

Wettbewerbssteuerung im GKV-WSG

Eine Einschätzung möglicher Effekte auf das Akteurshandeln im Gesundheitssystem

1. *Einleitung*

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) soll nach dem Willen der Regierungskoalition den Wettbewerb um eine bessere Krankenversorgung intensivieren. Zu diesem Zweck sieht die Reform eine Vielzahl neuer Finanzierungsregelungen vor. Geld spielt als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen nach dieser Reform eine größere Rolle denn je. Dieser Beitrag geht der Frage nach, ob davon auszugehen ist, dass das Reformwerk dem eigenen Anspruch, die Akteure zu einem an den Zielen der Solidarität und der Qualitätsverbesserung orientierten Wettbewerb zu veranlassen, tatsächlich gerecht wird. Dazu werden im Folgenden drei Aspekte der Gesundheitsreform näher betrachtet: die Wirkung des Zusatzbeitrags, die Einführung von Wahlтарifen und die Beziehungen zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV).

2. *Steuerungswirkungen des kassenindividuellen Zusatzbeitrags*

2.1 *Funktionsweise des Zusatzbeitrags*

Die Finanzierungsreform sieht vor, dass Kassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben müssen (§ 242 SGB V). Kinder oder mitversicherte Partner zahlen keinen Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitrag soll so bemessen werden, dass er ausreicht, zusammen mit den Fondszuweisungen und sonstigen Einnahmen, die voraussichtlich zu leistenden Ausgaben des Haushaltsjahres zu decken sowie die Kassenrücklagen aufzufüllen. Die Kassen müssen ihre Satzungen im Bedarfsfall dementsprechend ändern. Kommt kein Beschluss der Kasse in diese Richtung zustande, ordnet das Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde die als notwendig erachtete Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Den Kassen soll kein Schlupf-

loch gelassen werden, durch das sie eine im Raum stehende Erhöhung des Zusatzbeitrags vermeiden könnten. Erwirtschaftet eine Kasse einen Überschuss, so kann sie diesen in Form einer Prämie an ihre Versicherten ausschütten oder zusätzliche Leistungen gewähren.

Zum Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 sollen die von ihm bereitgestellten Mittel die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu 100 Prozent decken. Danach müssen sich diese Ausgaben zu mindestens 95 Prozent aus dem Gesundheitsfonds finanzieren. Dies bedeutet, dass die Summe der allein von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeiträge auf bis zu fünf Prozent der GKV-Ausgaben ansteigen kann. Der Zusatzbeitrag kann pauschal (jedes Mitglied zahlt den gleichen Betrag) oder prozentual (jedes Mitglied zahlt einen Prozentsatz seines beitragspflichtigen Einkommens) erhoben werden. Die zusätzliche finanzielle Belastung der Mitglieder wird durch eine Überforderungsklausel beschränkt, die die maximale Höhe des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Für das Jahr 2007 wären dies knapp 36 Euro pro Monat. Die Einkommensprüfung wird allerdings erst durchgeführt, sobald der monatliche Zusatzbeitrag mehr als acht Euro beträgt. Dadurch soll der bürokratische Aufwand reduziert werden, der den Kassen durch die individuelle Härtefallprüfung entsteht. Dagegen übernimmt für Empfänger von Sozialhilfe oder Grundsicherung in der Rente das zuständige Amt den Zusatzbeitrag. Empfänger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (sog. »Hartz-IV«-Empfänger) müssen den Zusatzbeitrag grundsätzlich selbst entrichten. Die Bundesagentur für Arbeit trägt den Zusatzbeitrag für diesen Personenkreis nur in – bislang nicht genauer definierten – Härtefällen. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, ihn erhöht oder die Prämienzahlung senkt, steht dem Versicherten ein Sonderkündigungsrecht offen, auf das ihn die Kasse hinweisen muss. In diesem Fall kann der Versicherte die Krankenkasse wechseln, ohne dass er den erhöhten Zusatzbeitrag zahlen muss.

Die Absicht des Gesetzgebers, die mit der Einführung des Zusatzbeitrages verbunden ist, besteht in einer Intensivierung des Kassenwettbewerbs, der bislang vorrangig über die unterschiedlichen Beitragssätze der einzelnen Kassen bestimmt wird. Mit der Festlegung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes durch Rechtsverordnung wird künftig der Zusatzbeitrag (bzw. die auszuschüttende Prämie) zum zentralen Parameter im Kassenwettbewerb. Eine Verschärfung des Wettbewerbs wird deshalb erwartet, weil die absolute Höhe des Zusatzbeitrags für den Versicherten ein eindeutigeres Preissignal darstellt als der – vielfach unbekannt – Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einführung des Zusatzbeitrags verschärft das Gerechtigkeitsdefizit in der Finanzierung der GKV. Die Finanzierungslast wird weiter zu Ungunsten der Versicherten verschoben, während die Arbeitgeber entlastet werden. Zudem wird eine »kleine Kopfpauschale« in das Finanzierungssystem eingeführt, durch die Geringverdiener übermäßig belastet werden (vgl. Gerlinger/Mosebach/Schmucker 2006). Die entsolidarisierende Tendenz des Zusatzbeitrags ist jedoch nicht sein einziges Defizit. Er wird trotz der Berücksichtigung von morbiditätsbezogenen Elementen in dem reformierten Risikostrukturausgleich auch zu einer Benachteiligung jener Krankenkassen führen, die überwiegend sozial Schwache und chronisch kranke Menschen versichern.

2.2 *Der Zusatzbeitrag als dysfunktionaler Wettbewerbsparameter*

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich im Wettbewerb die Kassen durchsetzen werden, die am besten wirtschaften, d.h. eine effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten bereitstellen. Eine höhere Wirtschaftlichkeit soll es diesen Kassen ermöglichen, auf einen Zusatzbeitrag zu verzichten bzw. Prämien auszuschütten. Ineffizient wirtschaftende Krankenkassen müssten dagegen einen Zusatzbeitrag erheben, um ihren Finanzbedarf decken zu können. Die Konstruktion von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag weist jedoch Merkmale auf, die die beabsichtigten Steuerungswirkungen in Frage stellen. Hier sind zum einen die ungleichen Voraussetzungen zu nennen, mit denen sich die Krankenkassen in den Wettbewerb begeben und die einen klaren Wettbewerbsnachteil für die so genannten »Versorgerkassen« bedeuten. Zum anderen führt die Ausgestaltung der Überforderungsklausel dazu, dass die Krankenkassen – in Abhängigkeit von der Einkommensstruktur ihrer Versicherten – über unterschiedlich ausgeprägte Möglichkeiten verfügen, ihren Finanzbedarf über einen Zusatzbeitrag tatsächlich decken zu können. Beide Steuerungsdefizite sollen im Folgenden erläutert werden.

Von zentraler Bedeutung für die Wirkung des Zusatzbeitrages sind die Wettbewerbsvoraussetzungen der gesetzlichen Krankenkassen. Diese sind sehr disparat, wie die Gegenüberstellung von AOKen und Techniker Krankenkasse zeigt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Wettbewerbsposition der AOKen und der TKK

	AOKen	TKK
Wettbewerbsposition		
Beitragssatz (2006)	13,5 %	13,2 %
Versicherte insg. (1.1.2006)	25,3 Mio.	5,9 Mio.
Mitglieder (1.1.2006)	18,2 Mio.	4,0 Mio.
Versichertenfluktuation (2005/06)	- 212 000 ****	+ 183 000
Mitgliederfluktuation (2005/06)	- 217 000 ****	+ 150 000
Marktpräsenz	länderübergreifend	bundesweit
Versichertenstruktur		
Grundlohnsumme pro Mitglied (2005)	16 185 €	25 409 €
Beitragseinnahmen pro Mitglied (2005)	2 323 €	3 241 €
Leistungsausgaben pro Mitglied (2005)	2 921 €	2 388 €
RSA-Saldo (1994-2004)	+ 81,8 Mrd. €	- 54,7 Mrd. € *
RSA-Saldo (2005)	+ 12,5 Mrd. €	- 3,7 Mrd. €
Pflichtversicherte (1.6.2005/1.1.2006)	9,7 Mio. (38,3 %)	2,2 Mio. (42,3 %)
Freiwillig Versicherte (1.6.2005/1.1.2006)	0,9 Mio. (3,6 %)	1,0 Mio. (17,0 %)
Pflichtvers. Rentner (1.6.2005/1.1.2006)	7,6 Mio. (30,0 %)	0,8 Mio. (13,6 %)
Familienangehörige (1.6.2005/1.1.2006)	7,1 Mio. (28,1 %)	2,0 Mio. (33,9 %)
Mitgliederquote (1.1.2006)**	72,0 %	67,8 %
Erwerbstätigenquote (1.5.2003)	37,4 %	46,8 % ***
Anteil GKV-versicherter Rentner (1.6.2005)	42,7 %	29,1 % *

Quellen und Berechnungen nach: TKK 2006, BMG 2005, AOK-BV 2006, <http://www.tkk.de>, <http://www.aok.de>; <http://www.bva.de>.

* Angaben für die Kassenart Angestellten-Ersatz-Krankenkassen

** Anteil der Krankenkassenmitglieder an der Gesamtversichertenzahl

*** Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtversichertenzahl (Mikrozensushebung 2003), nach BMG 2005

**** Angaben für den Jahreswechsel 2003/2004, nach BMG 2005

Die Notwendigkeit, den Finanzbedarf künftig über einen Zusatzbeitrag zu decken, ist nicht in erster Linie von der wirtschaftlichen Effizienz der Kasse abhängig, sondern von ihrer Versichertenstruktur. Kassen mit einem großen Anteil chronisch kranker Versicherter, die zudem nur über ein geringes Einkommen verfügen, weisen aufgrund der sozialen Härtefallregelungen bei Zuzahlungen höhere Ausgaben auf. Die (teilweise) Befreiung von Zuzahlungen, die einkommensschwächere Patienten in Anspruch nehmen können, muss durch die Krankenkasse finanziert werden und wird nicht ausgeglichen. Hier entstehen ebenso ungleiche finanzielle Belastungen wie aufgrund der in Deutschland regional differierenden Kosten für die Versorgung. Operieren einzelne Krankenkassen ausschließlich oder vorrangig in ausgabenintensiven Regionen (z.B. in den Stadtstaaten), fallen automatisch Mehrausgaben gegenüber dem Bundesdurchschnitt an. Auch diese finanzielle Belastung sagt wenig über die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Kasse aus, begründet jedoch

einen finanziellen Mehrbedarf, der ab 2009 nicht mehr über eine Anhebung der Beitragssätze, sondern nur noch über den Zusatzbeitrag zu realisieren ist (vgl. Jacobs 2006).

Ebenfalls weit reichende Konsequenzen für den Finanzbedarf der Kassen wird die unterschiedliche Morbiditätsstruktur der Versicherten haben. Der höhere Anteil multimorbider Versicherter bedeutet für einzelne Kassen einen zum Teil deutlich höheren Finanzbedarf als für Kassen, deren Versichertenbestand eine bessere Risikostruktur aufweist. Der im GKV-WSG vorgesehene morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (»Morbi-RSA«) sieht einen finanziellen Ausgleich für Krankenkassen vor, deren Versicherte eine größere Krankheitslast aufweisen. Krankenkassen, die einen höheren Anteil chronisch kranker und damit teurer Versicherter aufweisen, erhalten einen entsprechend höheren Beitrag aus dem Fonds. Der Morbi-RSA ist jedoch willkürlich auf 50 bis 80 Krankheiten beschränkt worden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je GKV-Versicherten um mindestens 50 Prozent höher sind als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungen aller Versicherten. Es handelt sich folglich nicht um einen vollständigen Morbiditätsausgleich, der den einzelnen Kassen unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Versicherten vergleichbare Wettbewerbsvoraussetzungen ermöglicht. Nach wie vor werden Kassen mit schlechterer Risikostruktur einen Wettbewerbsnachteil haben, und die Risikoselektion von gesunden Versicherten wird weiterhin zur Wettbewerbsstrategie der Krankenkassen gehören (Stock/Lüngen/Lauterbach 2006). Dabei ist die genaue Ausgestaltung des Morbi-RSA bislang weitgehend unklar. Die Frage, ob es eher 50 oder 80 Krankheiten sind, die im Finanzausgleich berücksichtigt werden, und auf welcher Klassifikationsebene die Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen bestimmt werden, ist für die finanzielle Lage und die Wettbewerbssituation der einzelnen Kassen von großer Bedeutung. Davon wird auch die Einführung bzw. Kalkulation eines Zusatzbeitrages abhängen. Dieser wird daher weniger ein aussagekräftiger Indikator für die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse sein, sondern vor allem die von der Kasse nicht zu verantwortenden Unterschiede in der Morbiditäts- und Einkommensstruktur der Versicherten sowie regionale Ausgabenunterschiede abbilden.

Das zweite Manko in der Steuerungswirkung des Zusatzbeitrags liegt in der spezifischen Ausgestaltung der Überforderungsklausel. Der AOK-Bundesverband hat in einem Gutachten darauf aufmerksam gemacht, dass die vorgesehene soziale Härtefallregelung für die einzelnen Kassen sehr unterschiedliche Auswirkungen haben wird (vgl. zum Folgenden: Schawo/Schneider 2006). Dies hängt damit zusammen, dass die Ein-

kommensstruktur der verschiedenen Kassen große Differenzen aufweist. So beläuft sich die durchschnittliche Grundlohnsumme je Mitglied der Ortskrankenkassen in Ostdeutschland auf lediglich 59 Prozent des Wertes bei den Betriebskrankenkassen (bundesweit) (ebd.: 15). Die Härtefallregelung des Zusatzbeitrags greift bei Kassen mit niedrigem Durchschnittseinkommen pro Mitglied wesentlich früher als bei Kassen, die eine hohe durchschnittliche Grundlohnsumme pro Mitglied aufweisen. Die Brisanz dieses Zusammenhangs wird dann besonders deutlich, wenn der Blickwinkel von der durchschnittlichen auf die tatsächliche Einkommensstruktur der Mitglieder gerichtet wird.

Das Gutachten unterscheidet für seine Modellrechnung den »rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag« von dem durch die Krankenkasse »zu kalkulierenden Zusatzbeitrag«. Ersterer ist relativ einfach dadurch zu ermitteln, dass das notwendige Gesamtvolumen für den Zusatzbeitrag einer Kasse – der finanzielle Bedarf, der durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht abgedeckt werden kann – durch die Zahl der Mitglieder geteilt wird. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass ein Teil der Mitglieder den vollen Zusatzbeitrag aufgrund der Überforderungsklausel nicht bezahlt, erhöht sich zwangsläufig der Betrag, der von den restlichen Mitgliedern aufgebracht werden muss. Mit jeder weiteren Erhöhung des Zusatzbeitrags steigt jedoch auch der Anteil der Mitglieder, der unter die Härtefallregelung fällt. In der Konsequenz wird der von der Kasse unter Berücksichtigung der Härtefallregelung zu kalkulierende Zusatzbeitrag immer über dem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag liegen.

Die AOK hat die mögliche Gestaltung des Zusatzbeitrages anhand von drei Modellrechnungen dargestellt (ebd.: 16ff.). Dafür wurden rechnerisch notwendige Zusatzbeiträge von 10, 15 und 20 Euro monatlich angenommen. Bei einem Zusatzbeitrag von zehn Euro wären 48,3 Prozent aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen, d.h. sie weisen ein Einkommen von weniger als 1.000 Euro monatlich auf. In Ostdeutschland sind es, je nach Region, bis zu 72 Prozent der AOK-Mitglieder, bei denen die Härtefallregelung greifen würde. Diese Einkommensstruktur hat deutliche Auswirkungen auf den zu kalkulierenden Zusatzbeitrag, da die höheren Einkommen die Wirkungen der Härtefallregelung kompensieren müssen. Bundesweit müsste für die AOK ein Zusatzbeitrag von 13,79 Euro kalkuliert werden, um auf einen rechnerischen Zusatzbeitrag von 10 Euro pro Mitglied zu kommen. In der AOK Mecklenburg-Vorpommern müsste der Zusatzbeitrag dagegen auf den Höchstbetrag von 41,66 Euro¹ festgesetzt werden. In diesem Fall wären 100 Prozent der Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen.

Zudem würde der finanzielle Gesamtbetrag, der sich durch den rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag von zehn Euro pro Mitglied ergäbe, lediglich zu 99,7 Prozent realisiert.

Tabelle 2: Wirkungen von Zusatzbeitrag und Härtefallregelung in ausgewählten AOKen

		Meck.- Vorp.	Bran- den- burg	Bayern	Ba.- Wü.
Modellannahme: 10 € rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag pro Mitglied	Anteil der Härtefall- mitglieder in %	72,3	69,9	41,3	37,4
	Zu kalkulierender Zusatzbei- trag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	41,66*	19,84	11,85	11,73
	Anteil der Härtefall- mitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	100,0	93,1	52,6	46,4
	Anteil des Beitrags- volumens, der aufgrund der Härteregelelung <u>nicht</u> realisiert werden kann in %	0,3	0,0	0,0	0,0
Modellannahme: 15 € rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag pro Mitglied	Anteil der Härtefall- mitglieder in %	85,9	84,0	59,5	54,9
	Zu kalkulierender Zusatzbei- trag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	41,66*	41,66*	40,60*	26,52
	Anteil der Härtefall- mitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	100,0	100,0	95,9	83,7
	Anteil des Beitrags- volumens, der aufgrund der Härteregelelung <u>nicht</u> reali- siert werden kann in %	33,5	30,9	0,0	0,0
Modellannahme: 20 € rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag pro Mitglied	Anteil der Härtefall- mitglieder in %	94,3	93,1	74,3	70,3
	Zu kalkulierender Zusatzbei- trag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	41,66*	41,66*	41,66*	41,66*
	Anteil der Härtefall- mitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anteil des Beitrags- volumens, der aufgrund der Härteregelelung <u>nicht</u> reali- siert werden kann in %	50,2	48,2	24,8	18,2

Zusammengestellt nach: Schawo/Schneider 2006: 16ff.

* Erläuterung siehe Anmerkung 1.

Diese Diskrepanz verschärft sich, wenn man von höheren rechnerisch nötigen Zusatzbeiträgen ausgeht. Bei notwendigen 15 Euro Zusatzbeitrag wären je nach Region zwischen 54,9 und 85,9 Prozent aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen. Die zu kalkulierenden Zusatzbeiträge würden in 13 von 16 AOKen nicht ausreichen, um den rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag zu erreichen. Rechnet man schließlich mit einem notwendigen monatlichen Zusatzbeitrag von 20 Euro, werden zwischen 70,3 und 94,3 Prozent aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung erfasst. In diesem Fall wäre keine AOK mehr in der Lage, über den zu kalkulierenden Zusatzbeitrag den rechnerisch notwendigen Betrag zu erzielen. Die AOK Baden-Württemberg – die AOK mit den einkommensstärksten Mitgliedern – könnte lediglich knapp 72 Prozent des rechnerisch notwendigen Betrags realisieren; die AOK Mecklenburg-Vorpommern weniger als 50 Prozent.

2.3 Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb

Die dargelegten Mechanismen haben verschiedene Konsequenzen für das Finanzierungskonzept des GKV-WSG sowie für den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Zum einen erscheint es fragwürdig, ob die Kassen, die ihren Finanzbedarf über die Fondszuweisungen nicht decken können, in der Lage sind, den Fehlbetrag über den Zusatzbeitrag auszugleichen. Die Wirkung der sozial unbedingt notwendigen Härtefallregelung auf den zu kalkulierenden Zusatzbeitrag zeigt, dass Kassen mit überwiegend niedrigen Mitglieder-Einkommen nur eingeschränkte Möglichkeiten besitzen, den benötigten Finanzbedarf zu realisieren und damit einem höheren Insolvenzrisiko ausgesetzt sind. Kassen, die überdurchschnittlich viele Gutverdiener als Mitglieder aufweisen, haben dagegen beim Zusatzbeitrag größere finanzielle Handlungsoptionen.

Hinzu kommt, dass Kassen mit einer »günstigeren« Einkommensstruktur in der Lage sind, einen niedrigeren Zusatzbeitrag zu kalkulieren. Der geringere Anteil von Mitgliedern, die von der Härtefallregelung betroffen sind, reduziert auch den Kompensationsbedarf für die Mitglieder mit höheren Einkommen. Damit wird die Kasse attraktiv für Gutverdienende aus Kassen mit »ungünstiger« Einkommensstruktur. Der geschaffene Wechselanreiz für Besserverdiener kann sich zu einer »Abwärtsspirale« für die Kassen entwickeln, deren Mitglieder durchschnittlich über geringe Einkommen verfügen. Hinzu kommt, dass der Wechselanreiz für Geringverdiener in dem Maße sinkt, in dem Zusatzbeiträge bei einer wachsenden Anzahl von Kassen erhoben werden

müssen. Angesichts der erklärten politischen Absicht, die Beitragssätze stabil zu halten, ist mittelfristig sehr wahrscheinlich, dass alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Da Geringverdiener – wie gezeigt – relativ schnell den Höchstsatz von einem Prozent des Einkommens erreichen werden, ist es in einer solchen Konstellation für sie finanziell unerheblich, in welcher Kasse sie ihren Zusatzbeitrag bezahlen. Über Einsparungsmöglichkeiten erzeugte Wechselanreize eröffnen sich dann überwiegend den höheren Einkommensgruppen (Jacobs 2006: 405).

Die Einkommens- und die Morbiditätsstruktur werden die Wettbewerbsposition der einzelnen Kassen in entscheidendem Maße bestimmen. Der Zusatzbeitrag, vom Gesetzgeber als entscheidender Wettbewerbsparameter konzipiert, wird weniger die Wirtschaftlichkeit und Qualität einer Kasse abbilden als die Merkmale ihres Versichertenbestandes. Der Gesetzgeber schafft einen Anreiz für die Krankenkassen, sich in ihrer Mitgliederwerbung auf hohe Einkommensgruppen zu konzentrieren. Menschen mit geringen Einkommen werden dagegen zu finanziellen Risiken, die mit der Überlebensstrategie im Kassenwettbewerb schwer zu vereinbaren sind.

3. *Wahltarife: Auswirkungen auf Wettbewerbsstrategie und Wettbewerbsordnung*

Neben dem Zusatzbeitrag sind Wahltarife ein weiterer Wettbewerbsparameter, deren Anwendungsbereich durch das GKV-WSG deutlich erweitert wird. In der Begründung des GKV-WSG formuliert der Gesetzgeber hierzu: »Die Wahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung soll erhöht werden. Sie ist Voraussetzung für mehr Transparenz und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.« (CDU/CSU/SPD 2006: 311). Es lassen sich im Grundsatz zwei Arten von Wahlтарifen voneinander unterscheiden (§ 53 SGB V): einerseits Wahlтарife, die als Satzungsleistung der Krankenkassen finanzielle Anreize für die Versicherten setzen (»monetäre Wahlтарife«); andererseits Wahlтарife, welche zur Modernisierung der Versorgung beitragen sollen (»versorgungsbezogene Wahlтарife«).

3.1 *Wahlтарife I: Mitnahmeeffekte, Risikoselektion und Äquivalenzprinzip*

Die erste Gruppe von Wahlтарifen belohnt die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. die Übernahme von Teilkosten durch die Versicherten durch eine entsprechende *Prämienzahlung*. Zu dieser

Gruppe gehören Selbstbehalttarife (§ 53 Abs. 1 SGB V), Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen (§ 53 Abs. 2 SGB V) sowie variable Kostenerstattungstarife (§ 53 Abs. 4 SGB V). Darüber hinaus wurden noch Tarife eingeführt, die die Übernahme von Kosten für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen beinhalten (§ 53 Abs. 5 SGB V). Sollten die Versicherten sich für einen dieser Wahltarife entscheiden, sind sie für drei Jahre an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse gebunden, auch wenn diese ihren noch bis zum 1.1.2009 gültigen Beitragssatz erhöht oder später einen Zusatzbeitrag einführt. Arbeitslose, sog. »Hartz-IV«- und Sozialhilfeempfänger, deren Mitgliedsbeiträge vollständig von Dritten übernommen werden, sind von der Inanspruchnahme dieser Wahltarife ausgeschlossen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

Bisher konnten nur freiwillig Versicherte in der GKV Versicherungstarife mit Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung sowie Kostenerstattungstarife wählen. Durch die neuen gesetzlichen Bestimmungen steht dieser Weg nun auch pflichtversicherten Mitgliedern frei. Dabei unterliegt die Ausgestaltung einigen gesetzlichen Beschränkungen. So darf zum einen die Prämienzahlung eines Wahltarifs nicht mehr als 20% der Mitgliedsbeiträge in einem Jahr, maximal 600 Euro, betragen. Sollten Versicherte sich für mehr als einen Wahltarif entschieden haben, sind diese Grenzen auf 30% bzw. maximal 900 Euro festgelegt (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Zum anderen fordert der Gesetzgeber, dass die »Aufwendungen für jeden Wahltarif [...] aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden« müssen (sog. »Aufkommensneutralität«). Und weiter: »Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.« (§ 53 Abs. 9 SGB V)

Die Krankenkassen können im Rahmen dieser gesetzlichen Bestimmungen konkurrierende Tarifkonzepte anbieten. Viele Kassen haben diese neue Möglichkeit bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zum 1.4.2007 »in zum Teil abenteuerlicher Vielfalt« (Paquet 2007: 5) medienwirksam genutzt. Insbesondere Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife wurden kräftig beworben. Hierdurch hat sich entgegen den Hoffnungen des Gesetzgebers die Transparenz für die Versicherten nicht erhöht, sondern eher verschlechtert.

Eine Bewertung der monetären Wahltarife kann sich auf vier Zusammenhänge konzentrieren. Erstens werden die mit dem GKV-WSG ausgeweiteten Tarife für Selbstbehalte, Kostenerstattungen und Beitragsrückzahlungen dem solidarischen GKV-Finanzierungssystem *ceteris paribus*

Beitragsmittel entziehen. An dem Mittelabfluss durch Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife wird selbst die Forderung nach einer Aufkommensneutralität von Wahlтарifen nichts ändern. Denn es werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nur »gute Risiken« für diese monetären Wahlтарife entscheiden (sog. »Mitnahmeeffekte«). Hierdurch können monetäre Wahlтарife praktisch nicht aufkommensneutral sein. Ein (ex-post) Ausgleich bei Selbstbehalten würde sich nur in dem unwahrscheinlichen Fall ergeben, wenn die Krankenkasse die Prämienzahlungen an jene Versicherte, die die »Wette« auf ihre Gesundheit gewonnen haben, durch die Selbstbehalte jener Versicherten, welche die »Wette« auf ihre Gesundheit verloren haben, kompensieren könnte. Andernfalls wären die Aufsichtsbehörden nach drei Jahren unter Umständen dazu gezwungen, die Wahlтарife wieder einzukassieren.

Zweitens sollen finanzielle Anreize einen gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützen und den Gedanken der eigenverantwortlichen Krankheitsprävention stärken. Der vorliegende Wissensbestand über die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten spricht allerdings eindeutig gegen diese These. Denn das individuelle Gesundheitsverhalten unterliegt keinem Handlungskalkül, wie es das Bild des »homo oeconomicus« zeichnet. Gesundheit ist in der je konkreten Lebenssituation allenfalls eines unter vielen Zielen und sicherlich nicht immer das Wichtigste. Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen stiften für das Individuum zumeist einen unmittelbar gegenwärtigen Nutzen. Im Unterschied dazu ist das Eintreten einer Erkrankung als Folge solcher Handlungen ein lediglich mögliches Ereignis in der Zukunft. Dass Individuen – sofern keine anderen Hürden den bisherigen Lebensgewohnheiten im Wege stehen –, gesundheitsschädliches Verhalten mit der vagen Aussicht auf künftige Kosteneinsparungen aufgeben, ist eine unrealistische Erwartung. Hier wird im Hinblick auf die eigene Gesundheit ein Kosten-Nutzen-Kalkül unterstellt, das in der sozialen Realität nicht existiert.

Drittens ist die gesundheitspolitische Hoffnung, mit Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarifen sowie Beitragsrückzahlungen unnötige Leistungen verhindern zu können (»moral hazard«), fragwürdig. Denn zum einen kommt es auch hier zu Mitnahmeeffekten durch Versicherte mit »guten Risiken«. Zum anderen zeigt die Erfahrung, dass Versicherte, die sich für Selbstbehalte entscheiden, sowohl auf medizinisch notwendige wie auch nicht-notwendige Leistungen verzichten. Insbesondere für einkommensschwache Haushalte stellt der Selbstbehalt eher eine Hürde für einen notwendigen Arztbesuch als einen finanziellen Anreiz zur Vermeidung unnötiger Leistungen dar.

Viertens fördern monetäre Wahltarife die Risikoselektion als Wettbewerbsstrategie von Krankenkassen, weil diese junge, gesunde und wohlhabende Versicherte als Zielgruppe auserkoren haben. Unterstützt durch die Risikoselektion stärken die monetäre Wahltarife die Ideologie des rational kalkulierenden und seinen Nutzen maximierenden Versicherten. Diese egoistisch-rationale Handlungsorientierung widerspricht jedoch dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, welches besagt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen ohne Rücksicht auf die vorher geleisteten Sozialversicherungsbeiträge geschieht. Mit monetären Wahltarifen hält daher das Äquivalenzprinzips tendenziell Einzug in die GKV.

3.2 Wahltarife II: Qualitätswettbewerb durch Verpflichtung und Marktkonzentration?

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen ab dem 1. April 2007 dazu verpflichtet, ihren Versicherten, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, Wahltarife mit der Möglichkeit von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen anzubieten (§ 53 Abs. 3 SGB V). Hierbei handelt es sich um Modelle zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V), besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen (§ 73c SGB V), strukturierte Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V), Modellvorhaben (§ 63 SGB V) und hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V). Diese zweite Gruppe von Wahltarifen unterliegt ebenfalls den bereits genannten Beschränkungen des Gesetzgebers, dass sie sich auf mittlere Frist selbst finanzieren müssen (§ 53 Abs. 9). Im Unterschied jedoch zu den monetären Wahltarifen dürfen Arbeitslose, sog. Hartz-IV-Empfänger und Sozialhilfebezieher diese Wahltarife auswählen. Zudem entfällt bei diesen Wahltarifen die Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 SGB V).

Im Unterschied zur bisherigen Gesetzeslage können Krankenkassen ihren Versicherten Prämienzahlungen anbieten. Zuzahlungsermäßigungen (und auch Beitragssatzermäßigungen) für Patienten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung, einem strukturierten Behandlungsprogramm oder einer integrierten Versorgung teilnehmen, sind bereits im GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt worden; dasselbe gilt für die Auflage zur Selbstfinanzierung (»Aufkommensneutralität«) dieser Versorgungsformen. Während es für Patienten also finanzielle Anreize geben kann, damit diese sich z.B. in strukturierte Behandlungsprogramme chronischer Erkrankungen (DMPs) einschreiben oder an integrierten Versorgungsprojekten teilnehmen, bleibt der Anreiz für

Leistungserbringer von der Ausgestaltung des jeweiligen Versorgungs-
vertrages abhängig. Denn sowohl die finanziellen Zuweisungen für
DMPs aus dem Risikostrukturfonds als auch die Anschubfinanzierung
der integrierten Versorgung in Höhe von einem Prozent des ambulanten
und stationären Budgets fließen zunächst an die Krankenkassen, wenn
diese einen entsprechenden Versorgungsvertrag abschließen. Aus der
Perspektive von (einzelnen) Leistungserbringern entsteht daher ein finan-
zieller Anreiz durch den Abschluss *zusätzlicher* Versorgungsverträge mit
den Kostenträgern.

Welche Effekte auf die Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen
und die Wettbewerbsordnung in der GKV sind von den versorgungs-
bezogenen Wahltarifen zu erwarten? Erstens ist die Forderung nach
Aufkommensneutralität versorgungsbezogener Wahltarife unrealistisch.
Es lässt sich feststellen, dass »alle bisher bekannten Projekte dieser Art
zu *Mehrkosten* geführt haben. Obwohl die Politik ganz intensiv an die
kostendämpfende Wirkung solcher Projekte glaubt, konnten Einspa-
rungen bisher nicht nachgewiesen werden.« (Paquet 2007: 5f). Für die
Kassen folgt hieraus, dass sie vermutlich nur geringe Prämienzahlungen
ausschütten und nur solche Versorgungsformen anbieten werden, die
zusätzliche Mittel einbringen, also vor allem strukturierte Behandlungs-
programme und verschiedene Modelle integrierter Versorgung.

Zweitens kann der gesetzgeberische Druck auf die Krankenkassen,
versorgungsbezogene Wahltarife anzubieten, dazu führen, dass kleinere
Krankenkassen in Schwierigkeiten geraten. Denn kleinere Krankenkas-
sen, wie z.B. zahlreiche Betriebskrankenkassen (BKKen), verfügen weder
über ausreichende konzeptionelle noch administrative Kapazitäten, um die
neuen Versorgungsformen für ihre Versicherten in allen Regionen anbieten
zu können. Da die Versorgung in der Regel regionsbezogen stattfindet,
sind kleinere Krankenkassen folglich auf Kooperationen angewiesen oder
gar zu (kassenartenübergreifenden) Fusionen gezwungen. Die in der Folge
zu erwartende Konzentration auf Kassenseite wird deren Verhandlungs-
macht gegenüber der Leistungserbringerseite stärken.

4. *Steuerungseffekte der Regulierung der »Friedensgrenze« zwischen GKV und PKV*

4.1. *Gesetzliche Regelungen: Versicherungspflicht, Altersrück- stellungen und Basistarif*

Die Bestimmungen des GKV-WSG zum Versicherungssystem sehen
recht weit reichende Veränderungen vor. Mit Wirkung vom 1. Januar 2009

soll eine generelle Versicherungspflicht eingeführt werden. Bereits im Jahr 2007 erhalten alle Nicht-Versicherten ein Rückkehrrecht in das System – also GKV oder PKV –, in dem sie zuletzt krankenversichert waren (bei der PKV: in den Basistarif, s.u.). Solche Personen, die bisher überhaupt nicht krankenversichert waren, haben entsprechend ihrem beruflichen Status Zugang zu den jeweiligen Versicherungssystemen.

Dabei bleibt die bisherige Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung erhalten. Lediglich die Wechselmöglichkeit von der GKV zur PKV wird etwas erschwert, denn nun muss ein Versicherter die Jahresarbeitsentgeltgrenze (47.700 Euro) an drei aufeinander folgenden Jahren überschritten haben, bevor er in die PKV wechseln kann. Bisher musste ein Arbeitnehmer nur im zurückliegenden Jahr die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und es absehbar sein, dass dies auch im kommenden Jahr der Fall sein würde. Die Modalitäten der Grenzziehung zwischen GKV und PKV sind für beide Systeme sehr wichtig. Immerhin sind knapp 8,7 Millionen (12,3 Prozent) der gut 70 Millionen GKV-Versicherten freiwillig versichert (BMG 2006). Sie bringen mit rund 20 Milliarden Euro 14,4 Prozent der gesamten GKV-Beitragseinnahmen auf (BMG 2007). Die Zahl der freiwilligen GKV-Mitglieder ist damit etwa genau so groß wie die der Personen in der privaten Krankenvollversicherung, anders ausgedrückt: Die PKV könnte ihr Versicherungsvolumen durch eine vollständige Erschließung dieses Geschäftsfeldes verdoppeln.

Sieht die Gesundheitsreform also keine wesentlichen Änderungen an der Grenze zwischen GKV und PKV vor, so beinhaltet sie jedoch mit Blick auf die Binnenstrukturen der PKV eine Reihe von Neuerungen. Vor allem die Tarifgestaltung wird zum Teil neuen Bestimmungen unterworfen. Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Wettbewerb innerhalb der PKV sowie zwischen beiden Systemen zu intensivieren. In diesem Zusammenhang werden die privaten Versicherungen ab dem 1.1.2009 dazu verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang dem der GKV – also dem bisherigen PKV-Standardtarif – entspricht, der aber neuen Zugangs- und Finanzierungsbestimmungen unterliegt. So ist ein Leistungsausschluss in diesem Versicherungssegment nicht möglich, und es ist den privaten Krankenversicherungen hier auch nicht gestattet, eine individuelle Prüfung des Gesundheitszustands der Versicherten durchzuführen oder zugangsberechtigte Versicherte abzulehnen. Eine Prämiendifferenzierung ist jedoch weiterhin in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Versicherten gestattet.

Der Basistarif wird für alle freiwillig in der GKV Versicherten sowie für alle neu in die PKV eintretenden Versicherten geöffnet. Die bisher

privat krankenversicherten Personen erhalten nur im ersten Halbjahr 2009 die Gelegenheit, in den Basistarif zu wechseln. Danach haben sie nur dann ein Zugangsrecht, wenn sie älter als 55 Jahre sind oder hilfsbedürftig werden. Die Beschränkungen für diese Bestandsversicherten wurden auf Intervention der PKV-Lobby in das Gesetz eingefügt.

Der Beitrag für den Basistarif darf den durch die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV begrenzten Höchstbeitrag (derzeit etwa 500 Euro pro Monat) nicht überschreiten. Ist der Versicherte mit der Bezahlung der Prämie finanziell überfordert, wird der Tarif um bis zu fünfzig Prozent reduziert. Der Differenzbetrag muss von der Gemeinschaft der Versicherten des privaten Krankenversicherers aufgebracht werden. Ist der betreffende Versicherte auch dann noch finanziell überfordert, so können maximal weitere 25 Prozent vom zuständigen Hilfeträger aufgebracht werden.

Des Weiteren dürfen PKV-Versicherte bei einem Wechsel innerhalb der PKV künftig einen Großteil ihrer Altersrückstellungen mitnehmen. Gegenwärtig ist eine Mitnahme der Altersrückstellungen nicht möglich. Dies führt dazu, dass für privat Krankenversicherte der Wechsel innerhalb der PKV kaum attraktiv ist und der Wettbewerb in der PKV sich weitgehend auf die Erstversicherung beschränkt.

4.2 PKV – GKV: mit mehr Wettbewerb auf dem Weg zur Konvergenz?

Die Einführung eines Rückkehrrechts in das System, in dem man zuletzt krankenversichert war, und die Einführung einer Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger stellen eine Verbesserung gegenüber dem bisherigen Zustand dar. Sie dürften dazu beitragen, die in den letzten Jahren stark gewachsene Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz deutlich zu verringern. Allerdings hat diese Versicherungspflicht nichts mit dem Konzept einer *solidarischen Bürgerversicherung* gemeinsam, das ja gerade das Ziel verfolgt, die Bürgerinnen und Bürger in *einem* Versicherungssystem zusammenzuführen.

Vielmehr hält das GKV-Modernisierungsgesetz an der prinzipiellen Trennung zwischen GKV und PKV fest. Nach wie vor existieren also zwei parallele, auf unterschiedlichen Prinzipien beruhende Versicherungssysteme. Damit ist es den finanziell besser gestellten Bevölkerungsgruppen gestattet, lediglich ihr individuelles, zudem zumeist deutlich geringeres Krankheitsrisiko privat zu versichern. Darüber hinaus wurde auch kein Finanztransfer von der PKV zur GKV eingeführt: Die PKV wird – anders als etwa in den Niederlanden – nach wie vor nicht in den Risikostrukturausgleich einbezogen, und nicht einmal die anfangs

noch vorgesehene Portabilität von Altersrückstellungen beim Wechsel von der PKV in die GKV wurde realisiert. Damit bleibt eine unrühmliche Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens bestehen: Unter den Mitgliedstaaten der alten EU-15 gestattet kein anderes Land den Besserverdienenden, sich der Solidargemeinschaft der Versicherten bei der Finanzierung von Krankenbehandlungskosten derart weitgehend zu entziehen.

Demgegenüber stellen die Veränderungen im System der PKV durchaus einen tief greifenden Einschnitt dar. Insbesondere die Bestimmungen zum Basistarif sind hier von Bedeutung. Da hier keine Risikozuschläge erhoben werden können und die Höhe des Tarifs in der erwähnten Weise gesetzlich begrenzt werden soll, werden die Mehrkosten in diesem Versicherungssegment auf die Gemeinschaft der PKV-Versicherten umgelegt werden. Dies führt vermutlich zu Prämienanhebungen in der PKV.

Aber nicht allein dieser Sachverhalt erklärt den heftigen Widerstand des PKV-Verbandes gegen den Basistarif. Hinzu kommt, dass er auch ordnungspolitisch von einer gewissen Tragweite ist, denn mit ihm werden Solidarelemente in die Finanzierung der PKV eingebaut. Die Berechnung der Prämienhöhe in der PKV erfolgt nun nicht mehr allein auf der Basis des individuellen Krankheitsrisikos, sondern auch auf der Grundlage einer Kalkulation des Umfangs der notwendigen Quersubventionierung. Personen im Normaltarif werden also künftig die Behandlung von Personen, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen in den Basistarif gewechselt sind, bezuschussen müssen. Insofern stellt das GKV-WSG auch eine Abkehr von bisherigen Finanzierungsprinzipien der PKV dar.

Des Weiteren dürfte auch die Portabilität der Altersrückstellungen zu einer Prämienerrhöhung in der PKV beitragen, weil die im Fall eines Wechsels bei der Krankenkasse verbliebenen Rückstellungen bisher als Stornogewinne zur Prämienenkung verwendet wurden und dieser Mechanismus nun weitgehend entfällt. Die Portabilität der Altersrückstellungen stellt eine Umverteilung von den Nicht-Wechslern zu den Wechslern unter den Privatversicherten dar. Sie erleichtert den PKV-Versicherten künftig einen Wechsel ihrer Krankenversicherung und dürfte dazu führen, dass der Wettbewerb in der PKV sich nicht mehr nur auf die Erstversicherung beschränkt, sondern auf die Bestandsversicherten ausdehnt. Möglicherweise dämpft dies künftig den Prämienanstieg in der PKV, so dass auch die Nicht-Wechsler unter den Bestandsversicherten letztlich von der Portabilität der Altersrückstellungen profitieren.

Aus gegenwärtiger Sicht sind zuverlässige Schätzungen über die *Höhe* des Prämienanstiegs im PKV-Normaltarif, den das GKV-WSG nach

sich ziehen wird, noch nicht möglich. Der PKV-Verband hat im Reformprozess Steigerungsraten von 30 Prozent kolportiert, jedoch dürfte diese Größenordnung – aus leicht erkennbarem Interesse – deutlich übertrieben sein. Vor allem sind die Umverteilungswirkungen innerhalb der PKV durch die erwähnten Beschränkungen der Zugangsrechte zum Basistarif erheblich eingeschränkt worden. Da zurzeit noch keine Aussagen über den Umfang der finanziellen Effekte des Basistarifs möglich sind, lassen sich auch die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Konkurrenzverhältnis zwischen GKV und PKV noch nicht prognostizieren. Zudem sind das Wahlverhalten der Versicherten sowie die Handlungsstrategien insbesondere der privaten Krankenversicherungsunternehmen noch unbekannte Variablen. Aus Sicht der PKV-Unternehmen wird sich zum einen die grundsätzliche Frage stellen, ob sie den Basistarif für Bestandsversicherte und Neukunden attraktiv oder unattraktiv ausgestalten sollen. Zum anderen dürften sie sich bei einer verschärften Konkurrenz mit der GKV aber auch veranlasst sehen, stärker über die Anwendung solcher Instrumente zur Steuerung des ärztlichen Leistungsgeschehens nachzudenken, die in den vergangenen Jahren zunehmend in die GKV und in die Vertragspolitik der gesetzlichen Krankenkassen Einzug gehalten haben (Richtlinien, Leitlinien, Qualitätssicherung, Disease Management etc.). Insofern könnte das »golden age of doctoring« (McKinlay/Marceau 2002), das in den meisten wohlhabenden Staaten schon längst Vergangenheit ist, auch in der deutschen PKV bald ein Ende finden.

Auf der einen Seite bleibt also die Grenzziehung zwischen GKV und PKV auch mit dieser Reform erhalten. Allerdings vollziehen sich innerhalb der einzelnen Systeme Veränderungen, die auf eine Konvergenz der beiden Systeme hinauslaufen könnten, denn die Privatisierungstendenzen in der GKV werden mit den erwähnten Wahlтарifen weiter gestärkt, während in die PKV mit den Bestimmungen über den Basistarif erstmals Elemente eines Solidarausgleichs eingezogen werden. Ob diese Reformen sich tatsächlich als Keimzelle eines einheitlichen Versicherungssystems erweisen werden, bleibt abzuwarten. Wenn am Ende dieses Prozesses tatsächlich eine Bürgerversicherung stehen sollte, so ist zu befürchten, dass es sich um eine Bürgerversicherung handelt, in der das Solidarprinzip stark ausgehöhlt ist.

5. *Schluss*

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass das GKV-WSG nicht dazu beitragen wird, den von der Bundesregierung propagierten solidarischen Wettbewerb um Qualität zu etablieren. Die Verände-

rungen in der Finanzierungsstruktur und an den Wettbewerbsparametern des Gesundheitswesens sind nicht geeignet, die Strategien der Krankenkassen primär auf die Ziele Qualität und Solidarität auszurichten. Die wesentlichen Konsequenzen, die das GKV-WSG für den Wettbewerb der Krankenkassen hat, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es kommt zu einer Verschärfung des Kassenwettbewerbs. Der Druck in Richtung Einsparungen und Kostenreduzierungen wird erhöht. Im Ergebnis werden Kassen fusionieren und der Konzentrationsprozess wird beschleunigt.
- Die unterschiedlichen Wettbewerbspositionen der gesetzlichen Krankenkassen werden durch den Gesundheitsfonds und den (unvollständigen) Morbi-RSA nur teilweise ausgeglichen.
- Im Wettbewerb der Kassen um Versicherte existieren daher weiterhin starke Anreize zur Risikoselektion, sowohl bezogen auf das Einkommen als auch auf den Gesundheitszustand der Versicherten.
- Das Instrument des Zusatzbeitrags wird weniger die ineffizienten und qualitativ schlechteren Kassen bestrafen als die mit der »ungünstigeren« Versichertenstruktur.
- Die Möglichkeit umfassend monetäre Wahltarife anzubieten, eröffnet neue Optionen gezielter Risikoselektion durch die Kassen. Die Tendenz zur Entsolidarisierung der GKV-Finanzierung wird damit verstärkt.
- Die versorgungsbezogenen Wahltarife beinhalten ein Potenzial zur Qualitätsverbesserung. Sie werden jedoch nicht zu Einsparungen auf Seiten der Krankenkassen führen, sondern vermutlich höhere Ausgaben erzeugen. Es bleibt daher abzuwarten, wie intensiv diese Tarifformen tatsächlich beworben und eingesetzt werden.
- Das GKV-WSG erzeugt einen Trend zur Konvergenz der Regulierung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Derzeit ist unklar, wie sich diese Tendenz (z.B. die Einführung des Basistarifs) auf den Wettbewerb um freiwillig Versicherte auswirken wird. Perspektivisch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen weiter geöffnet wird.

Korrespondenzadresse:

Dr. Rolf Schmucker

Institut für Medizinische Soziologie

Johann Wolfgang Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt a. M.

E-Mail: r.schmucker@em.uni-frankfurt.de

Anmerkung

- 1 Dieser Betrag resultiert aus den Annahmen der AOK-Modellrechnung. Zu dem Zeitpunkt war noch nicht absehbar, dass der Gesetzgeber die Berechnung des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der Beitragsbemessungsgrenze beschränken würde (maximal 35,62 Euro).

Literatur

- AOK-BV – Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (2006): AOK – Die Gesundheitskasse. Zahlen und Fakten 2005/2006. <http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/zuf2006.pdf> am 11.04.2007.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit: 2005, http://www.bmg.bund.de/cIn_040/nn_603384/SharedDocs/Publikationen/Gesundheit/a-404-05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-404-05.pdf am 11.04.2007.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2006): GKV-Versicherte nach Alter und Wohnort GKV-Statistik KM6 zum 1. Juli 2006, 14.9.2006. Bonn: BMG.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2007): Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45, 1.-4. Quartal 2006, 16.3.2007. Bonn: BMG.
- CDU/CSU/SPD (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD vom 24.10.2006. Deutscher Bundestag: Drucksache 16/3100.
- Gerlinger, T.; Mosebach, K.; Schmucker, R. (2006): Mehr Gerechtigkeit durch den Gesundheitsfonds? In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 36: 615-620.
- GKV-WSG (2007) – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 30. März 2007. BGBl. I S. 378.
- Jacobs, K. (2006): Zur bevorstehenden GKV-Finanzierungsreform: Wissen sie wirklich, was sie tun? Soziale Sicherheit 54: 403-407.
- McKinlay J.B.; Marceau, L.D. (2002): The End of the Golden Age of Doctoring. International Journal of Health Services 32: 379-416.
- Paquet, R. (2007): Wahltarife als Wettbewerbsrisiko für die GKV. Der gelbe Dienst 25, 7: 5-6.
- Schawo, D.; Schneider, W. (2006): Die Wirkungen der Härteregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung. Eine statistische Simulationsanalyse. http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/studie_zusatzbeitrag.pdf am 15.01.2007.
- Stock, S.; Lungen, M.; Lauterbach, K.W. (2006): Der Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. Basis für einen solidarischen Kassenwettbewerb? Soziale Sicherheit 54: 407-412.
- TKK – Techniker Krankenkasse (2006): »Immer in Bewegung« – Geschäftsbericht 2005. http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03_pressecenter/r02_geschaeftsbericht/geschaeftsbericht_pdf,property=Data.pdf am 11.04.2007.