten, und das Gesundheitswesen ist für Revolutionen denkbar ungeeignet“ (Passauer Neue Presse 2013).

Noch deutlicher wurde die Hanseatische Krankenkasse (HEK) in der Ablehnung der Bürgerversicherung. Der Verwaltungsrat der HEK sprach sich sogar explizit für den Erhalt der Privaten Krankenversicherung aus: „Wir treten ein für Wettbewerb und Kassenvielfalt, denn beides garantiert die bestmögliche Versorgung der Versicherten“, so Verwaltungsratschef Horst Wittrin im Juli 2013. Würden die privaten Versicherer abgeschafft, so HEK-Vorstand Jens Luther weiter, sei außerdem eine „Art Einheitsversicherung“ zu befürchten (Hamburger Abendblatt 2013).

Aus wissenschaftlicher Perspektive käme eine Annäherung der beiden Systeme wohl am ehesten durch die Einführung eines Modells in Frage, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bereits im Jahr 2004 vorgeschlagen hat und das die Umstellung der Arbeitnehmerbeiträge in der GKV auf kassenspezifische Kopfpauschalen vorsieht (vgl. SVR 2004). Dieses Modell stößt in der Bevölkerung aber auf keine Akzeptanz und wird zurzeit von keiner Partei gefordert oder unterstützt.

Gegen einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt spricht tendenziell auch die Theorie der organisatorischen Pfadabhängigkeit (vgl. Sydow 2014). Pfadabhängigkeit ist ein Konzept in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, das zeitliche Verläufe von Prozessen beschreibt. Wie bei einem Pfad gibt es dort Kreuzungen und Abzweigungen, an denen mehrere Alternativen zur Auswahl stehen. Sind bestimmte Entscheidungen getroffen, folgt ein stabilerer Verlauf, der allerdings auch kaum noch Richtungsänderungen zulässt (vgl. Abbildung 2). Daher wird an einem Pfad unter Umständen selbst dann festgehalten, wenn sich später herausstellt, dass eine andere Alternative überlegen gewesen wäre.

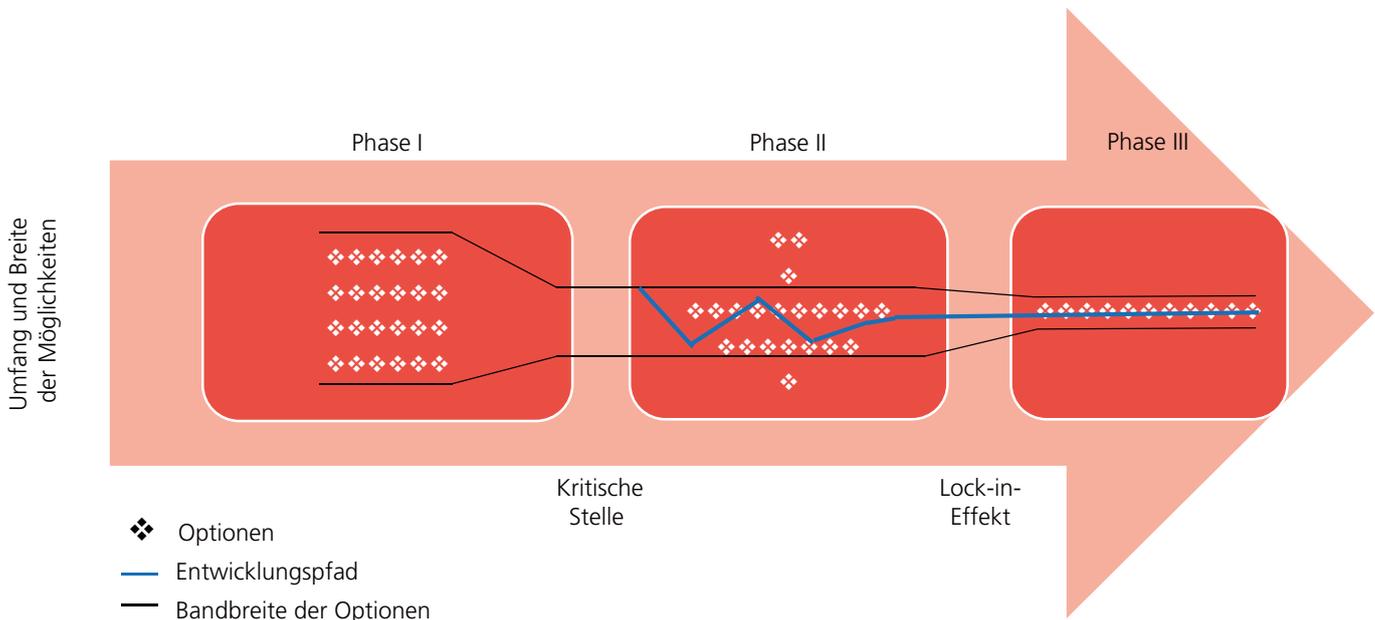
Interessanterweise wird die Beibehaltung der bestehenden Dualität in den letzten Monaten wieder mit mehr Nachdruck diskutiert und eingefordert. Ausgehend von der Wahrnehmung, dass die Koexistenz von GKV und PKV zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems zählt, wird häufig von reformierter Dualität gesprochen. Letztlich geht es um Reformen in den Systemen.

Über das Für und Wider der Dualität aus GKV und PKV ist schon viel gestritten worden (vgl. SVR 2004, Richter 2005 und 2009, Breyer 2012, Rothgang et al. 2012, Albrecht et al. 2013, BÄK 2013, Wasem et al. 2013). Fest steht dabei – ob ursächlich oder nicht –, dass das Modell der Dualität aus GKV und PKV mit einem fast einheitlichen Versorgungssystem für alle Patienten in der Vergangenheit die Versorgungsnachteile der meisten staatlichen Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin vermieden hat (vgl. Finkenstädt und Niehaus 2013).

Die seit 2008 andauernde Schulden- und Finanzmarktkrise hat kapitalgedeckte (niedrige Zinsen) als auch umlagefinanzierte Versicherungssysteme (stagnierendes Lohnwachstum) auf sehr unterschiedliche Art und Weise „asymmetrisch“ betroffen. Gerade deshalb spricht vieles dafür, dass hybride Modelle mit Bezug auf die konjunkturelle Stabilität, intergenerative Umverteilung und steuerpolitische



Theorie der organisatorischen Pfadabhängigkeit



Quelle: Sydow 2014



Abb. 2: Die Theorie der organisatorischen Pfadabhängigkeit beschreibt zeitliche Verläufe von Prozessen. Das Konzept geht davon aus, dass nach einer einmal getroffenen politischen Richtungsentscheidung alternative Regelungsoptionen kaum noch in Betracht kommen.

Abhängigkeit risikominimierend auf die Gesamtstabilität der Gesundheitsversorgung wirken können. Mit einer (Teil-) Kapitaldeckung können grundsätzlich sowohl die demographischen Belastungen als auch die Ausgabeneffekte des medizinisch-technischen Fortschritts gleichmäßiger über die Zeit verteilt und damit partiell vorfinanziert werden. Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Innerhalb des bewährten hybriden GKV-PKV-Systems sind weitere Reformschritte notwendig. Gerade Versorgungs- und Qualitätsfragen werden in einer alternden Gesellschaft an Bedeutung zunehmen. Diese Fragen müssen in den Mittelpunkt des Interesses von Reformen gestellt werden.

3. Rahmenbedingungen für die Sozial- und Privatversicherung

3.1 Der Erfolg der Sozialversicherung im 20. Jahrhundert

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat die Bedeutung der Sozialversicherung in den meisten Industrieländern zu Lasten der Privatversicherung zugenommen. Dafür zeichnet im Wesentlichen die Krankenversicherung verantwortlich. Im

Jahre 1980 wendeten die Industrieländer durchschnittlich 16 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Sozialausgaben auf; früher war dieser Anteil deutlich niedriger. Im Jahre 2011 betrug die Sozialausgabenquote dagegen durchschnittlich bereits 22 Prozent (vgl. OECD 2012). In Deutschland hat diese Quote im gleichen Zeitraum von 23 Prozent auf 26 Prozent zugenommen. Dieser Anstieg geht in der OECD wesentlich auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben zurück, deren Quote in Deutschland von 6,6 Prozent auf 8,6 Prozent (2009) zunahm.

Seit dem berühmten Artikel „Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information“ von Michael Rothschild und Joseph Stiglitz im *Quarterly Journal of Economics* (1976) gilt für die Mehrheit der Ökonomen die adverse Selektion als einer der zentralen Schwachpunkte der Privatversicherung. Da der private Versicherer nicht zwischen günstigen und ungünstigen Risiken unterscheiden kann, muss er einen so genannten Mischvertrag anbieten, der langfristig aber keinen Bestand haben dürfte. Der Grund ist darin zu sehen, dass ein Mischvertrag von einem Konkurrenten unterboten werden kann, der eine geringere Versicherungsdeckung zu einer niedrigeren Prämie anbietet, dadurch die guten

Risiken aus dem bestehenden Vertrag abzieht und den bisherigen Versicherer vom Markt verdrängt.

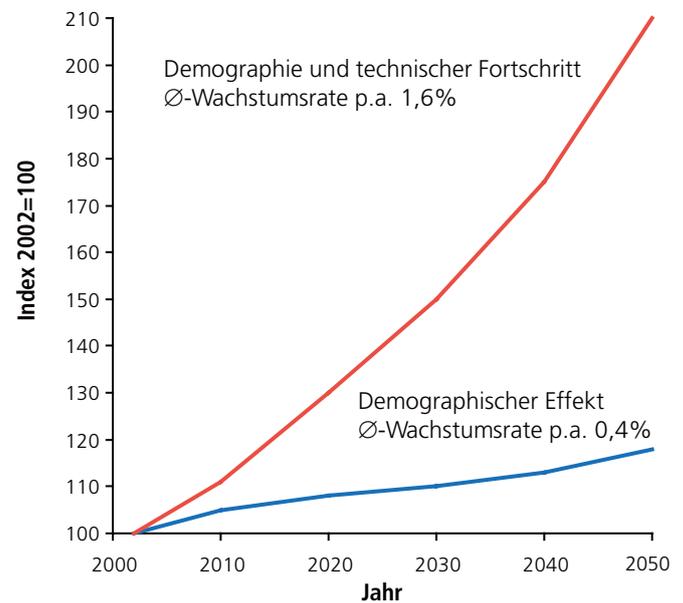
Insbesondere aufgrund des Artikels von Rothschild und Stiglitz sehen viele Ökonomen die Effizienzvorteile auf Seiten der Sozialversicherung. Der Träger der Sozialversicherung hat überwiegend durch das ihm vom Gesetzgeber zugewiesene und nicht bestreitbare Monopol die ganze oder nahezu die ganze Bevölkerung in seinem Versichertenbestand, so dass ein Hinausoptieren in der Regel nicht möglich ist. Weiterhin kann der Träger der Sozialversicherung den Mischvertrag, den auch er anbietet, stets politisch durchsetzen.

Das Wachstum der Sozialversicherung lässt sich weiterhin durch die politische Ökonomie erklären: Die politische Ökonomie wendet das wirtschaftliche Nutzen-Kosten Kalkül auf die politischen Entscheidungsträger an. Dabei sehen politische Ökonomen es als Kerngeschäft der heutigen Politiker an, die Umverteilung von Einkommen und Vermögen zu steuern und auch voranzutreiben. Jedes Mal, wenn Wiederwahlen anstehen, kommt es so zu Versuchen, die Privatversicherung neu zu regulieren und/oder die Sozialversicherung auszudehnen. Damit lassen sich jeweils entscheidende Wählergruppen gewinnen. Auch wenn die Thesen der politischen Ökonomie nicht unumstritten sind, liefert sie zahlreiche empirische Befunde, die das Wachstum der Sozialversicherung über die Zeit (mit) erklären (vgl. Zweifel 2012).

3.2 Nachhaltigkeit als Herausforderung

Die demographische Entwicklung in Deutschland beeinflusst alle Systeme der sozialen Sicherung. Neben der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die vor allem durch die steigende Zahl der Rentenempfänger, die längere Bezugsdauer und die abnehmende Zahl der Beitragszahler belastet wird, unterliegen auch die GKV sowie die soziale Pflegeversicherung (SPV) den Auswirkungen der so genannten „doppelte Alterung“ (Börsch-Supan 2000, S. 24). Darunter versteht man eine verlängerte Lebenserwartung im Zusammenspiel mit einer sinkenden Geburtenrate. Ob der demographische Wandel den Hauptfaktor für die steigenden Belastungen der GKV in Form von Beitragssatzsteigerung darstellt, erscheint unsicher. Grundsätzlich beruhen die mit ihm verbundenen Probleme auf dem zugrunde liegenden Umlageverfahren, da lediglich bei einer konstanten Altersstruktur der Bevölkerung keine Lastverschiebung zwischen den Generationen auftritt (vgl. Ulrich 2006, S. 82ff.).

Medizinisch-technischer Fortschritt, Demographie und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben



Quelle: Felder 2012, Breyer und Ulrich 2000, AOK 2012.

Abb. 3: Der demographische Wandel macht nur einen kleinen Teil künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV aus.

Neben der demographischen Entwicklung stellt der medizinisch-technische Fortschritt eine zentrale Determinante der Entwicklung der Gesundheitsausgaben dar. Vieles spricht dafür, dass sich beide Größen in ihrer Wirkung auf die Gesundheitsausgaben verstärken (vgl. Rausch und Gasse 2014). Das Gesundheitswesen unterliegt einer zunehmenden Technisierung, „teure“ Produktinnovationen dominieren „günstige“ Prozessentwicklungen, und die künftigen Möglichkeiten des technischen Fortschritts erscheinen nahezu unbegrenzt; man denke nur an die Möglichkeiten der Gentechnik, der Transplantationsmedizin oder der Biotechnologie.

Setzt sich diese Entwicklung fort, trägt sie zu einem Phänomen bei, für das sich der Begriff „Versteilerung der Ausgabenprofile“ (Buchner 2002, S. 167) eingebürgert hat. Darunter versteht man, dass die Gesundheitsausgaben bei älteren Versicherten, bedingt durch die Wechselwirkungen zwischen Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt, schneller wachsen als bei jüngeren Versicherten. Das zu erwartende Wechselspiel zwischen demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt dürfte auch künftig die Gesundheitsausgaben überproportional steigen lassen. Damit ergibt sich für die GKV keine begrenzte demographische Belastung, welche

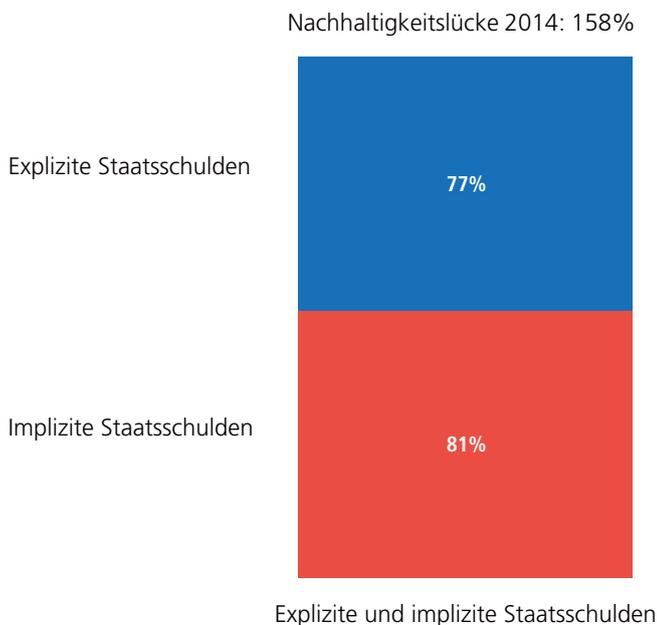
relativ einfach abzuschätzen bzw. durch alternative Finanzierungsmodelle abzufedern wäre.

Inzwischen liegen zahlreiche Prognosen für die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung für die GKV in den nächsten Jahrzehnten vor. Abbildung 3 zeigt eine Berechnung, die auf den geschätzten Ausgabenprofilen für Verstorbene und Überlebende sowie der Prognose für die deutsche Bevölkerung anhand von Daten des Statistischen Bundesamts (2009) beruht.

Nach einer Prognose führt der reine demographische Wandel zu einem Ausgabenanstieg in Höhe von 0,4 Prozent p.a. und macht einen kleineren Anteil künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV bis zum Jahr 2050 aus. Der kombinierte Effekt von Demographie und technischem Fortschritt führt dagegen zu einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Höhe von 1,6 Prozent p.a. Für die finanziellen Effekte des technischen Fortschritts wird dabei davon ausgegangen, dass er pro Jahr um ca. ein Prozentpunkt über der allgemeinen Ausgabenentwicklung liegt.

Abbildung 4 zeigt die Höhe der expliziten und der impliziten Schulden in den Systemen der sozialen Sicherung in

Nachhaltigkeitslücke in Deutschland 2014

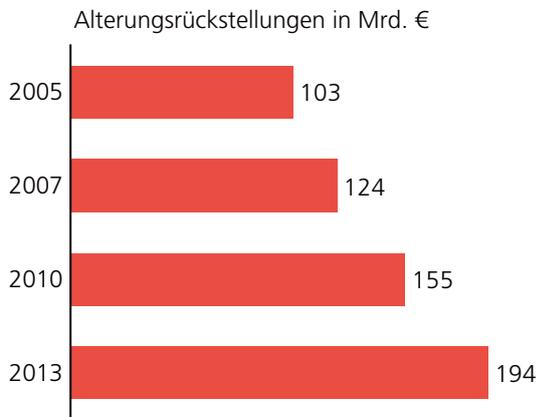


Quelle: Stiftung Marktwirtschaft (2014): EU-Nachhaltigkeitsranking 2014, Bilanz ehrbarer Staaten?, Pressemitteilung, Berlin, 10.12.2014.



Abb. 4: Implizite Schulden resultieren aus Leistungsansprüchen an das Sozialsystem, die heute noch nicht gegenfinanziert sind.

Der Kapitalstock in der PKV (Kranken- und Pflegeversicherung)



Davon 2013:

Krankenversicherung: 166,9 Mrd. €

Pflegeversicherung: 27,1 Mrd. €

Quelle: Eigene Darstellung mit Hilfe von Daten des PKV-Verbands 2015.



Abb. 5: Die seit 2005 stetig gestiegenen Rückstellungen in der PKV unterstreichen die Bedeutung der Kapitalakkumulation.

Deutschland. Während die explizite Schulden nach den Kriterien von Maastricht 60 Prozent des BIPs nicht übersteigen dürfen, gegenwärtig bei 80 Prozent liegen, belaufen sich die impliziten Schulden auf 226 Prozent des BIP. Implizite Schulden resultieren aus den gesetzlich fixierten Leistungsansprüchen an die Systeme der sozialen Sicherung, die heute noch nicht gegenfinanziert sind. Die Höhe der impliziten Schulden deutet darauf hin, dass aktuell erheblich Leistungszusagen bestehen, die im Sinne intergenerativer Transfers auf künftige Generationen übertragen werden.

Die Alterungsrückstellungen der privaten Versicherung belaufen sich gegenwärtig 194 Milliarden Euro (Abbildung 5). Dabei trugen die Alterungsrückstellungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit einem Anteil von 6,4 Prozent (2013) bzw. 6,1 Prozent (2012) zum Nettosparvolumen Deutschlands bei (vgl. Wild 2015). Der Anstieg gegenüber 2011 (5,4 Prozent) ist die Folge einer steigenden Zufuhr zu den Alterungsrückstellungen bei gleichzeitig leicht abnehmender gesamtwirtschaftlicher Ersparnis in Deutschland. Die Ergebnisse unterstreichen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Kapitalakkumulation. Dabei ermöglicht Kapitalakkumulation letztlich mehr Investitionen und erhöht in der Folge die Arbeitsproduktivität,

wovon letztendlich indirekt auch die umlagefinanzierte Sozialversicherung profitiert.

Mit Blick auf die langfristige Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung zeigt Abbildung 6, dass die staatliche Finanzierung von Gesundheitssystemen an Grenzen stößt oder zumindest mittel- bis langfristig nicht einfacher werden dürfte. Lediglich drei Länder (Estland, Luxemburg und Slowakei) erfüllen gegenwärtig die beiden Maastricht-Kriterien zum Staatsdefizit und zur Schuldenquote, wodurch der künftige Handlungsspielraum eingeschränkt wird. Zudem haben sich alle Euro-Staaten durch die Einführung einer so genannten Schuldenbremse zur Konsolidierung ihrer Haushalte verpflichtet.

3.3 Systemwettbewerb oder Konvergenz

Regulierung der PKV

Es hat immer wieder regulatorische Eingriffe auch in den gesetzlichen und den privatwirtschaftlichen Markt gegeben, wodurch systemfremde Elemente in die GKV und PKV gelangt sind. Mit Blick auf die PKV kann man sagen, dass der Kontrahierungszwang, das Verbot von Risikozuschlägen bei Vorerkrankungen, die Übernahme von Deckungslücken durch die Gemeinschaft der PKV-Versicherten und die festgesetzte Höchstgrenze bei der Beitragserhebung im Basistarif den Grundsätzen der PKV widersprechen. Ziel der Einführung des Basistarifs war es, alle in Deutschland lebenden Nicht-Versicherten wieder Krankenversicherungsschutz zukommen zu lassen und einen, auch bei Bedürftigkeit, bezahlbaren Versicherungsschutz zu gewährleisten. Trotz dieser massiven Eingriffe in die Funktionsweise der PKV durch den Basistarif kann dennoch nicht von einer Tendenz hin zur GKV gesprochen werden. Denn nur 0,3 Prozent der privat Vollversicherten sind im Basistarif eingeschrieben. Das PKV-Kerngeschäft der klassischen privaten Vollversicherung wird deshalb von der Einführung des Basistarifs bislang nicht beeinträchtigt.

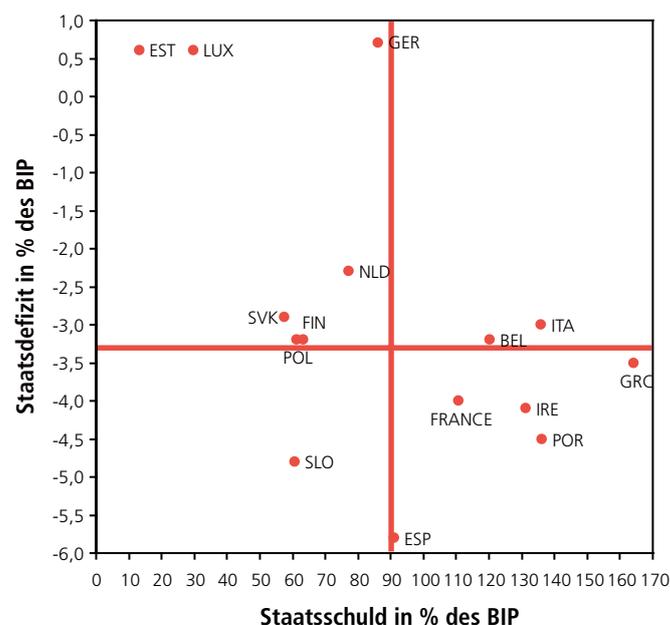
Regulierung der GKV

Ein Ansatz zur Systemvermischung könnte sich durch die Annäherung der GKV an die PKV ergeben. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden im Jahr 2004 die gesetzlichen Krankenkassen ermächtigt, im Bereich der Zusatzversicherungen als Vermittler zwischen ihren Versicherten und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufzutreten.

Unter die Zusatzversicherung fallen beispielsweise die Chefarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmer und auch die Auslandsreisekrankenversicherung. Damit werden Leistungen bezeichnet, die letztlich über den Leistungskatalog der GKV hinausgehen. Von den günstigen Sondertarifen der PKV, die bei solchen Kooperationen angeboten werden, profitieren zum einen die Versicherten, die ihre Grund- und Zusatzversorgung aus einer Hand erhalten. Weiterhin nutzt die GKV diese Zusatzversicherungsoptionen als Instrument der Kundenbindung, da die Sondertarife an die Mitgliedschaft in der jeweiligen Krankenkasse gebunden sind (vgl. Schulze Ehring 2011). Durch derartige Kooperationen kommt es zwar zu einer Annäherung im Sinne einer engeren Zusammenarbeit, die eigentlichen Systemgrenzen werden aber nicht wirklich durchlässiger.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz führte im Jahr 2007 verschiedene Wahltarife ein, beispielsweise etwa Selbstbehalts- oder Beitragsrückerstattungstarife. Speziell die in der Regel nach Einkommen gestaffelten Tarife mit Selbstbehalt sind aber letztlich ein Fremdkörper innerhalb der GKV. Die finanziellen Anreize sind hier so gesetzt, dass

Grenzen der staatlichen Finanzierung von Gesundheitssystemen in EURO-Ländern



Quelle: Eigene Darstellung anhand von OECD-Daten



Abb. 6: Der Vergleich zeigt, dass nur drei Länder zur Zeit die Maastricht-Kriterien zu Defizit- und Schuldenquote erfüllen.

adverse Selektion auftritt, d.h. es kommt zu einer verstärkten Nachfrage nach den Wahlтарifen bei den jungen und einkommensstarken Versicherten.

Das PKV-Prinzip wird durch die Wahlтарife in der GKV und durch die Möglichkeit einer späteren Rückkehr in den Normaltarif ohne Gesundheitsprüfung allerdings verletzt. Die GKV-Versicherten können solange in den für sie günstigeren Wahlтарifen verbleiben, bis sich dies nicht mehr lohnt und wechseln dann ohne Gesundheitsprüfung zurück in ihren alten Tarif. Die gesetzlichen Kassen nutzen diese Angebote vor allem, um freiwillig Versicherte an sich zu binden und den Wechsel zur PKV zu verhindern. Auch Kostenerstattungstarife der GKV genügen wegen des Verzichts auf Risikoprüfung und damit unzureichender Kalkulation sowie fehlender Vertragssicherheit nicht annähernd dem Standard in der PKV. Trotz dieser Gestaltungsmöglichkeiten ist aber nicht davon auszugehen, dass sich die GKV in Richtung PKV bewegt, dafür spielen die aufgezeigten Gestaltungselemente nur eine untergeordnete Rolle.

Ausblick

Das deutsche Gesundheitswesen mit seiner dualen Struktur aus GKV und PKV lässt sich sicherlich nicht rein ökonomisch erklären. Wie in allen anderen Gesundheitssystemen finden sich auch in Deutschland historisch gewachsene Strukturen, die das jeweilige System prägen. Da die beiden polaren Modelle „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“ bislang an konkreten Umsetzungs- und Übergangsproblemen scheiterten, erfährt die reformierte Dualität eine Renaissance.

Das Nebeneinander von GKV und PKV ist gegenwärtig sicherlich nicht bestmöglich ausgestaltet, da ein großer Teil der Bevölkerung keine Wahlmöglichkeiten hat. Rund drei Viertel der deutschen Wohnbevölkerung sind als Mitglieder oder deren mitversicherte Angehörige in der GKV pflichtversichert. Die Beamten und ihre beihilfeberechtigten Angehörigen sind zwar nicht rechtlich, aber faktisch der PKV zugeordnet, weil sie im Fall einer freiwilligen GKV-Versicherung den gesamten Versicherungsbeitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung selbst entrichten müssen.

Ein Wahlrecht haben letztlich nur Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze sowie Selbständige. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV konzentriert sich bislang auf diese Gruppen von Personen. Die Zielrichtung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV sollte daher sein, eine qualitativ möglichst hochwertige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, welche den Ver-

sicherten weitergehende Handlungs- und Wechseloptionen ermöglicht. Das setzt weitere Reformen sowohl bei GKV und PKV voraus. Hinzu kommt, dass im Rahmen eines indirekten Wettbewerbsverhältnisses zwischen GKV und PKV die Existenz der PKV mit ihrer Innovationsoffenheit Druck auf das GKV-System ausübt, wenigstens mit Verzögerung neue medizinische Verfahren zu akzeptieren beziehungsweise den gesetzlich definierten Leistungskatalog nicht zu stark einzuschränken (vgl. Augurzyk und Felder 2013, S. 44).

Insgesamt geht es momentan im deutschen Gesundheitswesen daher weniger um eine Konvergenz, sondern vielmehr um eine reformierte Dualität, welche das GKV- und PKV-System auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite zielorientiert weiterentwickelt.

Literatur beim Autor

E-Mail-Kontakt:
volker.ulrich@uni-bayreuth.de

.....
PROF. DR. POL. VOLKER ULRICH
.....



Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth. Er ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik –, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbands Managed Care (BMC). Im akademischen Turnus 2010/11 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Seit 2015 ist er Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

