Jochen Pimpertz*

Mehr Differenzierung statt Einheitlichkeit

<https://doi.org/10.1515/zfwp-2018-0007>

Abstract: Neither extending the German mandatory health insurance scheme to the entire population nor aligning the remuneration for privately and statutorily insured patients will slow down the disproportionate growth of health care expenditure in the mandatory health insurance. However, competition between different types of medical care may help to leverage efficiency reserves provided that cost differences lead to different payments which in turn incentivise the cost awareness of all players in the health care system.

Problemstellung

Der Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ wird im politischen Raum verwendet und soll eine Diskriminierung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgesicherten Personen signalisieren. Die wird zum einen bei der medizinischen Versorgung vermutet, weil die gesetzlich Versicherten längere Wartezeiten beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung in Kauf nehmen müssen als privat versicherte Patienten. Die Protagonisten einer einheitlichen Honorarordnung führen diesen Befund auf vergleichsweise attraktive Leistungsentgelte für Privatpatienten zurück.¹ Zum anderen wird angeprangert, dass ein Teil der Bevölkerung aufgrund des Erwerbsstatus und der Höhe des Arbeitsentgelts zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der umlagefinanzierten GKV und einer Absicherung in der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung (PKV) wählen kann. Die Protagonisten einer Bürgerversicherung vermuten, dass sich dadurch leistungsfähige und überdurchschnittlich gesunde Personen dem Beitrag zur Solidargemeinschaft entziehen.

1 Umgekehrt wird argumentiert, dass die bevorzugte Behandlung nicht zwingend zu einer besseren Versorgung führe. Eine erhöhte Diagnosestellung und Therapieverordnung in einzelnen Leistungsbereichen nährt demnach den Verdacht, dass Privatpatienten bisweilen „übertherapiert“ werden.

***Kontakt:** Dr. rer. pol. Jochen Pimpertz, Kompetenzfeldleiter Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung, Verteilung, Institut der deutschen Wirtschaft, Tel. (0221) 4981–760, E-Mail: pimpertz@iwkkoeln.de

Die Frage nach zielorientierten Lösungen lässt sich nur beantworten, wenn zunächst wesentliche Probleme identifiziert werden, um dann den Lösungsbeitrag der beiden Vorschläge bewerten zu können. Aufgrund der gebotenen Kürze soll dabei der Fokus auf die GKV gelegt werden, ohne damit Probleme in der PKV negieren zu wollen. Den beiden zur Diskussion stehenden Reformoptionen wird ein Leitbild gegenüber gestellt, das auf Vielfalt in der Versorgung statt auf Einheitlichkeit setzt.

Vorrangig ausgabenseitige Probleme der GKV

Die GKV leidet an einem überproportional starken Ausgabenwachstum. Seit der Wiedervereinigung sind die Ausgaben je Anspruchsberechtigten im Jahresdurchschnitt um gut 1,2 Prozentpunkte stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten.² Dies ist umso bemerkenswerter, als Kostendämpfungsmaßnahmen den Trend nicht haben bremsen können, aber mit der günstigen Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung eine Stärkung der Einnahmenseite einhergeht.

Allerdings ist damit noch nicht ausgeschlossen, dass die Grundlage der Beitragsfinanzierung erodiert, wie im politischen Raum immer wieder behauptet wird. Um diese These beurteilen zu können, ist eine Referenz vonnöten, die Aufschluss über die Konsummöglichkeiten der Gesellschaft gibt. Vergleicht man deshalb die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten mit gesamtwirtschaftlichen Größen, dann besteht ein erstes Problem darin, dass in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen durchschnittliche Werte nicht für die Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten ausgewiesen werden. Theoretisch begründbare Referenzen können deshalb nur bedingt mit Kennziffern der GKV verglichen werden. Aber auch die in Frage kommenden Indikatoren sind diskussionswürdig. So scheidet ein Vergleich mit dem Bruttoinlandsprodukt je Einwohner aus, weil daraus auch Abschreibungen finanziert werden müssen, die dem produktionsbedingten Kapitalverzehr Rechnung tragen. Soll der Gegenwartskonsum aber nicht auf Kosten des Kapitalstocks finanziert werden, muss eine um Abschreibungen korrigierte Größe wie das Volkseinkommen je Einwohner verwendet werden. Das ist seit der Wiedervereinigung mit einer jahres-

² Die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten werden näherungsweise berechnet, indem die Beitragseinnahmen eines Jahres durch die Anzahl der versicherten Personen des gleichen Jahres sowie den jahresdurchschnittlichen Beitragssatz (einschließlich Zusatzbeitragssatz) geteilt werden. Vgl. Pimpertz, Jochen (2010), Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: IW-Trends, 37. Jg. Heft 2, S. 75–90, fortgeschrieben bis zum Jahr 2016.

durchschnittlich um zwei Zehntelpunkte höheren Rate nur geringfügig stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten.

Der Indikator Volkseinkommen je Einwohner lässt zunächst offen, ob die medizinische Versorgung über Beiträge, Prämien oder Steuern finanziert werden soll. Im politischen Raum werden dagegen vor allem Varianten diskutiert, die an der Beitragsfinanzierung festhalten, aber den Begriff der beitragspflichtigen Einkommen erweitern. Dazu zählt unter anderem die Forderung nach einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Das legt einen Vergleich mit der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer nahe, die zwar die derzeit beitragspflichtigen Alterseinkommen ausklammern, dafür aber Entgeltbestandteile jenseits der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Bezüge der Beamten einbeziehen. Diese Referenz weist mit einer seit 1991 im Jahresdurchschnitt um fast zwei Zehntelpunkte niedrigeren Wachstumsrate sogar eine leicht schwächere Entwicklung auf. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer Erosion der beitragspflichtigen Einkommen gesprochen werden, auch wenn damit nicht für alle Zukunft auszuschließen ist, dass auch die Einnahmenseite der GKV unter Druck geraten kann.

Solidaritätsprinzip unter Rechtfertigungszwang

Wenn aber Indizien für ein überproportional starkes Ausgabenwachstum sprechen, stellt sich die Frage nach den Treibern dieser Entwicklung. Zum einen wird der medizinisch-technische Fortschritt genannt. Neue Behandlungsmöglichkeiten würden – so das Argument – einseitig mit Blick auf den medizinischen Zusatznutzen erschlossen, ohne die damit einhergehenden Grenzkosten in Rechnung zu stellen. Warum sollen aber technologische Basisentwicklungen im medizinischen Kontext zu anderen Effekten führen als in nicht-medizinischen Anwendungen? Diese Frage lenkt den Blick auf die institutionellen Bedingungen, unter denen Neuerungen im Gesundheitswesen entwickelt und eingeführt werden. So werden zum Beispiel beim Versicherten Anreize zu einer kostenbewussten Nachfrage systematisch durch die lohnsteuerähnliche Wirkung der Beitragsfinanzierung und eine kostenlose freie Anbieterwahl unterdrückt. Vorteile, die aus einer kostenbewussten Nachfrage resultieren, würden – so sie vom Leistungsanbieter überhaupt in Form von Preisnachlässen weitergegeben werden – im Versichertenkollektiv sozialisiert. Damit erlischt das ökonomische Interesse der Versicherten an effizienzsteigernden Innovationen und somit in der Folge auch der Anreiz für Krankenkassen, separate Tarife zum Beispiel für ein exklusives Arztnetzwerk anzubieten und gleichzeitig mit diesem Leistungsvereinbarungen separat zu verhandeln.

Zum anderen wird der demografische Wandel zu erheblichen Anpassungslasten führen. Denn weil das durchschnittliche Behandlungsrisiko mit dem Lebensalter steigt, die höheren Altersklassen künftig aber häufiger besetzt sein werden, steigen im Umlageverfahren auch die durchschnittlichen Ausgaben, selbst wenn das altersabhängige Ausgabenprofil unverändert bleibt. Eine ähnliche Dynamik tritt auch auf der Finanzierungsseite auf. Denn mit einer steigenden Zahl an Ruheständlern, die aufgrund des typischerweise niedrigeren Altersinkommens bei gleichem Beitragssatz einen geringeren Beitrag entrichten als erwerbstätige Mitglieder, sinken unter ansonsten unveränderten Bedingungen die durchschnittlichen Beitragszahlungen an die GKV.

Mit dieser Dynamik gerät auch das Solidaritätsprinzip in der GKV unter Rechtfertigungsdruck. Dies lässt sich am Beispiel des solidarischen Ausgleichs zwischen Jung und Alt verdeutlichen. Dazu eine modellhafte Überlegung: Unter der Annahme gleichverteilter Einkommen kann die umverteilende Wirkung der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung neutralisiert werden (sozialer Ausgleich oder Solidarausgleich im weiten Sinne), um die Wirkung des solidarischen Risikoausgleichs zu isolieren. Denn die individuellen Beiträge wären für alle Versicherten der GKV identisch, obwohl deren Schadenerwartung aufgrund des altersabhängig steigenden Durchschnittsrisikos davon abweichen kann³, und sie entsprächen den durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten. Liegt die altersabhängige Schadenerwartung unter der des Durchschnitts in der Solidargemeinschaft, kann die Differenz als Beitrag zum Risikoausgleich zugunsten der älteren Versicherten interpretiert werden. Liegt sie darüber, resultiert aus der Differenz ein Nettonutzen. Mit demografisch bedingt steigenden Durchschnittsausgaben tragen aber die Mitglieder der jüngeren Kohorten *ceteris paribus* einen höheren Solidarbeitrag als die Mitglieder der vorangegangenen Kohorten im gleichen Alter, und sie erfahren in fortgeschrittenem Lebensalter einen entsprechend geringeren Nettonutzen. Zwar bleibt der solidarische Risikoausgleich zwischen Jung und Alt in jeder Periode gewahrt. Ob damit aber die systematische Lastverschiebung auf die jüngeren Kohorten vereinbar ist, wird mit wachsender Dringlichkeit zu diskutieren sein. Dies gilt umso mehr, als auch auf der Einnahmenseite ähnliche Lastverschiebungen drohen, wenn die Altersklassen der Ruheständler relativ häufiger besetzt sein werden.⁴

³ Von dem Einfluss des Geschlechts, medizinischer Prädispositionen oder der Vorerkrankungen auf das individuelle Ausgabenrisiko wird hier abstrahiert.

⁴ Vgl. Kochskämper, Susanna/Pimpertz, Jochen (2015), Was deckt das Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung ab? in: IW-Trends, 42. Jg. Heft 2, S. 105–119.

Bürgerversicherung: Mehr Fragen als Gewissheit

Vor diesem Hintergrund ist zu diskutieren, unter welchen Bedingungen eine Bürgerversicherung die gesetzliche Solidargemeinschaft entlasten kann. Dazu ist zunächst festzustellen, dass eine bevölkerungsweite Versicherungspflicht noch nicht dem Anspruch einer Bürgerversicherung genügt. Denn das Schutzinteresse der Gesellschaft vor Freifahrerverhalten gilt gegenüber jedem Bürger, so dass entweder alle gleichermaßen in ein System verpflichtet werden oder das Wahlrecht zwischen Systemalternativen allen gleichermaßen offen stehen sollte. Tatsächlich räumt der Gesetzgeber aber einem Bruchteil seiner Bürger ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV ein. Dieses Privileg ist ökonomisch weder mit dem Erwerbsstatus noch mit der Höhe des Arbeitsentgelts zu begründen.

Dabei ist die Idee der Bürgerversicherung nicht mit einer Einheitsversicherung zu verwechseln, denn ein bevölkerungsweites System lässt sich auch mit konkurrierenden Versicherungsanbietern realisieren – übrigens sowohl im Umlage- als auch im Kapitaldeckungsverfahren. Der im politischen Raum verwendete Begriff meint jedoch ausschließlich die Integration der bislang privat versicherten Personen in die GKV.⁵

Inwieweit die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten durch eine Bürgerversicherung entlastet werden kann, hängt davon ab, ob der Beitrag eines bislang privat Versicherten über die gesamte Versicherungslaufzeit betrachtet höher ausfällt als die zu erwartenden Mehrausgaben in der GKV.

- Unterstellt man für privat Krankenversicherte zunächst ein durchschnittliches Ausgabenrisiko, dann würde die GKV entlastet, sobald hinzukommende Gruppen (lebenslang) überdurchschnittlich hohe Beiträge zahlen. Allerdings weisen nicht alle Selbständigen und Beamten ein überdurchschnittlich hohes Einkommen auf. Lediglich bei den privat versicherten Arbeitnehmern darf unterstellt werden, dass die allermeisten zu den Besserverdienenden gehören und in der GKV den Höchstbeitrag zahlen würden.
- Nimmt man umgekehrt durchschnittliche Beitragszahlungen an, dann wird oftmals unterstellt, dass die PKV-Versicherten unterdurchschnittliche Ausgabenrisiken verkörpern. Allerdings ist der einfache Brückenschlag „hohe Einkommen = gute Gesundheit“ statistisch nicht eindeutig. Vielmehr korre-

⁵ Daneben wird diskutiert, welche Einkommensbestandteile der Beitragspflicht unterliegen sollen. Diese Frage ist vor allem verteilungspolitisch motiviert, die Ausgabenentwicklung wird dabei nicht hinterfragt. Weil die Frage der Finanzierung nicht wesensbestimmend für eine Bürgerversicherung ist, wird auf eine Diskussion über die Abgrenzung beitragspflichtiger Einkommen im Weiteren verzichtet.

lieren beide Größen mit dem Bildungsstand. Bereits eine vermehrte Wahl von Teilzeitarbeit kann den Zusammenhang in Frage stellen.

- Selbst bei einem vergleichsweise hohen Finanzierungsbeitrag können Personen mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitsrisiken hinzukommen. Weisen zum Beispiel Beamte eine ungünstigere Altersstruktur auf als der Mitgliederbestand in der GKV, droht der Solidargemeinschaft eine Nettobelastung auch bei ansonsten vergleichbaren altersabhängigen Ausgabenprofilen.
- Während nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder in der PKV gegen Zahlung einer separaten Prämie abgesichert sind, würden diese in der gesetzlichen Solidargemeinschaft beitragsfrei versorgt. Dann müssen deren Ausgaben dem beitragszahlenden Mitglied zugerechnet werden, so dass auch ein beitragsstarkes gesundes Mitglied über längere Zeit zu einer Nettobelastung werden kann.
- Schließlich würde eine Bürgerversicherung nur dann zur Lösung der demografisch bedingten Probleme in der GKV beitragen, wenn die hinzukommenden Erwerbsgruppen bei ansonsten durchschnittlichen Merkmalsausprägungen aktuell und künftig eine günstigere Altersstruktur und ein günstigeres generatives Verhalten aufweisen als die derzeitigen GKV-Versicherten. Dazu liegen jedoch keine eindeutigen empirischen Indizien vor.

Die Vielzahl der Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Bürgerversicherung zu einer Entlastung führt, deuten auf weiteren Forschungs- statt auf eindeutigen Handlungsbedarf. Diese Antwort mag vor dem Hintergrund der angemahnten Ungleichbehandlung enttäuschen. Solange aber die Folgen einer Ausdehnung der GKV-Regeln nicht zweifelsfrei abgeschätzt werden können, erscheint der Preis einer Bürgerversicherung hoch. Denn mit der Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung würde rund ein Zehntel der Bevölkerung in das gesetzliche Umlageverfahren gezwungen, obwohl die PKV-Mitglieder für ihre altersbedingt steigenden Ausgaben eigenverantwortlich vorsorgen, ohne dass diese wie in der GKV systematisch auf die Schultern nachfolgender Generationen überwältigt werden können.

Damit soll der Status quo nicht für sakrosankt erklärt werden. Aber offenkundig taugen weder das derzeitige GKV- noch das PKV-System als Referenz, denn beide Alternativen bergen spezifische Steuerungsdefizite, auch wenn sie jeweils wünschenswerte Eigenschaften aufweisen: Während die GKV eine Diskriminierung nach dem individuellen Risiko vermeidet, unterbindet die kapitalgedeckte PKV eine Verschiebung demografisch bedingter Lasten auf nachfolgende Generationen. Ein bevölkerungsumfassendes System erfordert aber nicht zwingend eine Wahl zwischen den beiden etablierten Alternativen. Viel-

mehr lassen sich die als wünschenswert identifizierten Eigenschaften auch in einem anderen System realisieren, wie die Überlegungen zur „Bürgerprivatversicherung“ verdeutlichen.⁶

Einheitliche Honorarordnung löst kein Problem

Allerdings zeichnet sich für eine ergebnisoffene Diskussion der Systemfrage derzeit keine politische Unterstützung ab. Vielmehr wird als Alternative eine Angleichung der Honorarordnungen für gesetzlich und privat Versicherte diskutiert. Ausgangspunkt sind offenkundige Unterschiede beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung, während qualitative Unterschiede in der medizinischen Versorgung kaum thematisiert werden. Was aber löst diese Ungleichbehandlung aus? Lukrative Honorare für die Versorgung von Privatpatienten mögen eine Erklärung sein. Aber auch die Deckelung von Praxisbudgets im gesetzlichen System mindert den Anreiz, Kapazitäten für die vertragsärztliche Versorgung über das Maß hinaus bereitzustellen, das notwendig ist, um eben dieses Praxisbudget dauerhaft zu sichern. Die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten bei ausgeschöpftem Praxisbudget führt im GKV-System zu sinkenden Grenzerträgen, während eine alternative Versorgung von Privatpatienten die Aussicht auf mindestens konstante Grenzerträge eröffnet. Deshalb ist auch für den Fall einer Angleichung der Honorarregeln nicht auszuschließen, dass Privatpatienten bevorzugt behandelt werden, solange die gesetzliche Versorgung rationiert wird.

Zudem weisen verschiedene Akteure darauf hin, dass sich bei einem einheitlichen Entgeltsystem die Versorgung der gesetzlich Versicherten verteuern könne. Tatsächlich ist zu erwarten, dass die Leistungsanbieter eine Kompensation für den Honorarausfall fordern, der in Höhe der Differenz zwischen gesetzlich und privat abrechenbarem Entgelt auftritt. Für diesen Fall sind zwei Extreme denkbar: Entweder können die Kompensationsforderungen durchgesetzt werden mit dem Ergebnis, dass sich das ohnehin überproportional starke Ausgabenwachstum in der GKV künftig auf einem höheren Kostenniveau fortsetzt. Oder die Forderungen können nicht durchgesetzt werden mit der Folge, dass die Ungleichbehandlung zwar zunächst vermieden werden kann, die Versorgung aber für alle Patienten auf dem ursprünglich beklagten Niveau verharret, weil es an Anreizen mangelt, zusätzliche Behandlungskapazitäten zu erschließen. In keinem Fall wird aber das Ausgabenwachstum gebremst.

⁶ Vgl. Eekhoff, Johann/Bünnagel, Vera/Kochskämper, Susanna/Menzel, Kai (2008), Bürgerprivatversicherung. Ein neuer Weg im Gesundheitswesen, Tübingen

Offen bleibt zudem, ob damit eine „Zwei-Klassen-Medizin“ überhaupt verhindert werden kann. Denn auch bei einer einheitlichen Honorarordnung kann nicht ausgeschlossen werden, dass zahlungswillige und -fähige Patienten auf Angebote jenseits der vertragsärztlichen Versorgung ausweichen – notfalls im Ausland, wie die Erfahrungen im britischen Gesundheitssystem belegen.

Wettbewerb der Versorgungsformen

Zweifellos bleibt die Diskussion um ein ökonomisch rationales Versicherungssystem notwendig. Allerdings wecken die bisherigen Erörterungen Zweifel, ob die Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten zum Ausgangspunkt der Reformüberlegungen gewählt werden sollte, wenn mit einer Bürgerversicherung nach den Regeln der GKV keines der monierten Steuerungs- und Verteilungsprobleme gelöst werden kann. Stattdessen sollten die jeweils spezifischen Steuerungsdefizite von GKV und PKV in den Fokus rücken. Damit stellt sich von neuem die Frage, wie das Ausgabenwachstum in der GKV gebremst werden kann.

Die von Ökonomen häufig zitierte Lösungsformel lautet Wettbewerb. Allerdings löst der Begriff widersprüchliche Reaktionen aus. Auf der einen Seite wird argumentiert, im Gesundheitssystem dürfe es keine Preisunterschiede geben, drohe damit doch erst Recht eine Zwei-Klassen-Medizin. Wettbewerb solle demnach ausschließlich die Qualität zum Gegenstand haben. Theoretisch vermag diese Einschränkung kaum zu überzeugen, wird doch im Kontext der medizinischen Versorgung regelmäßig mit der asymmetrischen Informationsverteilung zulasten des Patienten argumentiert. Wie aber soll ein Patient dann über medizinische Qualitäten urteilen, geschweige denn ohne Zuhilfenahme eines Preissignals, das ihm Informationen über die Qualität und die Ressourcenintensität unterschiedlicher Angebote liefern kann?

Der Einwand, Wettbewerb dürfe nicht über den Preis ausgetragen werden, ist deshalb nur dann nachvollziehbar, wenn man an der Vorstellung festhält, dass die medizinische Versorgung ausschließlich über einkommensbezogene Beiträge finanziert werden könne und diese allein die individuelle Leistungsfähigkeit spiegeln dürfe. Mit anderen Worten würde mit dieser Vorgabe jeder ökonomisch begründete Einwand – egal zu welchen Kosten – dem Diktum der (vermeintlichen) Beitragsgerechtigkeit untergeordnet.

Auf der anderen Seite wird von Seiten der Leistungsanbieter behauptet, sie stünden bereits im Wettbewerb um die Patienten. Aus ökonomischer Perspektive erscheint auch dieser Einwand fragwürdig, weil im Status quo weder die Kosten der Leistungserstellung noch die Zahlungsbereitschaft der Patienten eine Rolle

spielen – beides Parameter, die auf anderen, wettbewerblich verfassten Märkten grundlegend für effizientes Wirtschaften sind. Die Entgelte für vertragsärztliche Leistungen werden stattdessen zentral ausgehandelt und einheitlich vergütet, die Zahlungsbereitschaft des Patienten spielt allenfalls bei der Verordnung von Leistungen jenseits der Regelversorgung eine Rolle. Im Status quo entstehen zudem kaum Anreize, Kostenvorteile in Form von Preisnachlässen an die Krankenkassen oder Versicherten weiterzugeben.

Die ökonomische Logik von Wettbewerb besteht jedoch darin, Leistungserbringer nicht nur anzuleiten, die Versorgung zu möglichst geringen Kosten zu gewährleisten. Vielmehr sollen effizient wirtschaftende Anbieter auch dazu gebracht werden, zumindest einen Teil des erwirtschafteten Kostenvorteils an die Versicherten weiterzureichen. Leistungserbringer werden jedoch nur dann Honorarvereinbarungen akzeptieren, die das Ergebnis kollektiver Verhandlungen unterschreiten, wenn im Gegenzug andere Vorteile überwiegen. Die können zum Beispiel in einer planbaren Zuweisung von Patienten liegen, möglicherweise kombiniert mit einer Aufhebung des Praxisbudgets, um so eine höhere Kapazitätsauslastung zu erreichen – vorausgesetzt, derartige Vereinbarungen dürfen jenseits der kollektiv verhandelten Verträge getroffen werden. Diese würden allerdings auch nur realisiert, wenn die Krankenkassen neben Tarifen mit freier Wahl des Leistungserbringers auch Tarife mit eingeschränkter Wahl anbieten dürfen. Denn erst dann können sowohl die Nachfrage nach medizinischer Versorgung gesteuert als auch Effizienzvorteile exklusiv den kostenbewussten Mitgliedern zugesichert werden. Damit schließlich die Versicherten einer Einschränkung ihrer bislang kostenlos freien Anbieterwahl zustimmen, müssen sie in Form von Beitragsnachlässen an einer effizienten Versorgung partizipieren.

Des Weiteren ist denkbar, dass GKV-Versicherte einen Tarif präferieren, der Leistungen nach den Regeln für Privatpatienten honoriert. Solange die Versorgung im Umfang des gesetzlich definierten Leistungskatalogs in jedem GKV-Tarif zu garantierten Mindestqualitäten gesichert ist, lässt sich nur schwer begründen, warum derartige Differenzierungen unzulässig sein sollen. Tatsächlich wird aber derzeit das Wahlrecht der Versicherten zugunsten einer präferenzgerechten Versorgung dem Diktum der Einheitlichkeit der Versorgung untergeordnet.

Die notwendigen Weichen für mehr Differenzierung lassen sich auch in der derzeitigen GKV stellen. Allerdings setzt das den politischen Willen voraus, sich von einem universellen Gleichheitsideal zu lösen. Der Anspruch auf Gleichbehandlung bliebe mit Blick auf den gesetzlichen Leistungsumfang gewahrt. Darüber hinaus würden gesetzlich Versicherte sogar Wahlfreiheiten gewinnen. Der Preis bestünde darin, Differenzierungen in der Versorgungsform hinzunehmen, jedoch verbunden mit der Chance, Ausgabenentwicklung und medizinische Versorgungsqualität über den Wettbewerb positiv zu beeinflussen.