

# Die große Koalition der Politikverweigerung!

## Kein Befund ist auch ein Befund: Zum Verhältnis von GKV und PKV

STEFAN ETGETON

Dr. Stefan Etgeton ist Senior Expert für Gesundheitspolitik bei der Bertelsmann Stiftung. Er arbeitet von Berlin aus im Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“

**Zum Verhältnis von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung findet sich im Koalitionsvertrag kein Wort. Das erstaunt, weil die Frage der Zusammenführung beider Versicherungszweige das einzige gesundheitspolitische Thema war, das es bis in die Topliste des Wahlkampfes geschafft hatte. Es kann also nicht sein, dass die Frage der Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems vergessen wurde. Vielmehr waren die Differenzen an dieser Stelle offenbar so unüberwindlich, dass es nicht einmal zu einem Prüfauftrag gereicht hat. Noch immer scheint Ideologie dieses Politikfeld zu dominieren. Auf der Strecke bleiben dabei die Sorgen und Probleme insbesondere der Privatversicherten. Davon geht weiter Handlungsdruck aus, der vermutlich noch steigen wird.**

### „Bürgerversicherung“ kein Herzensanliegen der SPD

Die Systemfrage in der Krankenversicherung bleibt weiter offen. Um das im Wahlkampf kontrovers diskutierte Verhältnis von Gesetzlicher (GKV) und Privater (PKV) Krankenversicherung machen die Koalitionspartner aus CDU, CSU und SPD einen weiten Bogen. Der vor dem Urnengang im linken Lager politisch aufgeladene Begriff der „Bürgerversicherung“ schaffte es nicht einmal mehr in das den Verhandlungsführern vom SPD-Parteikonvent mit auf den Weg gegebene Zehn-Punkte-Paket. Das Signal an die Union war klar: Anders als beim Mindestlohn oder der doppelten Staatsbürgerschaft sollte die Neuordnung der Krankenversicherung kein Konfliktthema in der neuen Koalition werden. Zu den sozialdemokratischen Herzensangelegenheiten gehörte die Bür-

gerversicherung offenbar nicht. Mancher mag sich erinnern, dass auch Ulla Schmidt – von Gerhard Schröder ganz zu schweigen – von dieser ursprünglich grünen Idee erst überzeugt werden musste. Auch in den Gewerkschaften war die Forderung nach einem integrierten Krankenversicherungssystem lange umstritten. Das gesammelte Schweigen des Koalitionsvertrages zur Systemfrage in der Krankenversicherung legt daher bedröhtes Zeugnis ab über den Stellenwert der Gesundheitspolitik für den Markenkern der Sozialdemokratie.

### „Reformierte Dualität“? – Union lässt Spahn im Regen stehen

Dabei standen die Zeichen für einen grundlegenden Neustart in der Krankenversicherung noch ein gutes Jahr vor der Bundestagswahl gar nicht so schlecht. Besonderer Handlungsdruck ging da-

*„Wer sein Elend nicht mehr tragen kann, muss sich zu jenen schlagen, die aus Not schon dafür sorgen, dass es heute heißt und nicht morgen.“*

Bertold Brecht

bei – anders als üblich – nicht von den Zuständen in der GKV, sondern in der PKV aus: Der Unmut über exorbitant steigende Beiträge und die zum Teil unseriösen Geschäftspraktiken der privaten Versicherungsbranche hatte mittlerweile auch die Kreise konservativer Politiker erreicht. Nicht irgendwer, sondern der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, war noch im Mai 2012 mit Thesen an die Öffentlichkeit getreten, in denen die PKV einer schonungslosen Analyse unterzogen wurde: „überdurchschnittliche Beitragssteigerungen in vielen Tarifen, die immer mehr Privatversicherte überfordern ...; das Angebot von Lock- und Billigtarifen, die nicht ansatzweise halten, was sie versprechen; insgesamt ein Markt, der vertriebs- und nicht versorgungsgesteuert ist, was auch an den Provisions- und Vertriebsexzessen der letzten Jahre deutlich wird, und der mit

### **Verlierer der wechselseitigen Reformblockaden sind vor allem die Privatversicherten.**

Tausenden von verschiedenen Tarifen alles andere als transparent und wettbewerbsfähig ist. Kurzum: Da ist nicht nur Etwas faul.“

Spahn ging es allerdings weniger um das Verhältnis zur GKV; vielmehr stelle die PKV in sich ein sozialpolitisches Problem dar: „Eine steigende Zahl von Beamten, Pensionären und kleinen Selbstständigen sind nicht mehr in der Lage, ihre Beiträge zu zahlen, bei immer mehr Menschen muss der Staat als Sozialhilfeträger einspringen. Zudem ist zu fragen, ob der Versicherungsschutz bei vielen PKV-Tarifen wirklich den Anforderungen einer älter werdenden Klientel entspricht. Die bessere Behandlung beim Arzt und im Krankenhaus täuscht vielfach darüber hinweg, dass in vielen anderen Bereichen der Leistungsanspruch von Privatversicherten unter dem der GKV liegt ... Wenn das Problem also in der PKV selbst liegt, gilt es in einem ersten Schritt, dieses Problem im Sinne einer ‚reformierten Dualität‘ innerhalb des Systems zu lösen. Dazu zählt das Ende der Billigtarife, eine überarbeitete Systematik zur Kalkulation der Tarife, ein einheitlich definierter Mindestversicherungsschutz und eine stärkere Ver-

sorgungs- und eine geringere Vertriebsorientierung bei den Versicherungen.“ Auch von dieser Reformagenda findet sich nichts mehr im Koalitionsvertrag.

### **Ordnungspolitische Selbstblockade – Gewinner und Verlierer**

Wie 2005 weicht die Große Koalition einer Grundsatzentscheidung über die Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems aus. Die ordnungspolitischen Konzepte beider Lager streben weiterhin diametral auseinander, so dass sich der Weg in einen systemischen Reformkompromiss – sei’s über die Brücke einer „reformierten Dualität“ oder einer schrittweisen Konvergenz – nicht hatte beschreiten lassen. Da die Union ihrem gesundheitspolitischen Sprecher die Gefolgschaft in diesem Punkt verweigerte und sich keinen Millimeter in Richtung Systemkonvergenz bewegen ließ, sah im Gegenzug auch die SPD keinen Grund, die Mängel des PKV-Geschäftsmodell im Sinne einer „reformierten Dualität“ zu beheben und so dessen Fortbestand auch noch

zu sichern. Eine verbesserte Portabilität von Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV ist daher genauso wenig geplant wie deren Transferierbarkeit in das Umlagesystem der GKV. Die Aufhebung der Vergütungsunterschiede durch eine einheitliche Honorarordnung für ärztliche Leistungen – ein Projekt, das mehr Zeit in Anspruch nähme als nur eine Legislaturperiode – wird von dieser Koalition der großen Aufgaben erst gar nicht Angriff genommen. Der von führenden Ökonomen als „dysfunktional“ beschriebene Wettbewerb zwischen GKV und PKV bleibt unangetastet.

Freuen können sich darüber die Strukturkonservativen beider Versicherungszweige, denen die duale Krankenversicherung ohnehin als die beste aller möglichen Systemoptionen erscheint. Sie gibt es nicht nur im Lager der PKV. Schon im Wahlkampf war die Unterstützung für eine Integrierte Krankenversicherung bei den gesetzlichen Krankenkassen keineswegs einhellig. Vielen Funktionären war das betriebswirtschaftliche Hemd näher als der ordnungspolitische Rock; angesichts der Bedingungen einer Systemintegration – Rückkehrrecht der alten und kranken Privatversicherten in die

GKV, aufkommensneutrale Honorarangleichung – schreckten viele vor den budgetären Konsequenzen eines solchen Schrittes zurück. Zufrieden dürften auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte sein, die in Regionen mit einem hohen Anteil an Privatversicherten praktizieren und um die sich daraus ergebenden Einkommensprivilegien nicht länger bangen müssen. Ihre Interessen werden auch weiterhin von der Bundesärztekammer vorzüglich vertreten, die sich bis in die heiße Wahlkampfphase hinein als der sicherste Bündnispartner für die PKV-Lobby erwiesen hatte.

Die Verlierer der wechselseitigen Reformblockade von Union und SPD sind in erster Linie die Privatversicherten, vor allem Rentner und Freiberufler mit geringen Einkommen, die sich in Zukunft eine umfassende Krankenversicherung kaum werden leisten, aber eben auch ihren Versicherer nicht werden wechseln können. Die Bestandskunden sind, wie Johann Eekhoff und Christine Arentz es jüngst formuliert haben, bereits nach kurzer Zeit in ihrer Versicherung „eingesperrt“ und für den Wettbewerb uninteressant. Den anderen Privatversicherten droht vielleicht nicht die Privatinsolvenz, aber weiterhin die finanziell induzierte Überversorgung: unnötige Untersuchungen und Eingriffe mit entsprechend erhöhtem Risiko. In zweiter Linie sind Beamte betroffen, denen ein wirkliches Wahlrecht zwischen GKV und PKV weiterhin verweigert wird; denn einen beihilfefähigen Tarif in der GKV wird es aller Voraussicht nach nicht geben. Im Regen stehen auch die „Kassenpatienten“, die länger als notwendig beim Arzt oder auf einen Termin warten müssen, weil Privatversicherte bevorzugt behandelt werden. Dass die in Aussicht genommene Vier-Wochen-Frist für einen Facharzttermin daran etwas ändert, ist kaum zu erwarten. Ganz auf der Strecke bleiben schließlich die Ärztinnen und Ärzte, die in sozial weniger privilegierten Regionen der Republik ihren Dienst versehen und daher ihre Einkünfte weder durch Selbstzahlerleistungen noch durch lukrative Privatpatienten aufbessern können. Eine Lobby haben sie nicht – die Bundesärztekammer jedenfalls will diesen Teil der Ärzteschaft offenbar nicht vertreten.

Angesichts des Triumphs der Systembewahrer stehen überdies die Modernisierer innerhalb der PKV auf verlorenem Posten. Der Branche bleibt die Bürger-

versicherung zunächst zwar erspart, aber eine „reformierte Dualität“ wird es eben auch nicht geben. Enttäuschung dürfte sich daher bei denjenigen breit machen, die in der PKV etwas ändern wollen, wie etwa Roland Weber (debeka), der noch im Mai 2013 feststellte: „Die Tatsache, dass die Bürgerversicherung jetzt vielleicht droht, hat dazu geführt, das auch manche Betonköpfe in der Branche beginnen sich zu bewegen; und ich finde das gut.“ Diese Beweglichkeit dürfte angesichts der systemischen Leerstellen im Koalitionsvertrag deutlich zurückgehen. Selbst die zaghaften Modifikationen im PKV-Geschäftsmodell in Richtung Mobilität und internem Wettbewerb, die von einzelnen Branchenvertretern vorgeschlagen werden, können nicht mehr auf politischen Rückhalt hoffen. Im zementierten Status Quo bleiben die großen Versicherungskonzerne an ihren kaum mehr profitablen Krankenversicherungszweig ebenso fest gekettet wie die Versicherten an ihr jeweiliges Unternehmen. Freilich wäre es nicht das erste Mal in der Geschichte, dass die Petrifizierung eines Zustandes seiner Erosion unmittelbar vorausgeht. Der Handlungsdruck wird ja nicht nur deswegen geringer, weil eine 80-Prozent-Koalition es vorzieht, die Augen davor zu verschließen. Man darf im Gegenteil den gesundheitspolitischen Protagonisten von Union und SPD so viel Weitsicht unterstellen, dass sie die Verschärfung der immanenten Probleme der PKV durchaus – die einen mehr die anderen weniger billigend – in Kauf nehmen.

### Die Koalition der Kleinmütigen und der Druck der großen Aufgaben

Bleibt zu hoffen, dass auch diese wie die letzte Große Koalition in ihrem gesetzgeberischen Handeln die Grenzen des in der Koalitionsvereinbarung festgeschriebenen überschreitet und sich mit der satten Mehrheit im Rücken den Strukturproblemen in der Krankenversicherung doch noch beherzter stellt, als sich dies zu Beginn ihrer Zusammenarbeit abzeichnet. Immerhin dürfte auch den Akteuren in der Union dämmern, dass es nicht nur um einige Auswüchse im PKV-Geschäftsmodell geht, die mit rein systemimmanenten Schönheitsreparaturen zu beheben wären, sondern dass die Dualität, die man einmal refor-

mieren wollte, ihrerseits zur Disposition steht. Das sozialpolitische Problem der dualen Krankenversicherungsordnung erschöpft sich ja nicht in überproportional steigenden Beiträgen für ältere Privatversicherte – obgleich hier sicher der dringendste Handlungsbedarf existiert. Vielmehr werden Gerechtigkeitsdefizite sowohl im Verhältnis der verschiedenen Versichertengruppen untereinander als auch mit Blick auf die Einkommensperspektiven der Ärzte berührt, die sich durch eine „reformierte Dualität“ nicht werden beseitigen lassen.

So hat jüngst das Statistische Bundesamt die Bedeutung der privat abgerechneten Leistungen von Vertragsärzten noch einmal mit aktuellen Daten untermauert. Während der Reinertrag einer durchschnittlichen Kassenpraxis im Jahr 2011 bei 235.000 Euro lag, erzielten Praxen mit einem höheren Anteil an Privateinnahmen (25 bis 50 Prozent) durchschnittlich 280.000 Euro. Bei Privateinnahmen von mehr als der Hälfte steigt der Reinertrag sogar auf 321.000 Euro. „Demgegenüber erzielten Praxen ohne Einnahmen aus ambulanter und stationärer privatärztlicher Tätigkeit im Jahr 2011 einen deutlich niedrigeren durchschnittlichen Reinertrag in Höhe von 163.000 Euro.“ (Pressemitteilung vom 4. Dezember 2013) Wenn demnach die Abrechnung von Privatleistungen vor allem für PKV-Patienten mit dazu beiträgt, den Ertrag einer Praxis faktisch zu verdoppeln, dann tut sich auch hier eine Gerechtigkeitslücke auf, die bisher allerdings wenig Beachtung gefunden hat. Sie scheint jedenfalls für die großen ärztlichen Standesorganisationen, die eisern am dualen Krankenversicherungssystem festhalten, derzeit kein Thema zu sein. Die Frage ist daher, ob und wann den Ärzten, die im Status Quo ihr Engagement in sozial benachteiligten Gegenden auch noch mit finanziellen Einbußen bezahlen, klar wird, dass sie von einer aufkommensneutralen Angleichung von gesetzlicher und privater Vergütung profitieren könnten. Bislang fußt die fast einhellige Ablehnung einer Integrierten Krankenversicherung durch die verfasste Ärzteschaft primär auf den Verlustängsten der privilegierten Kollegen. Ob die Lobby der Verlierer stark genug wird, hängt vor allem von der Entwicklung der innerärztlichen Verteilungskonflikte ab.

Sicher ist schließlich, dass die Frage einer nachhaltigen Finanzierung der GKV, die in den letzten Jahren angesichts von Rekordreserven etwas in den Hintergrund gerückt ist, schon bald wieder an Brisanz gewinnen wird. Offenbar ist auch von dieser Seite der Druck derzeit noch nicht hoch genug, um die Probleme eines nicht nur aus ordnungspolitischer

**Der Handlungsdruck wird nicht geringer, weil die Große Koalition die Augen davor verschließt.**

Perspektive als „dysfunktional“ zu bezeichnenden Wettbewerbs zwischen GKV und PKV an der Wurzel zu packen. Die im Koalitionsvertrag festgeschriebenen Eckpunkte zur Finanzierung der GKV – Absenkung des paritätischen Beitragsatzes von 15,5 auf 14,6 Prozent und das Fehlen einer Absicherung des Bundeszuschusses (von dessen Ausbau zur dritten Finanzierungssäule ganz zu schweigen) – werden aber diesen Druck in Kürze wieder deutlich erhöhen. Spätestens dann dürfte auch die Frage wieder im Raum stehen, inwieweit die Politik sich Maßnahmen zu Stabilisierung der Krankenversicherung, die entweder Versicherte, Patienten oder Arbeitgeber – im Regelfall sogar alle – belasten, leisten kann, ohne das Sonderversicherungssystem für Selbstständige, Beamte und Besserverdienende anzutasten. Und so kann es passieren, dass die immanenten Probleme der GKV in einer Situation, in der die PKV nicht mehr wie früher als die stabilere Alternative imponieren kann, deren Legitimation weiter unterhöhlt. Da der Großen Koalition bei der Strukturreform der Krankenversicherung offenbar der Wille oder die Kraft zur *politischen* Gestaltung fehlt, wird sie von den Verhältnissen getrieben werden. Schön ist das nicht, aber es bleibt zumindest spannend, die weitere Entwicklung zu beobachten und zu erleben, wie Politikverweigerung auf Wirklichkeit trifft. ■