

Friedrich Breyer*

Was spricht gegen Zwei-Klassen-Medizin?

<https://doi.org/10.1515/zfwp-2018-0005>

Abstract: In Germany, there is a lively debate on a so-called „two-class-medicine“, meaning that privately insured persons get better medical treatment than sickness fund members. As an economist, the author is not in a position to judge whether this is true. However, the co-existence of social and private health insurance (GKV and PKV) constitutes a „two-class-health insurance“, which leads to severe inequities in the distribution of the financial burden of illness. In this article it is shown that there are legal ways to address and eliminate these inequities without abolishing the private health insurance system altogether. The instruments are the inclusion of private health insurance in the risk adjustment scheme of the sickness funds and the transformation of the GKV contributions into flat per-person amounts, independent of earnings, accompanied by a tax-financed compensation for families with below-average income, as in Switzerland and the Netherlands. Interestingly, this second reform proposal has been vigorously opposed by all leftist parties ever since, who fight for the chimaera of a „people’s insurance“, which sounds good but cannot be implemented in a legal way and, moreover, would not even eliminate „two-class-medicine“.

In den Koalitionsverhandlungen mit der Union zur Bildung einer neuen Bundesregierung hat sich die SPD eine Beendigung der „Zwei-Klassen-Medizin“ zum Ziel gesetzt, die in Deutschland durch das Nebeneinander der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) begründet ist. Dazu werden in diesem Beitrag drei Fragen behandelt:

1. Welche Phänomene kennzeichnen die kritisierte „Zwei-Klassen-Medizin“ und wie sind diese normativ, d. h. nach Effizienz- und Gerechtigkeitsmaßstäben, zu beurteilen?
2. Ist es möglich und sinnvoll, diese Phänomene durch gesetzgeberische Maßnahmen zu bekämpfen? Braucht man dazu die „Bürgerversicherung“?
3. Gibt es weitere negative Aspekte des Nebeneinanders von GKV und PKV, die durch Reformen beseitigt werden könnten?

*Kontakt: Prof. Dr. Friedrich Breyer, Universität Konstanz, FB Wirtschaftswissenschaften, Postfach 135, 78457 Konstanz, Tel.: (07531) 88–2568, E-Mail: friedrich.breyer@uni-konstanz.de

Vor der Beantwortung dieser Fragen wird eine kurze Einordnung der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich gegeben.

I. Das Nebeneinander von GKV und PKV – ein historischer Zufall

Die Kritik an einer „Zwei-Klassen-Medizin“ ist schon deshalb verständlich, weil das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, welches wir in Deutschland praktizieren, in der Welt ohne Vorbild ist. Es folgt auch nicht einem bewussten Gestaltungsprinzip, sondern ist nur durch historische Zufälle erklärbar.¹ Die Beschränkung der Pflichtmitgliedschaft auf Arbeitnehmer unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze hatte bei der Gründung der GKV im Jahr 1883 ihre Berechtigung, weil ihre wichtigste Leistung die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall war,² mit der verhindert wurde, dass eine ganze Familie hungert, wenn der Vater krank war und nicht arbeiten konnte. Arbeitnehmer mit höherem Einkommen konnten in diesem Fall eher eine Zeitlang von ihren Ersparnissen leben und Beamte wurden vom Staat versorgt. Übrigens erklärt die überragende Bedeutung des Krankengeldes auch, dass der Beitrag als Anteil am Lohneinkommen erhoben wurde, denn natürlich richtete sich auch das Krankengeld nach dem ausgefallenen Lohn; somit spiegelt das lohnbezogene Beitragssystem das Äquivalenzprinzip wider und war gerade nicht als Umverteilungsmaßnahme gedacht.

Als mit der Zeit medizinische Behandlung wirksamer wurde und daher eine Krankenversicherung auch für Personengruppen wichtig wurde, die nicht unter die Pflichtversicherung in der GKV fielen, entstanden private Krankenversicherungen, die aber – wie andere Versicherungen auch – ihre Prämien nach beobachtbaren Risikomerkmale staffelten.

Dadurch und durch die weitgehende Lastverschiebung der Lohnfortzahlung auf die Arbeitgeber mit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 wurde die heutige Situation geschaffen, die durch eine Reihe eher skurriler Regelungen gekennzeichnet ist:

1. Der Staat zwingt einen großen Teil der Bevölkerung zur Mitgliedschaft in einer sozialen Krankenversicherung, aber nicht seine eigenen Diener.

¹ In der Politikwissenschaft würde man wohl von „Pfadabhängigkeit“ sprechen.

² Im Jahr 1885 entfielen 54,8 % aller Ausgaben der GKV auf Kranken- oder Sterbegeld, vgl. *Frerich und Frey* (1996), S. 102.

2. Das Soziale an dieser Versicherung besteht darin, dass die Beiträge a) nicht nach dem Risiko, aber b) nach dem Lohn- (und Lohnersatz-)einkommen differenziert sind. Dadurch entsteht neben der Einkommensteuer ein zweites Umverteilungssystem, das in zweifacher Hinsicht mangelhaft ist: Zum einen werden nicht alle Einkommensarten erfasst und zum anderen nicht die gesamte Bevölkerung, denn diese wird in drei Gruppen aufgeteilt: 1) diejenigen, die teilnehmen müssen: Arbeitnehmer (und Rentner) mit kleinen und mittleren Arbeitseinkommen; 2) diejenigen, die nicht teilnehmen dürfen: Beamte und Selbständige;³ und 3) diejenigen, die die Wahl haben, ob sie teilnehmen: Arbeitnehmer mit hohem Arbeitseinkommen.
3. Die PKV unterscheidet sich von der GKV sowohl im Leistungskatalog als auch in der Art und Höhe der Vergütung für medizinische Leistungen, vor allem gegenüber niedergelassenen Ärzten, was durch den Begriff „Zwei-Klassen-Medizin“ gekennzeichnet wird (dazu genauer s.u.). Advokaten des Status Quo rechtfertigen dieses Nebeneinander mit dem angeblich herrschenden „Systemwettbewerb“, der geeignet sei, zum Fortschritt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beizutragen. Diese Behauptung kann jedoch nicht überzeugen, weil der „Wettbewerb“ alles andere als fair ist. Zum einen hat nur ein sehr kleiner Personenkreis die Wahl zwischen GKV und PKV (s. o.). Zum anderen sind die Systeme der Beitragserhebung so verschieden, dass bei der Entscheidung einer Person zwischen den beiden Systemen weniger die Leistungsfähigkeit der unterschiedlichen Krankenversicherungen eine Rolle spielt als die persönlichen Charakteristika wie die Zahl der Haushaltsmitglieder ohne eigenes Einkommen oder das Vorliegen von Vorerkrankungen.

3 Rechtlich betrachtet, dürfen sich Beamte zwar in der GKV versichern, müssen dann aber den gesamten Beitrag zahlen. Erst seit kurzem bietet das Land Hamburg seinen Beamten den Arbeitgeberanteil an, falls sie sich in der GKV versichern.

II. Zwei-Klassen-Medizin: Phänomene und Gegenmaßnahmen

1. Formen der Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten

Wenn man von Zwei-Klassen-Medizin spricht, meint man die Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten durch medizinische Leistungserbringer in dreierlei Hinsicht:

- a) längere Wartezeit von Kassenpatienten auf einen Behandlungstermin,
- b) längere Wartezeit von Kassenpatienten in der Arztpraxis,
- c) mehr und bessere medizinische Leistungen für Privatpatienten bei gleichem Gesundheitszustand.

Es wird kaum kontrovers sein, dass von diesen drei Ungleichbehandlungen die zweite am wenigsten anstößig ist: Auch wenn der einzelne Kassenpatient sich über seine längere Wartezeit ärgern mag, so ist es verständlich, dass die Ärzte sich bemühen, Privatpatienten möglichst wenig warten zu lassen, weil diese ihnen höhere Honorare für gleiche Leistungen zahlen und auch bei Vollversicherung über ihre Versicherungsprämien tatsächlich finanzieren. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht könnte diese Ungleichbehandlung sogar effizient sein, wenn Privatpatienten (z. B. Selbständige oder leitende Angestellte) höhere Opportunitätskosten der Zeit haben.

Problematischer sind die längeren Wartezeiten auf einen Termin, weil sie gesundheitliche Konsequenzen haben können. Aus diesem Grund ist es ein Schritt in die richtige Richtung, dass der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet hat, Terminservicestellen einzurichten, bei denen Versicherte einen Behandlungstermin bei einem Facharzt innerhalb von 4 Wochen erhalten können. Die Ungleichbehandlung ist damit allerdings nicht beseitigt.

Am gravierendsten dürfte die ungleiche medizinische Behandlung empfunden werden.⁴ Diese ist allerdings dadurch begrenzt, dass die Behandlung gesetzlich Versicherter nach § 12 Abs. 1 SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein muss. Ausreichende und zweckmäßige Leistungen sind sogar bei den Sozialgerichten einklagbar. Zudem machen sich Ärzte wegen unter-

⁴ Über die empirische Relevanz dieses Phänomens kann der Autor als Ökonom wenig aussagen; daher folgen an dieser Stelle lediglich einige theoretische Überlegungen.

lassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB) strafbar, wenn sie eine dringende medizinische Behandlung – insbesondere bei schweren Erkrankungen – verweigern.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot begründet zwar eine Vielzahl von Rationierungen insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln oder Physiotherapie. Auf der anderen Seite ist das Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ ärztlicher Leistungen zu beachten: Es besagt, dass bei Einzelleistungsvergütung mehr ärztliche Leistungen pro Versichertem erbracht werden, wenn es mehr niedergelassene Ärzte gibt, und dass die zusätzlich erbrachten Leistungen von zweifelhafter Wirkung auf die Gesundheit des Patienten sein können.⁵ Daher besteht für Privatversicherte gerade in einem System, in dem Ärzte finanziell von Leistungen für diese Patientengruppe abhängig sind, die Gefahr, dass sie zu unnützen oder sogar schädlichen Leistungen überredet werden.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen Kassen- und Privatpatienten besteht im Zugang zu medizinischen Innovationen, vor allem im Bereich der ambulanten Behandlung. Während in der GKV ein Erlaubnisvorbehalt gilt, d. h. nicht ausdrücklich im EBM aufgeführte Leistungen nur nach ausdrücklicher Erlaubnis durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgerechnet werden dürfen, bezahlt die PKV alle Leistungen, die „wissenschaftlich anerkannt, zugelassen und medizinisch notwendig“ sind. Dies führt zu einer erheblich größeren Innovationsfreudigkeit in der PKV, die nach Ansicht von *Loskamp* u. a. (2017) zwei Wirkungen hat: Zum einen kommen PKV-Versicherte eher in den Genuss innovativer Verfahren und zum anderen entsteht ein Druck auf den G-BA, sich mit diesen Leistungen auseinanderzusetzen, sie zu bewerten und im positiven Fall auch den GKV-Versicherten zugänglich zu machen. Auf diese Weise nütze der Systemwettbewerb auch den GKV-Mitgliedern.

Dieser Argumentation könnte man folgen, wenn man „Innovation“ mit „Verbesserung“ gleichsetzt. Andererseits gehört zu den Zugangskriterien der PKV gerade nicht der Aspekt der Wirtschaftlichkeit, d. h. es werden auch solche Innovationen ohne gesonderte Prüfung zugelassen, die ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, und die Privatversicherten zahlen die Ausgaben für diese Behandlungen in ihren Prämien mit. Insofern ist nicht a priori klar, ob sie dadurch einen Vorteil gegenüber den GKV-Mitgliedern haben. Zu beachten ist auch die Verwendung des Begriffs „Systemwettbewerb“ in diesem Kontext, denn dieser setzt nicht einmal voraus, dass eine Gruppe der Bevölkerung wählen kann, welchem System sie sich anschließen will. Vielmehr geht die behauptete positive Wirkung ausschließlich von der Tatsache aus, dass es eine Gruppe von Patienten mit schnellerem Zugang zu Innovationen gibt. Dazu bedarf es aber keiner PKV; es

5 Literaturübersichten zur empirischen Evidenz geben *McGuire* (2000) und *Rice* (2012).

könnten auch zahlungskräftige Selbstzahler, Personen mit einer Zusatzversicherung oder – im Zeitalter des Internets – Bewohner eines anderen Landes, etwa der USA sein.

2. Weitere Folgen der Unterschiede in den Honoraren

Neben der Bevorzugung der Privatpatienten bei der Terminvergabe hat die Diskrepanz in der Arzthonorierung durch die beiden Gruppen von Versicherten auch noch negative Effekte auf die Niederlassungsentscheidung der Ärzte. Denn ob sich eine ärztliche Tätigkeit in einer Kommune oder einem Stadtteil finanziell lohnt, hängt nicht nur vom „Bedarf“ an Ärzten ab, also der Größe, Altersstruktur und Gesundheit der Bevölkerung, sondern in hohem Maße auch vom Anteil der Privatversicherten an der Wohnbevölkerung. So ist die Unterversorgung in einigen ländlichen Regionen von Ostdeutschland nicht nur der relativ geringen Bevölkerungsdichte – und damit den großen Entfernungen zwischen Wohnort und potentiellm Arztsitz geschuldet, sondern auch dem geringen Anteil von Beamten, Selbständigen und gut verdienenden Angestellten an der Bevölkerung dieser Gegenden. Bei einheitlichen Honoraren würde zumindest dieser Grund für die Unterversorgung entfallen.

Im Prinzip könnte der Staat die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) so anpassen, dass die Honorare sich im Niveau nicht mehr unterscheiden. Das hieße allerdings, dass die Kassen-Honorare steigen müssten und somit auch die Beitragssätze in der GKV, während die Ausgaben der PKV verringert würden. Eine solche Angleichung auf Kosten der GKV-Versicherten wäre politisch nicht durchsetzbar.

III. Die Bürgerversicherung – ein Allheilmittel?

Es ist offensichtlich, dass das gegenwärtige Nebeneinander von GKV und PKV gegen das Solidarprinzip verstößt: Eine Sozialversicherung, die das offenkundige Ziel hat, einen Solidarausgleich zwischen den Risikogruppen herbeizuführen (indem auf risikogerechte Prämien verzichtet wird) und die überdies Einkommen umverteilt, verfehlt dieses Ziel, wenn sie ausgerechnet einer Gruppe von Menschen, die gemeinhin zu den „Privilegierten“ gezählt wird, die Wahl lässt, ob sie an beiden Umverteilungsvorgängen teilnehmen will oder nicht. Wenn man diesem Werturteil folgt, ist es ebenfalls offensichtlich, dass eine Sozialversicherung, die die gesamte Wohnbevölkerung einbezieht, ein erstrebenswertes Ziel ist. Nach dem Solidarprinzip dürfte diese Sozialversicherung die Beiträge nicht nach dem

Risiko unterscheiden, und wenn sie schon die Beiträge nach dem Einkommen staffelt, sollten aus Gründen der horizontalen Gerechtigkeit alle Einkommensarten berücksichtigt werden. Man würde sich zwar fragen, warum man neben den Finanzämtern parallele Behörden mit der gleichen Aufgabe bräuchte, aber diese Frage sei hintangestellt.

Das Fazit aus diesen Überlegungen ist, dass unter allgemein geteilten Gerechtigkeitsvorstellungen die von SPD, Grünen und Linkspartei angestrebte „Bürgerversicherung“ ein erstrebenswerter Zustand wäre. Was aber in der politischen Debatte regelmäßig übersehen wird, ist die Tatsache, dass es keinen legalen Weg gibt, dieses Ziel in absehbarer Zeit zu erreichen.

Bestandsversicherte der PKV können nicht in die GKV gezwungen werden, denn die für sie gebildeten Alterungsrückstellungen sind vom Grundgesetz geschützt. Somit würde ein gesetzlich vorgeschriebener Übergang mindestens 80 Jahre dauern. Der Gesetzgeber könnte diesem Personenkreis den freiwilligen Übertritt in die GKV ermöglichen und die privaten Versicherungen zwingen, eine Ausgleichszahlung in Höhe der auf den Wechselnden entfallenden Alterungsrückstellung an die aufnehmende Krankenkasse zu zahlen. Aber abgesehen von dem Problem, dass gesetzliche Krankenkassen keine Kapitaldeckung betreiben und damit ein Stück Nachhaltigkeit in der Finanzierung zukünftiger Gesundheitsausgaben verloren ginge, ist es völlig unklar, wie viele derzeitige PKV-Versicherte diesen Übertritt freiwillig vornehmen würden.

Aber auch vom Neugeschäft können die PKV-Unternehmen nicht gesetzlich ausgeschlossen werden, weil Art. 12 GG (Freiheit der Berufsausübung) dem entgegensteht. Nach den Vorstellungen der SPD könnten den Unternehmen neue Geschäftsfelder eröffnet werden, z. B. das Angebot des Produkts „gesetzliche Krankenversicherung“ nach den Regeln der GKV, aber es ist kaum anzunehmen, dass private Versicherungsunternehmen sich auf dieses Tauschgeschäft einlassen.

Schließlich ist zu bedenken, dass auch eine Bürgerversicherung – wenn sie denn käme – nicht das Ende der Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland bedeuten würde, denn einen Markt für medizinische Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung enthalten sind, gibt es überall, wo es eine solche Versicherung oder ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen wie im Vereinigten Königreich gibt. Wohlhabenden kann man es faktisch nicht verwehren, sich – mit oder ohne speziellen Versicherungsschutz – zusätzliche Leistungen zu beschaffen, und das oft bei besonders qualifizierten Leistungserbringern.

IV. Wege zu einer solidarischen Krankenversicherung

Es stellt sich daher die Frage, wie man in Deutschland auf legale Weise ein Krankenversicherungssystem etablieren kann, das den Grundprinzipien einer solidarischen Sozialversicherung entspricht. Die Antwort besteht aus zwei Reformelementen, die unabhängig voneinander eingeführt werden könnten und von denen eines die Umverteilung des Krankheitsrisikos und das andere die Umverteilung der Einkommen betrifft.

1. Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich

Durch die Unterschiede in der Prämienbemessung entsteht eine Risikoentmischung zwischen GKV und PKV, die fundamentalen Gerechtigkeitsnormen widerspricht: Wenn schon das Krankheitsrisiko nach dem Grundsatz „einer trage des anderen Last“ solidarisch umverteilt wird, dann sollte daran die gesamte Gesellschaft beteiligt sein. Dies war bis 1994 nicht einmal in der GKV der Fall, weil dort die Solidargemeinschaft an den Grenzen jeder einzelnen Krankenkasse endete. Erst mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) – letztlich sogar erst mit der Ergänzung des RSA um eine Morbiditätskomponente – wurden die vielen kleinen Solidargemeinschaften in eine große überführt. Zwar diente die Einführung des RSA primär der Verhinderung von Risikoselektion in einem wettbewerblichen Krankenversicherungsmarkt; jedoch ist auch das Ziel der Herstellung von mehr Gerechtigkeit in der Beitragserhebung immer im Blickfeld des Gesetzgebers gewesen.

Daher erscheint es geboten, auch die Privatversicherten in die Solidargemeinschaft aufzunehmen, indem man die PKV-Unternehmen mit ihren Versicherten in den RSA einbezieht. Dann bleibt es zunächst zwar bei der bestehenden Risikoentmischung, die finanziellen Konsequenzen werden aber weitgehend beseitigt, d. h. die Prämien in der PKV werden sich um eine Sockelkomponente erhöhen, die den Unterschied im durchschnittlichen Risiko zwischen GKV- und PKV-Versicherten widerspiegelt.⁶

Auf der technischen Seite wäre bei einer solchen Reform zu klären, welches Preissystem zur Bemessung der Höhe des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse

⁶ Da PKV-Vertreter häufig argumentieren, auch die PKV versichere hohe Risiken, dürften sie sich gegen diese Reform eigentlich nicht wehren, weil die finanziellen Auswirkungen nach ihrer Logik gering sind.

bzw. Privatversicherung mit einer bestimmten Anzahl von Versicherten in den einzelnen Alters- und Morbiditätsgruppen herangezogen werden soll. Wenn es das Ziel ist, die GKV nicht zu subventionieren, sondern lediglich eine Mehrbelastung durch einen überproportionalen Anteil Alter oder chronisch Kranker auszugleichen, dann scheint das GKV-Preissystem das angemessene zu sein.

2. Verlagerung der „reinen“ Einkommensumverteilung ins Steuersystem

Betrachtet man das zweigliedrige Krankenversicherungssystem aus einer Gerechtigkeitsperspektive, so ist der negativste Aspekt vermutlich die Existenz einer Einkommensumverteilung, die weder alle Bürger noch alle Einkommensarten umfasst. Zur Beseitigung dieses Missstandes existiert jedoch ein Reformvorschlag, der in Deutschland schon genauso lange und mindestens ebenso heftig diskutiert wurde wie die „Bürgerversicherung“, nämlich die Umstellung der Beitragserhebung in der GKV auf kasseneinheitliche Kopfpauschalen mit steuerfinanziertem Sozialausgleich.⁷

In der politischen Debatte um diesen Reformvorschlag sind zwei Fragen mit gutem Grund gestellt worden: 1. Wie können die Krankenkassen den pauschalen Beitrag bei ihren Mitgliedern erheben? 2. Wie kann der Sozialausgleich ohne Stigmatisierung der Begünstigten durchgeführt werden?

Zu 2.: Der Sozialausgleich könnte dadurch institutionalisiert werden, dass er in den Einkommensteuertarif eingearbeitet wird, z. B. in Form eines Steuerkredits in Höhe des minimalen jährlichen Krankenkassenbeitrags. Zur Gegenfinanzierung könnten die Grenzsteuersätze bis zur jetzigen GKV-Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden, allerdings um etwas weniger als den heutigen Beitragssatz, da die Bemessungsbasis der Einkommensteuer größer ist als die der GKV-Beiträge. Damit wird der Sozialausgleich ohne jedes Antragsverfahren automatisch vom Finanzamt durchgeführt.⁸

Zu 1.: Wie bisher können die Arbeitgeber dazu verpflichtet werden, den Beitrag an die Krankenkasse des Arbeitnehmers abzuführen. Bei sehr niedrigem Bruttoarbeitslohn (etwa bei Teilzeitbeschäftigten) hätte das den Nachteil, dass auf den ersten Blick ein sehr hoher Lohnanteil abgeführt wird. Man darf aber nicht vergessen, dass der Arbeitgeber auch die Lohnsteuer ans Finanzamt ab-

7 Im „schwarz-gelben“ Koalitionsvertrag von 2009 war vereinbart worden, nur den Arbeitnehmerbeitrag auf eine Kopfpauschale umzustellen. Zur Vermeidung von Missverständnissen wird diese Variante hier nicht weiter verfolgt. Sie wird jedoch in den Niederlanden praktiziert.

8 Die entspricht der Praxis in den Niederlanden.

führt, die wegen des Steuerkredits bei niedrigen Einkommen negativ ausfällt. Der daraus entstehende Saldo ist bei einer 1:1-Umstellung von lohnbezogenen Beiträgen zum System der Kopfpauschale mit Sozialausgleich exakt gleich hoch wie vor der Reform; beachtet man aber die größere Bemessungsbasis der Einkommensteuer, ist er sogar im Regelfall höher als bisher. Die Erhebung dürfte also zumindest bei Arbeitnehmern keine Probleme bereiten. Bei Personen, die keine Arbeitnehmer sind, ändert sich nichts daran, dass die Krankenkassen Beitragsrechnungen schreiben und die Beträge einziehen müssen.

Die Verlagerung der „reinen“ Einkommensumverteilung ins Steuersystem hätte noch weitere Folgen: Zum einen würde der Wechsel junger Besserverdiener in die PKV unattraktiv, der sich derzeit nur deshalb lohnt, weil diese in der GKV besonders stark zur Kasse gebeten werden. Derzeit zahlt ein freiwillig Versicherter (gemeinsam mit seinem Arbeitgeber) in der GKV knapp 700 Euro pro Monat, während die Kopfpauschale in der Gegend von 300 Euro liegen würde. Wenn aber niemand mehr in die PKV wechselt, obwohl er es dürfte, wären zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen: Mit der Zeit würde die GKV zu einer Bürgerversicherung mutieren, und die PKV-Unternehmen hätten nicht einmal Grund dagegen beim Verfassungsgericht zu klagen.

Zum anderen würde durch eine Umstellung der Beiträge der einzelnen Krankenkassen auf Euro-Beträge die Sichtbarkeit der Beitragsdifferenzen besser als im heutigen System, wo es sich um Bruchteile eines Prozents handelt. Dies ist empirisch belegt aus der kurzen Zeitspanne, in der die Zusatzbeiträge pauschale Euro-Beträge waren und in der daraufhin die Wechselhäufigkeit zwischen den Krankenkassen stark stieg.⁹ Kopfpauschalen hätten also das Potential, den Kassenwettbewerb in der GKV deutlich zu beleben. Voraussetzungen dafür wären einmal, dass der Arbeitgeberbeitrag unabhängig vom Beitrag der gewählten Kasse festgelegt ist, etwa auf der Hälfte des durchschnittlichen Beitrags der wählbaren Kassen, und zum anderen, dass den Kassen mehr Vertragsfreiheit beim Einkauf von Leistungen gegeben wird.

Wenn die Kopfpauschale aus „sozialer“ Sicht so viele Vorteile hat, wie kam es dann dazu, dass sie ein unsoziales Image bekam und von allen Parteien der Linken so vehement bekämpft wurde und wird? In der Tat eignet sich das System der Kopfpauschalen nicht für Wahlkämpfe mit den typischen Vereinfachungen. Die Kopfpauschale als solche bedeutet, dass jeder erwachsene Bürger den gleichen Beitrag für die Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse zahlt. Verglichen mit dem heute geltenden System des lohnbezogenen Beitrags bedeutet das eine Entlastung derer, die überdurchschnittlich viel verdienen, und eine Mehrbelastung für alle Geringverdiener. In Wahlkämpfen ließ sich also

9 Vgl. Schmitz und Ziebarth (2017)

leicht polemisieren – auch von der CSU –, bei der Kopfpauschale zahle der Generaldirektor nicht mehr als seine Sekretärin. Das Argument ist zynisch, weil die meisten Generaldirektoren in der PKV versichert sind und sich daher momentan gar nicht an den Krankheitskosten ihrer Sekretärinnen beteiligen. Nach Einführung einer Kopfpauschale mit Sozialausgleich würden sie es aber als Steuerzahler tun.

Eine Kopfpauschale darf daher nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur gemeinsam mit dem zugehörigen Sozialausgleich durch das Steuersystem. Genauso funktioniert sie auch in unseren Nachbarländern Schweiz und Niederlande.

V. Fazit

Ob in Deutschland eine „Zwei-Klassen-Medizin“ im eigentlichen, also medizinischen Sinn herrscht und wie gravierend die medizinische Ungleichbehandlung ist, kann der Autor als Ökonom nicht seriös beantworten. Wenn man das Argument von der Innovationsmotorik durch die Existenz der PKV ernst nimmt, scheint die Abschaffung dieser Versicherungsform auch nicht vordringlich.

Dagegen steht fest, dass wir durch das Nebeneinander von GKV und PKV eine „Zwei-Klassen-Krankenversicherung“ haben, die zu massiven Gerechtigkeitsproblemen bei der Verteilung der finanziellen Lasten der Krankheit führt. Es wurde gezeigt, dass es legale Wege gibt, auch ohne Abschaffung der PKV diese Gerechtigkeitsprobleme aus der Welt zu schaffen, nämlich durch Einbeziehung der PKV-Unternehmen in den Risikostrukturausgleich in der GKV und durch Umstellung der GKV-Beiträge auf kasseneinheitliche Kopfpauschalen, begleitet durch einen steuerfinanzierten Sozialausgleich. Interessanter Weise wird gerade dieser zweite Reformvorschlag von den Parteien des linken Spektrums vehement bekämpft, die ihrerseits für die Schimäre „Bürgerversicherung“ eintreten, die gut klingt, aber erstens nicht auf legalem Wege erreicht werden kann und zweitens auch nicht das Ende einer Zwei-Klassen-Medizin wäre.

Literatur

Ferich, J. und M. Frey (1996), Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 1: Von der vorindustriellen Zeit bis zum Ende des Dritten Reiches, 2. Aufl., München, Wien: Oldenbourg.

- Loskamp, N. u. a. (2017), Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV, Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 1/2017, Berlin/Bonn.
- McGuire, T.G. (2000), Physician Agency, in: Handbook of Health Economics, Vol. 1, Amsterdam, S. 461–536.
- Rice, T. (2012), The physician as the patient's agent, in: A.M. Jones (Hg.), The Elgar Companion to Health Economics, 2nd ed., Cheltenham, S. 271–279.
- Schmitz, H. and N. R. Ziebarth (2017), „Does Price Framing Affect the Consumer Price Sensitivity of Health Plan Choice?“, *Journal of Human Resources* 52, S. 89–128.