

Mehr Wettbewerb wagen: Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt und die Rolle der GKV

Autoren: Dr. Thorsten Brackert, Philip Giewer

Das Gesundheitssystem steht vor massiven Herausforderungen

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor herausfordernden Zeiten. Auf der einen Seite bieten sich neue Chancen für bessere Prävention, Früherkennung und Behandlung. Auf der anderen Seite gilt es, bessere Gesundheitsergebnisse für die Bevölkerung zu erzielen, den demografischen Wandel zu bewältigen und die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems langfristig zu sichern.

Der medizinisch-technische Fortschritt in Verbindung mit immer neuen Möglichkeiten, Daten zu generieren und zu analysieren, kann unser aller Leben verlängern und lebenswerter machen. Wir werden durch personalisierte Medizin, beispielsweise in der Krebsbehandlung, Krankheiten immer zielgenauer behandeln können. Wir werden seltene Krankheiten durch spezifische Medikamente heilen oder jedenfalls lebensverbessernd lindern können. Wir werden Krankheitsrisiken für Einzelne besser vorhersagen können und das Auftreten von Krankheiten oder Gesundheitsrisiken durch neue Geräte wie Mini-Roboter in Blutgefäßen in Echtzeit beobachten können. Die Vorhersehbarkeit der Entwicklung und Endlichkeit des eigenen Lebens mag nicht für alle erstrebenswert sein. Auch müssen der Nutzung dieser Informationen Grenzen gesetzt werden. Das Potenzial dieser Entwicklung für jeden Einzelnen durch mehr gesunde Lebensjahre und für die Wirtschaft und Gesellschaft im Allgemeinen durch Menschen, die länger gesund sind, ist aber immens.

Ein Gesundheitssystem mit finanziellem Handlungsspielraum und ausreichend Fachkräften könnte sich auf diese Chancen fokussieren. Die Situation in Deutschland ist jedoch eine andere. Wir liegen

bezüglich Lebenserwartung und Anzahl gesunder Lebensjahre deutlich hinter vergleichbaren Ländern (OECD/European Commission 2024), das heißt, unser Gesundheitssystem erzielt im Vergleich unzureichende Ergebnisse. Dies wiegt umso schwerer, als wir pro Kopf erheblich mehr ausgeben als andere Systeme. Laut OECD sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland im EU-Vergleich mit Abstand am höchsten und liegen 50 Prozent über dem Durchschnitt. Wir haben in verschiedenen medizinischen Profilen Herausforderungen, die Versorgung flächendeckend sicherzustellen, und leisten uns in anderen Bereichen Überversorgung. Wir sehen uns steigenden Kosten gegenüber durch medizinisch-technischen Fortschritt, durch höhere Ausgaben für Medikamente, durch höhere Prävalenzen aufgrund der Alterung der Bevölkerung und nicht zuletzt im GKV-System durch kostensteigernde Gesetze.

Diese Herausforderungen werden auch immer stärker in der Bevölkerung wahrgenommen. Während die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Deutschland über viele Jahre auch im Ländervergleich hoch war, ist sie innerhalb von vier Jahren um 16 Prozent zurückgegangen und liegt nun mit 64 Prozent deutlich unter anderen Ländern, wie zum Beispiel der Schweiz (81 Prozent) und Österreich (72 Prozent). Dabei sind lange Wartezeiten auf Arzttermine die wesentliche Ursache (Stada 2024).

Mit Innovationen den Herausforderungen begegnen

Deutschland steht vor einer Richtungsentscheidung, wie es den beschriebenen Herausforderungen am besten begegnen will. In die Diskussion werden auch Forderungen nach mehr Verstaatlichung des Gesundheitssystems und einer Abkehr vom Wettbewerb eingebracht. Beispiele dafür sind die Idee einer „Einheitskrankenversicherung“ oder Eingriffe in den Handlungsspielraum bewährter Selbstverwaltungsstrukturen.

In diesem Beitrag wird eine klare Position eingenommen: Um den Herausforderungen zu begegnen, brauchen wir Innovationen. Innovationen im Sinne effektiverer und effizienterer medizinischer Versorgung und Innovationen im Sinne einer effizienteren Organisation der Versorgung. Innovationen können und sollten vor allem seitens der am System beteiligten Parteien vorangetrieben werden, beispielsweise durch Ärzteschaft, Krankenkassen und Medizintechnik- beziehungsweise Pharmaindustrie. Damit Innovationen entstehen können, bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen, insbesondere eines hinreichenden Spielraums für Wettbewerb auf den jeweiligen Märkten. Denn aus Wettbewerb um die besten Lösungen entstehen neue Ideen: Pharmaunternehmen entwickeln neue Medikamente, um mehr Umsatz zu generieren. Ärzt:innen investieren in die Ausstattung ihrer Praxen und stellen qualifizierte Fachkräfte ein, um Patient:innen zu gewinnen und bestmöglich zu behandeln. Krankenkassen entwickeln ihr Leistungsangebot und ihre Servicequalität kontinuierlich weiter, um ihre Versicherten bestmöglich zu versorgen und im Wettbewerb zu bestehen.

Wettbewerb ist dabei nicht nur gut für die Kunden derjenigen Anbieter, die als Erste eine neue Lösung auf den Markt bringen. Erfolgreiche Innovationen werden schnell von anderen Wettbewerbern nachgeahmt, sodass sich neue Lösungen rasch verbreiten. Nicht erfolgreiche Lösungen wiederum werden von deren Erfindern schnell beendet, weil sie sich nicht lohnen, und werden daher von anderen auch nicht kopiert.

Wettbewerb trägt zudem zur Resilienz von Systemen bei. In einem wettbewerblichen System werden gleichzeitig mehrere Antworten auf Herausforderungen entwickelt und getestet. Die Antworten, die sich bewähren, setzen sich durch. Größere Fehlentscheidungen eines Anbieters gefährden das System deutlich weniger, als wenn der einzige Anbieter Fehler macht oder sich unzureichend weiterentwickelt. Auch die Verwundbarkeit bei externen Schocks oder Angriffen auf kritische Infrastruktur ist in einem wettbewerblichen System geringer als in einem System mit nur einem Anbieter.

Seit der Einführung der freien Kassenwahl für gesetzlich Versicherte am 1. Januar 1996 hat der Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu vielfältigen Verbesserungen für Versicherte geführt: Konsolidierungsprozesse haben die Effizienz des Systems erhöht. Servicequalität und Angebotsbreite haben sich erheblich verbessert. Und der Wandel von einem behördlichen zu einem unternehmerischen Selbstverständnis hat die Kundenorientierung deutlich gestärkt (Boroch 2017).

Aufbauend auf dem sozialstaatlichen Fundament des Solidarprinzips gilt es, das wettbewerbliche Element im System der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu stärken. Wettbewerb um beste Lösungen stärkt das Solidarprinzip und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems für 74 Millionen Versicherte. Dieser Beitrag soll Denkanstöße für die Stärkung des Wettbewerbs im GKV-System geben.

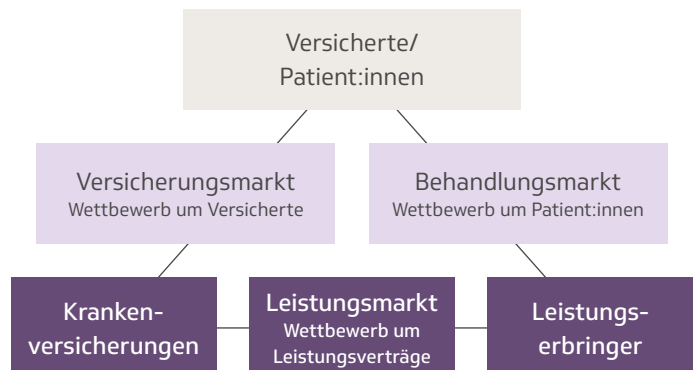
Grenzen und Potenziale im Wettbewerb unter den Krankenkassen

Grundsätzlich sind Krankenkassen in zwei Märkten wettbewerblich aktiv: im Versicherungsmarkt und im Vertragsmarkt (vgl. Cassel u. Jacobs 2006).

- **Versicherungsmarkt:** Hier konkurrieren Krankenkassen um Versicherte. Sie bieten ihnen ein Angebot an Versicherungs- und Serviceleistungen zu einem bestimmten Preis.
- **Vertragsmarkt (auch Leistungsmarkt):** Auf diesem Markt schließen die Krankenkassen beziehungsweise deren Verbände mit Leistungserbringern sowohl Kollektivverträge, welche die Konditionen für die im Versicherungsfall notwendige Leistungserbringung betreffen, als auch Selektivverträge. Dabei handelt es sich um Leistungen im ambulanten oder stationären Bereich, um Verträge mit Rehakliniken oder Arzneimittelherstellern sowie um Leistungen im Bereich Heil- und Hilfsmittel.

Im Behandlungsmarkt – also dem Markt, auf dem Leistungserbringer um Patient:innen konkurrieren, die in der Regel zwischen Ärzt:innen, Krankenhäusern et cetera frei wählen können – sind Krankenkassen im Regelfall nicht aktiv.

Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: nach Cassel/Jacobs 2006

Versicherungsmarkt Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen auf Basis des Sozialgesetzbuchs als Körperschaften öffentlichen Rechts die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten. Seit der Einführung des freien Kassenwahlrechts stehen sie miteinander im Wettbewerb, der jedoch im Vergleich zum Wettbewerb privater Unternehmen stark eingeschränkt ist. Dies ist die Konsequenz des Solidarprinzips, also der Idee, dass Gesundheit beziehungsweise Krankheit ein Lebensrisiko darstellt, das nicht von Einzelnen zu tragen ist, sondern von der Solidargemeinschaft der Versicherten. Die Einschränkungen spiegeln sich in verschiedenen Dimensionen des Angebots der Kassen wider. Eine Ausweitung der Handlungsmöglichkeiten und eine daraus folgende stärkere Differenzierung der Kassen würde – ohne das Solidarprinzip infrage zu stellen oder zu gefährden – die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems für die Versicherten stärken.

- Gesetzliche Krankenkassen haben alle Versicherten gleich zu behandeln und dürfen – anders als die private Krankenversicherung – keine Risikoselektion vornehmen. Dass das Gesundheitssystem allen Versicherten offensteht und Krankenkassen niemanden ablehnen dürfen, ist Teil des bewährten Solidarprinzips und daran sollte nicht gerüttelt werden.
- Circa 90-95 Prozent der Versicherungsleistungen sind im Leistungskatalog der Krankenkassen gesetzlich vorgeschrieben, was in weitgehend ähnlichen Angeboten resultiert. Diese flächendeckende, einheitliche Grundversorgung ist dabei über Kollektivverträge sichergestellt. Die Unterschiede in den Angeboten ergeben sich a) aus Wahlтарifen, bei denen Versicherte beispielsweise einen Selbstbehalt akzeptieren und dafür im Gegenzug eine Prämie erhalten oder bei denen sie für zusätzliche Leistungen zusätzliche Beiträge zahlen, b) aus Zusatz- beziehungsweise Satzungsleistungen wie beispielsweise Gesundheitskursen oder Zuschüssen zu medizinischen Angeboten wie Zahnreinigung, die eine Krankenkasse individuell festlegt und dann all ihren Versicherten zur Verfügung stellt, sowie c) aus Selektivverträgen, die eine Kasse mit Leistungserbringern abschließt, um spezifische Behandlungsleistungen zu verankern, die über die Standardversorgung hinausgehen.
- Auch bei diesen differenzierenden Leistungen sind die Kassen an strenge gesetzliche Vorschriften gebunden, die den Gestaltungsspielraum einschränken. Insbesondere der Spielraum bei Wahlтарifen ist gesetzlich sehr begrenzt, was zur Folge hat, dass Wahlтарife sich für Kassen oft nicht rechnen oder für die Versicherten nicht hinreichend attraktiv sind. Der Freiraum der Kassen in der Gestaltung von Satzungsleistungen und Selektivverträgen hat jedoch in der Vergangenheit den Wettbewerb angekurbelt und Leistungen in den Markt gebracht, die über den Standard hinausgehen (zum Beispiel telemedizinische Angebote). Sie sind der Nukleus für Neues und eine hervorragende Möglichkeit, medizinischen Fortschritt im Kleinen auszuprobieren und schnell in die Versorgung zu bringen.
- Generell könnte es innovations- und effizienzfördernd sein, den individuellen Vorgehensweisen der Kassen bei Leistungsangeboten gegenüber einheitlichen Regelungen mehr Raum zu geben. Schließlich kann davon ausgegangen werden, dass Krankenkassen ein ökonomisches und wettbewerbles Interesse besitzen, möglichst effiziente Versorgungsprozesse und gerechte Vergütungssätze im Sinne einer hochwertigen Versorgungsqualität für ihre Versicherten zu verhandeln. Im Fall von technischen Neuerungen im Gesundheitswesen, etwa im Bereich der Digitalisierung oder künstlichen Intelligenz, könnte der Innovationsprozess zumindest ab einer bestimmten Standardisierung den Kassen und damit dem Wettbewerb eher überlassen werden (vgl. Monopolkommission 2017).
- Ein wesentliches Differenzierungskriterium besteht im Bereich der Servicequalität. Dabei geht es insbesondere um die bestmögliche Bedienung aller Art von Kundenanliegen in allen Kanälen – von der Geschäftsstelle und der telefonischen Kundenberatung über Onlinekanäle bis hin zu Chatbots. Krankenkassen nutzen diese Möglichkeiten aktuell sehr stark auf dem Feld der Digitalisierung, beispielsweise in der Ausgestaltung ihrer Apps oder ihrer elektronischen Patientenakte. Technologische Neuerungen im Bereich der Digitalisierung und der künstlichen Intelligenz werden den Wettbewerb im Bereich der Servicequalität weiter intensivieren.
- In der strukturierten Nutzung von Daten steckt nicht nur erhebliches Potenzial zur Generierung von personalisierten Impulsen für Versicherte, sondern auch zur Differenzierung der Krankenkassen und somit zur Stärkung der Angebotsvielfalt. Immerhin: Mit dem Paragraphen 25b SGB V hat das Gesundheitsdatennutzungsgesetz neue, wenn auch weiterhin eng begrenzte Spielräume für die Krankenkassen geschaffen. Künftig könnte die Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsdaten zum Wohle der Versicherten ein wichtiger Wettbewerbsparameter werden. Dies setzt auch voraus, regelmäßig zu hinterfragen, ob die Regelungen zum Datenschutz in der Abwägung mit verantwortungsvoller Datennutzung dem Wohl der einzelnen Versicherten und dem der Versichertengemeinschaft angemessen dienen.
- Vor dem Hintergrund des technologischen Wandels ergeben sich zudem neue Möglichkeiten des Zugangs zur ärztlichen Versorgung. Es ist denkbar, dass die Organisation des Zugangs künftig stärker über digitale Lösungen – zum Beispiel über telemedizinische Angebote der Krankenkassen – erfolgen kann. Hierdurch ergeben sich sowohl Vorteile für die Versicherten als auch Chancen für den Wettbewerb unter den Krankenkassen.
- Ein weiteres Instrument mit Potenzial, Versorgungsinnovationen ins Gesundheitswesen zu bringen, ist der Innovationsfonds, in dessen Rahmen jährlich 200 Millionen Euro zum Beispiel für die Entwicklung neuer Versorgungsformen zur Verfügung stehen. Die starke Regulierung, etwa in Form sehr hoher bürokratischer Auflagen, hemmt jedoch die Durchschlagskraft des Instruments. Zudem hindert der begrenzte Spielraum bei der Gestaltung von Leistungen und Angeboten die Kassen daran, sich zu differenzieren und Vielfalt voranzutreiben. Eine zielgerichtete Erweiterung des Gestaltungsspielraums könnte die Kraft des Innovationsfonds im wahrsten Sinne seines Namens erhöhen.
- Schließlich verfügen die gesetzlichen Krankenkassen in Form des Zusatzbeitragssatzes über ein Instrument der Preisgestaltung. Auch hier sind sie jedoch nicht immer frei. So ist es Kassen nicht gestattet, ihren Zusatzbeitragssatz anzuheben, wenn ihre finanziellen Reservemittel oberhalb von 0,5 Monatsausgaben liegen – selbst dann nicht, wenn dies aus ökonomischer Sicht absehbar erforderlich wäre. Gleichzeitig müssen die Finanzreserven der Kassen oberhalb von 0,2 Monatsausgaben liegen. Krankenkassen müssen sich hier also in einem sehr engen Korridor bewegen, was ihre Möglichkeiten zur Preisgestaltung und zur ökonomisch sinnvollen Reservenbildung stark beschränkt.

Vertragmarkt Im Vertragmarkt geht es im Wesentlichen um zwei Arten von Ausgaben: zum einen um Ausgaben für die ambulante und stationäre Versorgung mit Gesundheitsleistungen durch Arzt- und Heilberufe sowie durch Krankenhäuser und Rehakliniken, zum anderen um Ausgaben für Produkte, die in der Gesundheitsversorgung durch die Versicherten verwendet werden, also Arzneimittel und Hilfsmittel.

- Die Versorgung der Versicherten durch Leistungserbringer erfolgt grundsätzlich nach einer für alle Krankenkassen einheitlichen Vergütung. Hiervon kann im Rahmen von Selektivverträgen abgewichen werden, was jedoch aus oben beschriebenen Gründen kaum genutzt wird. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für individuelle Preisabsprachen zwischen Kassen und Leistungserbringern könnte den Wettbewerb um das beste Preis-Leistungs-Verhältnis sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern beleben und so die Kosten der Versorgung senken, ohne das Leistungsniveau zu senken.
- Eine besondere Herausforderung bei der Verhandlung von Versorgungsverträgen stellt auch das unterschiedliche Vergütungsniveau der stationären und ambulanten Leistungserbringer dar. Oft fehlt ein finanzieller Anreiz, eine selektivvertragliche Leistung ambulant anzubieten. Mit der sektorenübergreifenden Vergütungssystematik (Hybrid-DRGs) ist ein wichtiger Schritt erfolgt. Doch dies kann nur ein Anfang sein, um Ambulantisierungen – dort, wo sie sinnvoll sind – stärker zu fördern.
- Das normale Prinzip marktwirtschaftlicher Vertragsbeziehungen sieht vor, dass ein Kunde von einem Anbieter ein Produkt oder eine Leistung erwirbt und dafür bezahlt. Beide Parteien stellen gemeinsam sicher, dass Leistung und Gegenleistung sinnvoll zusammenpassen und entsprechend der Vereinbarung geliefert werden. In der aktuellen Ausgestaltung des Sachleistungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung ist das nicht möglich. Die Leistungsbeziehung wird von der Zahlungsbeziehung getrennt. Dadurch fehlt Versicherten der Anreiz und die Möglichkeit, die Notwendigkeit einer Leistung und die Angemessenheit des jeweiligen Entgelts bei der Wahrnehmung einer Leistung zu berücksichtigen.
- Die Krankenkassen bezahlen die Leistungserbringer für erbrachte Leistungen und prüfen die Angemessenheit im Interesse der Versichertengemeinschaft. Die Möglichkeiten der Rechnungskontrolle sind jedoch beschränkt. Im stationären Bereich – und auch nur dort – dürfen Krankenkassen lediglich einen Bruchteil der erhaltenen Rechnungen beim Medizinischen Dienst als neutraler Instanz zur Prüfung einreichen (5, 10 oder 15 Prozent, je nach Abrechnungsqualität einer Klinik). Mehr Transparenz für Versicherte und mehr Möglichkeiten für die Krankenkassen können den Wettbewerb stärken.
- Arzneimittelpreise und -rabatte: Lieferverträge für Arzneimittel sichern die Versorgung. Deshalb ist es so wichtig, dass Krankenkassen die Möglichkeit haben, Preise und gegebenenfalls

Rabatte mit den Arzneimittelherstellern auszuhandeln. Wird diese Möglichkeit begrenzt, wie etwa im Fall von Kinderarzneimitteln im Rahmen des Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetzes, schwächt das nicht nur die Versorgungssicherheit, sondern beschränkt auch den Wettbewerb zwischen den Kassen, denen somit ein Instrument zur Differenzierung genommen wird.

- Hilfsmittelversorgung: Ausschreibungen haben sich hier als ein probates und bewährtes Wettbewerbsinstrument bewiesen. Sie wurden jedoch in allen Produktbereichen untersagt. Dabei können bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Eine wirtschaftlich orientierte Versorgung mit Hilfsmitteln bedarf zudem der Rückkehr zu echten Vertragsverhandlungen mit verschiedenen Anbietern. Um das Gleichgewicht an den Verhandlungstischen wiederherzustellen, sollte der Einfluss monopolartiger Strukturen eingeschränkt werden.

Politische Rahmenbedingungen Gut funktionierender Wettbewerb bedarf eines effektiven gesetzlichen Rahmens. Die Spielregeln müssen klar und für alle Spieler:innen einheitlich sein. Infrastruktur, die von allen genutzt werden kann und sollte, muss übergreifend bereitgestellt werden. Ansonsten besteht das Risiko, dass entweder konkurrierende Lösungen entstehen, die nicht hinreichend miteinander kompatibel sind, oder Investments in die Infrastruktur ausbleiben, weil sich das Investment für einzelne Akteure nicht lohnt. Innerhalb des einheitlichen Rahmens können die Akteure dann miteinander Verträge schließen. Dies führt zu Wettbewerb um die besten Lösungen und Innovation. Bezogen auf Krankenkassen kann beispielsweise der Wettbewerb um gute Selektivverträge, von denen lediglich die Versicherten einer einzelnen Kasse profitieren, letztlich zu besseren Kollektivverträgen führen, von denen die gesamte Solidargemeinschaft profitiert.

Die politischen Rahmenbedingungen für das deutsche Gesundheitssystem setzen grundsätzlich diesen Rahmen. Es gibt jedoch auch hier Verbesserungspotenzial beziehungsweise zum Teil erhebliche Einschränkungen der wettbewerblichen Interaktion der Akteure, die nicht sinnvoll sind.

- Wettbewerb kann sein volles Potenzial nur ausschöpfen, wenn er fair ist und für alle Marktteilnehmer die gleichen Bedingungen gelten. Insbesondere auf dem Zusatzversicherungsmarkt, im Bereich der Wahltarife und bei Selektivverträgen sind die Handlungsvoraussetzungen für Krankenkassen jedoch ungleich. Dies liegt an den unterschiedlichen Aufsichtsbehörden, denen bundesweit tätige Kassen und regional tätige Krankenkassen (vor allem die Allgemeinen Ortskrankenkassen) unterstellt sind. Tatsächlich urteilen die Landesaufsichten bei vergleichbaren Sachverhalten zum Teil großzügiger als die Bundesaufsicht, was selbst der Bundesrechnungshof feststellt. Das heißt, Krankenkassen unter einer Landesaufsicht verfügen über größere Spielräume im Wettbewerb. Krankenkassen unter Bundesaufsicht haben Nachteile im Versorgungswettbewerb.

Für gleichwertige Wettbewerbsbedingungen müssten zumindest die Aufsichtsstandards in Bund und Ländern vereinheitlicht werden.

- Für das Gesundheitssystem ist eine einheitliche, technische Infrastruktur erstrebenswert, um Interoperabilität sicherzustellen und auch den Wechsel der Versicherten zwischen Krankenkassen oder Leistungsanbietern nicht zu erschweren. Die Rolle, diese Infrastruktur bereitzustellen, kommt der Gematik zu. Wie es das Bundesgesundheitsministerium im vergangenen Jahr bereits geplant hat, erhält die Gematik künftig möglicherweise im Zuge der Umwandlung in eine bundeseigene Digitalagentur für Gesundheit erweiterte Kompetenzen und Aufgaben. Dies ist sinnvoll, wenn es dazu dient, den Akteuren im Gesundheitswesen eine höhere Geschwindigkeit bei der Digitalisierung zu ermöglichen. Es ergibt jedoch keinen Sinn, wenn die Gematik eigene Lösungen für Endnutzer erstellt und damit selbst zum Akteur im Gesundheitswesen wird, der wettbewerbliche Lösungen verdrängt.
- Zunehmend wird die Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eingeschränkt. Beispielsweise wird zum Teil direkt mit Gesetzen auf die Leistungsgewährung in der GKV Einfluss genommen, anstatt dies dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) als Selbstverwaltungsorgan zu überlassen.

Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Errungenschaft der sozialen Marktwirtschaft. Im Rahmen dieses Prinzips kann mehr Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen das System leistungsfähiger und krisenfester machen. Mehr Spielraum für Differenzierung und Vielfalt entlang der geschilderten Denkanstöße kann den Wettbewerb beflügeln. Damit wird den Versicherten eine echte Wahl- und Vergleichsmöglichkeit zwischen Anbietern gegeben. Und das System wird durch den Wettbewerb um die besten Lösungen gestärkt. Voraussetzung ist ein bundeseinheitlicher Wettbewerbsrahmen.

Grenzen und Potenziale im Wettbewerb mit der privaten Krankenversicherung

Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland mit GKV und PKV wird seit Langem immer wieder diskutiert und die Berechtigung dieses Konstrukts wird regelmäßig infrage gestellt. Viele Menschen halten das Nebeneinander von GKV und PKV für nicht fair und änderungswürdig. Laut einer Umfrage (NDR 2024) mit mehr als 19.000 Menschen bezeichnen 82 Prozent der GKV-versicherten Befragten und 57 Prozent der PKV-versicherten Befragten das duale System als ungerecht. Als Gründe hierfür werden unter anderem schnellere Terminvergabe, größere Auswahl an Ärzten, geringere Wartezeit in Praxen sowie umfangreichere Leistungen genannt. Dafür, die PKV abzuschaffen, stimmen 84 Prozent der GKV-versicherten Befragten und sogar 48 Prozent der PKV-versicherten Befragungsteilnehmenden.

Diese Unzufriedenheit in der Bevölkerung überrascht nicht. Die Rahmenbedingungen des dualen Systems erlauben keinen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen und können nicht zu optimalen Ergebnissen führen.

- Für den weit überwiegenden Teil der Bevölkerung besteht keine Wahlfreiheit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Wettbewerbskonkurrenz PKV versus GKV dreht sich nur um die begrenzte Gruppe der freiwillig Versicherten, die selbstständig sind oder ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben, sowie um die beihilferechtigten Beamt:innen. Die PKV darf nur um die Bürger:innen werben, die in der Regel finanziell leistungsfähig sind. Dies spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass das PKV-System anders als das GKV-System nicht auf dem Sachleistungsprinzip, sondern auf dem Kostenerstattungsprinzip beruht, bei dem Versicherte zunächst alle Rechnungen selbst bezahlen und diese dann bei ihrer Versicherung zur Erstattung einreichen.
- Ein wesentlicher Wettbewerbsvorteil der PKV ist zudem die Möglichkeit der Risikoselektion. Während das solidarische System der GKV keine Versicherten ablehnen darf, können private Krankenversicherungen von Kunden mit hohem Krankheitsrisiko höhere Beiträge verlangen oder diese sogar ganz ablehnen. Die PKV ist also nur für finanziell leistungsfähige und vergleichsweise gesunde Bürger:innen zugänglich. Durch die Abwanderung dieser Gruppe in die PKV wird das solidarische GKV-System systematisch geschwächt. Es fehlen der Solidargemeinschaft die Stärksten, die für die Stabilität der Gemeinschaft erforderlich sind.
- Dass die Stärksten unter diesen Bedingungen tatsächlich zur PKV abwandern, liegt zum einen daran, dass die PKV ein deutlich umfassenderes Leistungsspektrum anbieten darf. Den gesetzlichen Krankenkassen ist es dagegen nicht gestattet, Leistungen jenseits des GKV-Leistungskatalogs zu erstatten. Wahltarife sind zwar möglich, müssen jedoch komplette Leistungsbereiche (ambulant, stationär, zahnärztliche Versorgung) umfassen. Eine Selektion von Einzelleistungen wie zum Beispiel Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung, wie es in der PKV üblich ist, ist nicht zulässig. Zudem besteht auch für Wahltarife der GKV ein Kontrahierungszwang.
- Der zweite Hauptgrund für die Abwanderung in die PKV ist der bessere Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems. Aktuell erhalten niedergelassene Ärzt:innen für eine medizinisch im Grundsatz gleiche Leistung von der PKV durchschnittlich das 2,5-Fache der Vergütung, die die GKV zahlt (Etgeton 2019). Zudem können im Rahmen einer Behandlung von PKV-Versicherten auch Leistungen erbracht werden, die GKV-Versicherten nicht zugänglich sind. Dies erklärt, warum PKV-Patient:innen in Arztpraxen, die auch nach ökonomischen Maßstäben handeln, in vielen Punkten bevorzugt werden.

- Eine weitere erhebliche Wettbewerbsverzerrung zwischen GKV und PKV liegt in der Ausgestaltung der sogenannten Beihilfe im Krankheitsfall, die Beamt:innen sowie deren Familien von den jeweiligen Dienstherren erhalten. Der Staat als Arbeitgeber erstattet die Kosten für Gesundheitsleistungen in der Größenordnung von 50 Prozent. Für den Rest ist eine ergänzende Versicherung notwendig. Dies ist heute nur über die PKV möglich. Zwar können Beihilfeberechtigte in einigen Bundesländern eine „pauschale Beihilfe“ wählen und sich dann in der GKV versichern. Dann entfällt aber der individuelle Beihilfeanspruch unwiderruflich. Das ist in den meisten Fällen eine unattraktive Alternative. Vernünftigerweise können Beamt:innen daher nur die PKV wählen. Dies hat erhebliche Bedeutung, weil mehr als die Hälfte der knapp neun Millionen PKV-Versicherten Beihilfeberechtigte und deren Familienangehörige sind (Verband der privaten Krankenversicherung 2023). Nur circa 5 Prozent der Bevölkerung sind im engeren Sinne freiwillig in der PKV (zum Beispiel Angestellte und Selbstständige).
- Auch an anderen Stellen trägt der Staat zur systematischen Schlechterstellung des GKV-Systems bei. So zahlt die GKV beispielsweise die Krankenversicherung für Bürgergeld-Empfänger:innen. Diese Kosten belaufen sich auf jährlich 9 Milliarden Euro und tragen zur gewaltigen Finanzierungslücke in der GKV bei. Dabei handelt es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die gerechterweise aus Steuermitteln finanziert werden muss.
- Ein weiterer Vorteil für die PKV entsteht durch das Kollektivvertragssystem der GKV, von dem die PKV massiv profitiert. Denn die kollektivvertraglich verhandelten Preise, zum Beispiel bei patentgeschützten Arzneimitteln, gelten für die PKV mit beziehungsweise sorgen zumindest dafür, dass die Preise nicht schneller wachsen als in der GKV.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Wettbewerb zwischen PKV und GKV unter ungleichen Bedingungen stattfindet. Nicht einmal im Wettbewerb um die freiwillig in der GKV-Versicherten hat die GKV eine faire Chance.

Ziel sollte es deshalb sein, ein einheitliches Versicherungssystem mit einheitlichen Wettbewerbsparametern zu schaffen, das in beide Richtungen durchlässig ist, nicht zulasten der Solidargemeinschaft geht und die Vorteile von GKV und PKV vereint. Ein Beispiel aus der GKV ist das Wirtschaftlichkeitsgebot. Auf der Seite der PKV sind es beispielsweise die größeren vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten.

Zur Erreichung dieses Ziels sind noch einige Schritte zu gehen. Bis dahin braucht die GKV mindestens mehr Wettbewerbsoptionen an der Grenze zur PKV. Hierbei ist insbesondere die Angleichung der rechtlichen Rahmenbedingungen zwischen der PKV und den Kostenerstattungstarifen der GKV zu nennen. Denn aktuell haben Tarife zur Kostenerstattung mehrere regulatorische Nachteile gegenüber der PKV, die die Preise für solche Produkte unattraktiv machen. Auch müssten die gesetzlichen Kranken-

versicherungen mehr Spielraum erhalten, über den Leistungskatalog der GKV hinausgehende Angebote zu machen.

Eine neue Organisation des Krankenversicherungsmarktes sollte in jedem Fall eine Stärkung des Wettbewerbs zum Ziel haben. Es geht dabei nicht um eine „Einheitsversicherung“, sondern um ein nach einheitlichen Finanzierungs- und Vergütungsregeln wettbewerblich organisiertes Versicherungssystem. Die größte Herausforderung bei einem Übergang in ein neues System ist der Umgang mit den Altersrückstellungen der PKV-Versicherten. Die Altersrückstellungen können nach geltendem Gesetz nicht ins GKV-System übertragen werden. Hier muss im Rahmen einer Reform eine geeignete Lösung gefunden werden (Viellehner 2017).

Chancen und Risiken im Wettbewerb mit „neuen“ Akteuren

Neben ihresgleichen sowie der PKV stehen Krankenkassen inzwischen auch mit neuen Wettbewerbern in Konkurrenz. Diese Wettbewerber kommen aus anderen Geschäftsfeldern, in denen sie sich mit einem hohen Maß an Kundenorientierung und Nutzerfreundlichkeit eine starke Position bei Bürger:innen erarbeitet haben. Die Bandbreite umfasst globale Big Techs genauso wie auch nationale und internationale E-Health-Unternehmen. Das Angebot besteht beispielsweise aus der Kombination von Geräten wie Sportuhren und zugehörigen Apps oder spezifischen Services wie Terminbuchung. Der Wettbewerb der GKV mit diesen Unternehmen bezieht sich dabei nicht auf Versicherungsangebote und die Erstattung von Gesundheitsleistungen. Es geht vielmehr um die Rolle des Begleiters und Navigators bei Gesundheitsthemen. Die neuen Wettbewerber haben dabei einige spezifische Wettbewerbsvorteile.

- Unternehmen, deren Geräte am Menschen platziert werden können, erhalten in Echtzeit Daten über den Gesundheitszustand oder jedenfalls über auffällige Veränderungen der Gesundheitsdaten oder des Verhaltens der der Nutzenden. Die Geräte werden dabei immer leistungsfähiger und können inzwischen auch Blutdruck oder Sauerstoffsättigung des Blutes messen. Und wir können davon ausgehen, dass wir in nicht allzu ferner Zukunft auch Geräte im Körper, zum Beispiel in unseren Adern, tragen werden, die wesentliche Elemente unseres Gesundheitszustands messen können.
- Auf Basis der erhobenen Daten können die Anbieter hoch relevante Empfehlungen an die Nutzenden geben. Diese Empfehlungen beziehen sich aktuell vor allem auf einen gesünderen Lebenswandel mit beispielsweise mehr Bewegung, also auf Gesunderhaltung und Prävention, und weniger auf Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Dass die Preisgabe und Verarbeitung von persönlichen Daten eine notwendige Voraussetzung für die Nutzung der Angebote ist, wird von den Kund:innen aufgrund des Mehrwertes in der Regel akzeptiert.
- Es zeichnet sich ab, dass die neuen Wettbewerber auf Positionen hinarbeiten, in denen sie ihre Nutzenden so steuern, dass der Umsatz für die jeweiligen Unternehmen optimiert wird. Es

könnten bei der Terminbuchung mehr Leistungen angeboten werden oder ausgewählte Ärzt:innen bevorzugt werden. Ebenso könnten bei Vorliegen bestimmter Symptome spezifische Arzneimittel oder Leistungserbringer empfohlen werden.

Für die Bürger:innen sind neue Wettbewerber auf jeden Fall zu begrüßen. Es gibt neue innovative Angebote und sie können mit Hilfe dieser Angebote Gesundheitsvorsorge und -versorgung besser in die eigenen Hände nehmen. Es besteht jedoch auch das Risiko, dass ein wenig solidarisches System entsteht, in dem nur diejenigen die besten Leistungen erhalten, die dafür mit Geld oder Daten zu bezahlen bereit sind.

Auch für Krankenkassen ist der Eintritt neuer Akteure in den Gesundheitsmarkt Chance und Risiko zugleich. Die neuen Wettbewerber machen ihnen die Kundenschnittstelle mit hoch relevanten Lösungen streitig. Die Krankenkassen können jedoch auch von der Innovationskraft der neuen Wettbewerber lernen, sich für die Steigerung von Umsetzungsgeschwindigkeit im System einsetzen und mit intelligenten, kundenorientierten Angeboten versuchen, die Kundenschnittstelle für sich zu behaupten – zumal sie aufgrund ihrer nicht gewinnorientierten Ausrichtung als Körperschaften des öffentlichen Rechts einen Vertrauensvorteil haben.

Aus gesetzgeberischer Perspektive ist es wichtig, dass Krankenkassen eine faire Chance haben, diesen Wettbewerb anzunehmen. Eine starke Beschränkung der Möglichkeiten der Akteure im unter anderem durch das SGB eng regulierten System birgt das Risiko, dass Bürger:innen auf Anbieter im weniger eng regulierten System ausweichen.

Fazit

Das deutsche Gesundheitssystem mit der auf dem Solidarprinzip gründenden gesetzlichen Krankenversicherung, die grundsätzlich allen Bürger:innen offensteht, hat sich über viele Jahrzehnte bewährt. Es hat sehr gute Gesundheitsversorgung ermöglicht und wurde von der Bevölkerung ob seiner Leistungsfähigkeit und sozialen Gerechtigkeit geschätzt. Das System muss nun die Chancen der Digitalisierung und des medizinischen Fortschritts genauso bewältigen wie die Herausforderungen des demografischen Wandels.

Wettbewerb in geeignetem Rahmen hat sich in der sozialen Marktwirtschaft als am besten geeignete Organisation der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren erwiesen. Das auf dem Solidarprinzip organisierte Gesundheitswesen wird auch zukünftig einen höheren Regelungsbedarf aufweisen als andere Wirtschaftsbereiche. Die Kraft des Wettbewerbs sollte allerdings nicht unterschätzt werden.

Dies gilt insbesondere für die Rolle der gesetzlichen Krankenkassen. Mehr Spielraum im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander, mehr Chancengleichheit im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen mit privaten Krankenversicherungen und auch mit neuen Akteuren im Gesundheitswesen

kann die Innovationskraft des deutschen Gesundheitssystems stärken und bessere Lösungen für die Versicherten ermöglichen.

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, diesen Wettbewerb zu ermöglichen. Die hier beschriebenen Ansatzpunkte sollen als Denkanstoß für all diejenigen dienen, denen die Leistungsfähigkeit des solidarisch organisierten Gesundheitssystems in Deutschland wichtig ist.

Literaturverzeichnis

Boroch W (2017) Gesetzliche Krankenkassen auf dem Weg zu (Versicherungs-)Unternehmen. In: Krankenversicherung im Rating. Leistungsbewertungen und Management als Schlüsselfaktoren. Adolph T, Everling O, Metzler M (Hrsg.), Springer Gabler, 3. Auflage, 399-416

Cassel D, Jacobs K (2006) Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wirtschaftsdienst 86, 285

Etgeton S (2019) Ärztliche Vergütung - Gleiche medizinische Leistungen gleich bezahlen. In: Spotlight Gesundheit - Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 4, Bertelsmann Stiftung, 1. Auflage, 4, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/BST_SL_Vergu_tung_2.pdf

Monopolkommission (2017) Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75, https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf

NDR (2024) Umfrage: Mehrheit für Abschaffung der privaten Krankenversicherung. <https://www.ndr.de/ndrfragt/Umfrage-Mehrheit-wuerde-private-Krankenversicherung-abschaffen,krankenversicherungen152.html>

OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

STADA Arzneimittel AG (2024) STADA Health Report 2024. Bad Vilbel, 24.06.2024, <https://www.stada.de/news/stada-health-report-2024>

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2023) PKV in Zahlen 2022. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Zahlenbericht_2022.pdf

Viellehner, S (2017) Das Finanzierungsrecht der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung: Herausforderung für die Zusammenführung in ein einheitliches System. Nomos, Schriften zum Sozialrecht Bd. 41