

*Promotionsvorhaben an der GraSP*

Die Konvergenz von produzierendem Wohlfahrtsstaat und reguliertem Wohlfahrtsmarkt im deutschen Gesundheitswesen

*Sozialpolitische Steuerungsgrenzen und wettbewerbliche Funktionsdefizite*

*regulierter Wohlfahrtsmärkte am Beispiel der Privaten Krankenversicherung*

Name: Roman Böckmann  
Betreuerteam: N.N.

*Abstract:*

Dem Promotionsvorhaben liegt die theoretische Annahme zugrunde, dass sich der klassische „produzierende Wohlfahrtsstaat“<sup>1</sup> in einem tiefgreifenden Transformationsprozess zu einem neuen „regulierten Wohlfahrtsmarkt“<sup>2</sup> befindet. Demzufolge werden sozialstaatliche Aufgaben weniger in der direkten Bereitstellung von Leistungen als in der Steuerung und Koordination wohlfahrtsrelevanter Eigenaktivitäten nicht-staatlicher Systeme gesehen.

---

<sup>1</sup> Unter produzierendem Wohlfahrtsstaat soll ein Arrangement verstanden werden, bei dem der Staat monetäre Transfers und soziale Dienstleistungen selbst bereitstellt oder durch staatsnahe Träger unmittelbar kontrolliert.

<sup>2</sup> Unter regulierten Wohlfahrtsmärkten sollen alle marktförmigen wirtschaftlichen Strukturen verstanden werden, die auf die Produktion und Verteilung von Gütern und Dienstleistungen gerichtet sind, die traditionell unter dem Schutz des Sozialstaates stehen und als Märkte einer sozialpolitischen Regulation unterliegen.

Diese Entwicklung bezeichnet jedoch keine Alternative zwischen zwei reinen Typen, sondern zielt lediglich auf Gewichtsverschiebungen zwischen den beiden Polen. Während in vielen Politikfeldern neue Wohlfahrtsmärkte erst geschaffen und damit Gegenstand sozialwissenschaftlicher Auseinandersetzung werden, weist das deutsche Gesundheitssystem seit jeher eine vergleichsweise enge Verflechtung von produzierender Wohlfahrtsstaatlichkeit und regulierten Märkten auf. Dieses gilt in besonderer Weise für die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung. Betrachtet man die Weiterentwicklung dieser beiden Versicherungszweige in den vergangenen zwei Jahrzehnten, kann man von einer gewissen Konvergenz der Teilsysteme sprechen. Diese Entwicklung manifestiert sich für die GKV in der Einführung von Steuerungselementen, die bisher als typisch für privatwirtschaftlich verfasste Versicherungsmärkte galten<sup>3</sup> sowie in der Implementierung des Marktprozesse nachahmenden Kassenwettbewerbs. Den regulativen Rahmen dieses Wettbewerbs bilden ein gesetzlicher Kontrahierungszwang, ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich und ein einheitlicher Leistungskatalog. Auch die PKV wurde in der Vergangenheit detaillierten sozialstaatlichen Vorgaben durch das Versicherungsaufsichts- und Versicherungsvertragsrecht unterworfen. So definiert der Gesetzgeber z.B. das zu versichernde Risiko, begrenzt Wartezeiten und schließt das ordentliche Kündigungsrecht durch den Versicherer aus. Auch die Prämienberechnung hat nach gesetzlich definierten Grundlagen zu erfolgen und für ältere Versicherte steht ein Standardtarif zur Verfügung, der sich hinsichtlich des Leistungsumfangs und der Prämienberechnung an der GKV orientiert. Trotz gewisser Tendenzen der Harmonisierung bestehen zwischen beiden Teilsystemen jedoch noch immer grundlegende Unterschiede. Sie betreffen im Wesentlichen die Rechtsform, die Art der Finanzierung, die Prinzipien der Beitragsberechnung sowie die unterschiedlichen Formen der Leistungsgewährung und -vergütung. Den für die GKV obligatorischen Kontrahierungszwang mit Risikostrukturausgleich gibt es in der PKV nicht.

Es ist davon auszugehen, dass beide Teilsysteme eine weitere Annäherung auf dem Kontinuum von produzierendem Wohlfahrtsstaat und reguliertem Wohlfahrtsmarkt vollziehen werden, wobei völlig offen ist, ob und gegebenenfalls an welchem Punkt diese sich treffen werden. Grundsätzlich wird die Attraktivität einer Weiterentwicklung in Richtung regulierter Wohlfahrtsmärkte in der Chance gesehen, Gesundheitspolitik nicht mehr nur als reine Kostendämpfungspolitik zu betreiben, Wahlmöglichkeiten zu stärken sowie Innovations- und Beschäftigungspotenziale des dienstleistungsintensiven Gesundheitssektors freizuset-

---

<sup>3</sup> Zu nennen sind hier vor allem Bonusprogramme, Zusatzversicherungen, Zuzahlungen, Selbstbehalttarife und Kostenerstattung für freiwillig Versicherte etc.

zen. Über den Umweg des europäischen Wettbewerbsrechts könnte zudem eine wettbewerbliche Transformation der Sozialpolitik in Richtung einer europäischen Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme vorangetrieben werden. Bevor jedoch diese Umstrukturierung forciert wird, sollten soziale Sicherungsziele ebenso reflektiert werden wie die sozialstaatliche Steuerungsfähigkeit und die Funktionsfähigkeit dieser Wohlfahrtsmärkte. Während sich die soziologisch-politikwissenschaftliche Wohlfahrtsstaatsanalyse zumeist auf den Transformationsprozess innerhalb der GKV, also auf Veränderungen des eher produzierenden Wohlfahrtsstaats bezieht, sollen in diesem Vorhaben vor allem sozialpolitische Steuerungsgrenzen und wettbewerbliche Funktionsdefizite des bereits existierenden regulierten Wohlfahrtsmarkts PKV untersucht werden. Es ergeben sich folgende anschlussfähige Fragestellungen:

- Welches sind die sozialen Sicherungsziele, die erreicht werden sollen? Lassen sich Bedingungen formulieren, unter denen Wettbewerb und Markt geeignet erscheinen, eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten? Unter welchen Voraussetzungen ergeben sich wettbewerbliche Funktions- und damit Legitimationsdefizite?
- Inwieweit ergeben sich auf privatwirtschaftlich verfassten Krankenversicherungsmärkten sozialstaatliche Steuerungsgrenzen? Welche Rolle spielen dabei die rechtlichen Rahmenvorgaben der Europäischen Union?
- Wie kann Sozialpolitik diesen Wohlfahrtsmarkt so regulieren, dass die aus Marktprozessen generell resultierenden Risiken (Konkurs, unlauterer Wettbewerb, Konzentrationsbewegungen, Risikoselektion, Qualitätsverschlechterungen) reduziert werden können?