

Klaus Jacobs · Jürgen Klauber · Johannes Leinert



Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?

Analysen zur gesetzlichen und privaten
Krankenversicherung

Wissenschaftliches Institut der AOK

Klaus Jacobs · Jürgen Klauber · Johannes Leinert

Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?

Analysen zur gesetzlichen und privaten
Krankenversicherung

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
und keine Meinungsäußerung des AOK-Bundes-
verbandes.

Klaus Jacobs, Jürgen Klauber, Johannes Leinert
(Hrsg.)

Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?
Analysen zur gesetzlichen und privaten
Krankenversicherung

Mit Beiträgen von:
Hendrik Dräther, Markus M. Grabka, Klaus Jacobs,
Johannes Leinert, Wolfgang Schuldzinski,
Sabine Schulze, Stephanie Sehlen, Klaus Zok

Bonn 2006, 1. Auflage
ISBN 3-922093-41-8
EAN 978-3-922093-41-1

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn

Grafik und Satz: Ursula M. Mielke
Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann,
Miriam M. Höltgen
Umschlagsgestaltung: Désirée Gensrich

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und
Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen
des Werkes, bedürfen der ausdrücklichen Geneh-
migung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK
(WIdO).

Internet: <http://www.wido.de/>

Inhalt

Vorwort	7
1 Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland..	11
Klaus Jacobs und Sabine Schulze	
1.1 Die gesundheitspolitische Debatte.....	11
1.2 Zum Status quo des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV.....	14
1.2.1 Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten.....	14
1.2.2 Eingeschränkte Wettbewerbsinhalte.....	17
1.3 Geplante Reformmaßnahmen	19
1.3.1 Weitere Einschränkung der Wahlmöglichkeiten	20
1.3.2 Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern.....	20
1.3.3 Portabilität der Alterungsrückstellungen	22
1.3.4 Basistarif mit Kontrahierungszwang	24
1.4 Fazit und Ausblick.....	26
1.5 Literatur	28
2 Einkommenselektion und ihre Folgen	31
Johannes Leinert	
2.1 Einkommensunterschiede	31
2.2 Folgen für das Gesundheitswesen	33
2.3 Beitragsaufkommen	36
2.4 Leistungsausgaben.....	42
2.5 Saldo	45
2.6 Fazit	47
2.7 Literatur	48

3	Zur Bedeutung der Familienversicherung	49
	Hendrik Dräther	
3.1	Die Anreizwirkungen der Familienversicherung der GKV	49
3.2	Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte in der GKV.....	52
3.3	Vergleich von PKV- und GKV-Versicherten.....	54
3.4	Fazit: Die „solidarischen“ und „unsolidarischen“ Wirkungen der Familienversicherung.....	62
3.5	Literatur	65
4	Morbidität als Selektionskriterium.....	67
	Johannes Leinert	
4.1	Vorgehensweise	68
4.2	Ergebnisse.....	71
4.3	Zusammenfassung	75
4.4	Literatur	76
5	Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zur Leistungs- und Ausgabensteuerung.....	77
	Stephanie Schlen	
5.1	Die Ausgangslage: Gegenwärtige Leistungs- und Ausgabensteuerung der PKV.....	78
5.1.1	Steuerungsinstrumente eines Gesundheitsmanagements – ein Überblick über das theoretisch Mögliche.....	78
5.1.1.1	Gestaltung der Versicherungsverträge.....	78
5.1.1.2	Gestaltung der Vergütung der Leistungserbringer	80
5.1.1.3	Selektive Kooperation mit Leistungserbringern	82
5.1.2	Fehlender Einsatz von Steuerungsinstrumenten in der PKV.....	83
5.1.2.1	Gestaltung der Versicherungsverträge.....	84
5.1.2.2	Gestaltung der Vergütung der Leistungserbringer	87

5.1.2.3	Selektive Kooperation mit Leistungserbringern	88
5.2	Novellierung des Versicherungsvertragsrechts und der GOÄ zukunftsweisend?.....	91
5.3	Ein effizientes Gesundheitsmanagement erfordert einen funktionalen Wettbewerbsrahmen	94
5.3.1	Wettbewerbsmängel in der PKV im Status quo	94
5.3.2	Übertragung der Alterungsrückstellung beim Unternehmens- wechsel in der PKV – und beim Wechsel zwischen GKV und PKV	98
5.4	Literatur	100
6	Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP	103
	Markus M. Grabka	
6.1	Motivation.....	103
6.2	Das Kalkulationsprinzip in der PKV.....	104
6.3	Datenbasis.....	106
6.4	Zahl der Versicherten und Prämienaufkommen.....	108
6.5	Prämienentwicklung von Männern und Frauen in der PKV	108
6.6	Prämienentwicklung nach Alter der Versicherten	110
6.7	Prämienentwicklung im Längsschnitt.....	111
6.8	Umfang der Selbstbeteiligung.....	113
6.9	Versicherte mit Prämien oberhalb des Höchstbeitrags der GKV...	115
6.10	Ein Vergleich zur GKV	115
6.11	Ursachen des Prämienanstiegs in der PKV.....	118
6.12	Fazit	119
6.13	Literatur	120

7	Chancen und Risiken für Versicherte in der PKV – Fallbeispiele.....	123
	Wolfgang Schuldzinski	
7.1	Fall 1: keine vollständige Versicherung nach Wegfall der Beihilfe.....	124
7.2	Fall 2: Anbieterwechsel in der PKV faktisch unmöglich	125
7.3	Fall 3: Vorteil für Selbstständige mit wenig Einkommen	127
7.4	Fall 4: Risiken bei nicht vorhersehbarer Einkommens- und Familiensituation	128
7.5	Fall 5: schwierig zu bewerten: Die Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV.....	130
7.6	Fazit	133
7.7	Literatur	134
8	Einstellungen der Bevölkerung	135
	Klaus Zok	
8.1	Einleitung	135
8.2	Einschätzung und Erwartung.....	136
8.3	Systemmerkmale der GKV.....	141
8.4	Systemmerkmale der PKV	147
8.5	Einstellungen zu Reformoptionen	151
8.6	Fazit	155
8.7	Literatur	156
	Abkürzungen	157
	Autoren.....	159

Vorwort

Ein „fairer Wettbewerb“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist erklärtes politisches Ziel, das sich die Bundesregierung laut Koalitionsvertrag auf die Fahnen geschrieben hat. Wie genau ein solcher Wettbewerb ausgestaltet sein soll, wurde in der darauf folgenden öffentlichen Diskussion um die Gesundheitsreform kontrovers diskutiert – nicht immer mit Argumenten, die einer logischen oder empirischen Überprüfung standhalten. Dies war der Ausgangspunkt für das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), das Spannungsfeld zwischen GKV und PKV im Rahmen dieses Sammelbandes näher zu beleuchten.

Im einleitenden ersten Kapitel analysieren **Klaus Jacobs** und **Sabine Schulze** aus ordnungspolitischer Sicht das Nebeneinander von GKV und PKV unter sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Entsprechende Reformvorschläge werden daraufhin untersucht, ob sie geeignet sind, einen „fairen Wettbewerb“ zwischen den Systemen zu fördern.

Da sich zeigt, dass der „Wettbewerb“ zwischen GKV und PKV keineswegs in erster Linie auf Qualität und Effizienz gerichtet ist, sondern dabei insbesondere auch Anreize zu einer Risikoselektion zu Gunsten der PKV bestehen, wird in den folgenden Kapiteln untersucht, ob und in welchem Ausmaß sich diese Selektionsanreize in unterschiedlichen Versichertenstrukturen von GKV und PKV niederschlagen.

Im zweiten Kapitel untersucht **Johannes Leinert**, ob und in welchem Umfang sich eine Selektion nach Einkommen zwischen GKV und PKV beobachten lässt und welche Auswirkungen sich daraus für die Finanzierung des Gesundheitswesens ergeben. **Hendrik Dräther** geht im dritten Kapitel der Frage nach, inwiefern sich die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung Familienangehöriger in unterschiedlichen Familienstrukturen der Versicherten von GKV und PKV niederschlägt, und diskutiert Reformvorschläge zur Familienversicherung. Im vierten Kapitel analysiert **Johannes Leinert**, ob sich zwischen GKV und PKV eine Selektion nach Morbidität und als Folge davon nach Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beobachten lässt.

Im fünften Kapitel beschäftigt sich **Stephanie Sehlen** mit den Steuerungsmöglichkeiten, die der PKV im Gegensatz zur GKV zur Verfügung stehen. Dabei wird deutlich, dass die PKV vergleichsweise wenig Möglichkeiten hat, die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zu beeinflussen. Im sechsten Kapitel wird dieser Aspekt vertieft: **Markus M. Grabka** vergleicht in einer empirischen Analyse den Prämienzuwachs in der PKV mit dem Beitragsanstieg in der GKV. Für Versicherte, die sich zwischen GKV und PKV entscheiden können, stellt die Prämien- bzw. Beitragshöhe jedoch nur ein Entscheidungskriterium von mehreren dar. Im siebten Kapitel beleuchtet daher **Wolfgang Schuldzinski** Chancen und Risiken einer Versicherung in der PKV in verschiedenen Lebenssituationen. Dazu werden Fallbeispiele aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen herangezogen.

Im abschließenden achten Kapitel stellt **Klaus Zok** die Einstellungen der Versicherten zum Gesundheitssystem dar. Dabei untersucht er zunächst, ob sich die Einschätzung des Gesundheitswesens zwischen GKV- und PKV-Versicherten unterscheidet, ehe er darauf eingeht, wie

die grundlegenden Charakteristika von GKV und PKV von den Versicherten beurteilt werden.

Wir danken allen im WIdO, die uns bei der Fertigstellung des Buches tatkräftig unterstützt haben. Dabei gebührt der Dank insbesondere **Susanne Sollmann** und **Miriam-M. Höltgen** für die redaktionelle Bearbeitung, **Ursula M. Mielke** für die Erstellung des Layouts und der Grafiken sowie **Hans-Peter Metzger** für seine organisatorische Unterstützung.

Bonn, im September 2006

Klaus Jacobs

Jürgen Klauber

Johannes Leinert

1 Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland

Klaus Jacobs und Sabine Schulze

1.1 Die gesundheitspolitische Debatte

Lange Zeit konzentrierte sich die gesundheitspolitische Reformdebatte in Deutschland fast ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der die große Mehrheit der Wohnbevölkerung versichert ist. Die private Krankenversicherung (PKV) war hiervon bestenfalls indirekt betroffen – insbesondere immer dann, wenn es um die Heraufsetzung der Pflichtversicherungsgrenze für Arbeitnehmer ging, um der Abwanderung einkommensstarker Versicherter aus der GKV und der damit verbundenen Erosion ihrer Finanzierungsgrundlagen zumindest ein Stück entgegenzuwirken¹. Dabei wurden jedoch in aller Regel weder die Existenz der PKV als substitutive Krankenvollversicherung noch ihr Geschäftsmodell grundsätzlich in Frage gestellt.

¹ Das Gesetz, durch das zuletzt eine Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze erfolgte – mit Wirkung zum 1.1.2003 –, hieß bezeichnenderweise Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG).

Dies änderte sich im Prinzip erst, als unübersehbar wurde, dass die anhaltenden Beitragssatzsteigerungen in der GKV – und die damit automatisch einhergehenden Zuwächse der Arbeitskosten – in erster Linie Ausdruck eines strukturellen Einnahmenproblems waren und keineswegs Resultat übermäßiger Ausgabenzuwächse („Kostenexplosion“), denen mit einer fortgesetzten Kostendämpfungspolitik wirksam hätte begegnet werden können. Folgerichtig rückte die GKV-Finanzierungsreform ins Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte und mit ihr zugleich die grundsätzliche Frage nach der Zukunft des Nebeneinanders von GKV und PKV.

Dabei ging es in der politischen Auseinandersetzung zumeist vor allem um die Stabilisierung der GKV-Finzen durch eine gerechtere Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes, womit zugleich – in Form niedrigerer Beitragssätze und damit „Lohnnebenkosten“ – positive Arbeitsmarktwirkungen verbunden wurden. Dagegen spielten in der wissenschaftlichen Debatte neben Aspekten der Stabilisierung und Distribution immer auch allokativen Überlegungen zur zweckmäßigen Ausgestaltung eines wettbewerblichen Krankenversicherungsmarktes eine zentrale Rolle, und zwar basierend auf der Erkenntnis, „dass sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist“ (SVR-W 2004, TZ. 494). Entsprechend gibt es in praktisch keinem der von Ökonomen vorgelegten Reformkonzepte – so sehr sich diese in sonstigen Gestaltungselementen voneinander unterscheiden – einen ge-

spaltenen Krankenversicherungsmarkt mit zwei unterschiedlich konstruierten Versicherungssystemen nebeneinander².

Die Große Koalition hat nunmehr beschlossen³, die bislang gültige Logik der Debatte auf den Kopf zu stellen. So hat sie sich von der bisherigen Priorität des Ziels einer Stabilisierung der GKV-Finanzierungsgrundlagen durch eine – wie auch immer konkret ausgestaltete – Verbreiterung der Einnahmehasis verabschiedet, indem sie bei der Beitragsfinanzierung der GKV praktisch alles beim Alten lassen will: Dieselben Personen wie bisher (und ihre Arbeitgeber bzw. die gesetzliche Rentenversicherung) entrichten Beiträge auf der Grundlage derselben beitragspflichtigen Einkommen wie bisher.

Mit der geplanten Gesundheitsreform wird nunmehr – zumindest rhetorisch – vor allem das Ziel einer Forcierung des Wettbewerbs unter den Krankenversicherungen verfolgt, was im Ergebnis zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führen soll. Dazu orientiert sich die Koalition aber nicht etwa an der ökonomischen Erkenntnis, dass ein segmentierter Markt produktivem Wettbewerb tendenziell eher entgegensteht; vielmehr verspricht sie sich gerade umgekehrt positive Wettbewerbswirkungen aus dem Fortbestand der bestehenden Marktsegmentierung: „Das plurale System des deutschen Gesundheitswesens soll im Sinne eines fairen Wettbewerbs

² Exemplarisch seien hier genannt die Bürgerversicherung der Rürup-Kommission (2003), die Bürgerpauschale des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (*SVR-W 2004*), das Bayreuther Versichertenmodell (*Oberender/Zerth 2003*) oder das Züricher Modell (*Zweifel/Breuer 2002*); vgl. die synoptische Übersicht in *Jacobs 2006*.

³ Grundlage dieser Ausführungen sind die am 4. Juli 2006 von den Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD vorgelegten „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“.

zwischen den privaten Krankenversicherungen (PKV) und den gesetzlichen Krankenkassen erhalten bleiben“ (*CDU/CSU/SPD 2006, 23*). Reformen betreffen folglich die Wettbewerbsbedingungen innerhalb der beiden Marktsegmente sowie an ihrer Schnittstelle im sog. „Systemwettbewerb“.

Dies ist Grund genug, die Wettbewerbssituation zwischen GKV und PKV im Folgenden näher zu untersuchen. Dazu erfolgt zunächst ein Blick auf den Status quo, ehe anschließend auf die von der Großen Koalition in Auge gefassten Reformmaßnahmen eingegangen wird.

1.2 Zum Status quo des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV⁴

1.2.1 Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten

Wettbewerb ist in der Regel die Folge von Wahlmöglichkeiten. Wer über Wahloptionen verfügt, wird auf einem wettbewerblichen Markt von den Anbietern mit möglichst präferenzgerechten Angeboten umworben. Was individuelle Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV angeht, muss Deutschland allerdings als Klassengesellschaft bezeichnet werden, denn rund drei Viertel der gesamten Wohnbevölkerung besitzen kein entsprechendes Wahlrecht, weil sie in der GKV pflichtversichert oder als Familienangehörige von Pflichtmitgliedern mitversichert sind. Um diese Versicherten wird somit von vornherein kein direkter Wettbewerb geführt.

⁴ Vergleiche hierzu auch *Jacobs/Schulze 2004*.

Individuelle Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV haben ausschließlich jene, für die aufgrund ihrer beruflichen Stellung generell keine GKV-Versicherungspflicht besteht (im Wesentlichen Beamte und Selbstständige – 2005 laut Mikrozensus rund 2,2 bzw. 4,1 Millionen Personen) bzw. die als Arbeitnehmer ein regelmäßiges Bruttoentgelt von monatlich mehr als 3.900 Euro beziehen (rund 4 Millionen Personen auf der Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels).

Doch auch bei diesen Personen sind die realen Wechselmöglichkeiten zwischen GKV und PKV faktisch deutlich eingeschränkt. Dies gilt grundsätzlich zunächst für alle beihilfeberechtigten Beamten und deren Familienangehörige; für sie wäre eine rechtlich zulässige GKV-Versicherung in der Regel ökonomisch absolut unattraktiv, weil sie den vollständigen Beitragssatz (Versicherten- und Arbeitgeberanteil) allein entrichten müssten, obwohl sie gegenüber ihrem Dienstherrn Beihilfeansprüche für sich und ihre Angehörigen haben, die mindestens 50 % der Leistungsausgaben ausmachen, und zudem im Fall von Arbeitsunfähigkeit keine Befristung der Fortzahlung ihrer Dienstbezüge kennen.

Aber auch bei sonstigen GKV-Versicherten gibt es faktisch erhebliche Einschränkungen der individuellen Wahlrechte in Richtung PKV. Weil in der PKV risikoäquivalente Beiträge kalkuliert werden und das Anwartschaftsdeckungsverfahren („Kapitaldeckung“) gilt, sind für die PKV-Unternehmen zunächst im Prinzip alle wahlberechtigten Personen als Kunden interessant. Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko können Prämienzuschläge und/oder Leistungsausschlüsse abverlangt werden, um es für die privaten Versicherer betriebswirtschaftlich attraktiv zu gestalten, solche Risiken zu versichern. Die PKV kann aber auch direkte Risikoselektion betreiben, weil sie im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen keinem Kontrahie-

rungszwang unterworfen ist. Die Versicherung kann es ablehnen, Personen mit besonders ausgabenintensiven Vorerkrankungen (zum Beispiel HIV/AIDS) oder unklaren Krankheitsbildern aufzunehmen, denen auch durch erhöhte Risikozuschläge nicht hinreichend begegnet werden kann. Auch für Familienangehörige wird in der PKV jeweils ein eigener Beitrag nach dem individuellen Krankheitsrisiko erhoben. Für Ältere gilt zudem, dass sie bei einem Wechsel zur PKV nicht nur aufgrund ihres oft höheren Krankheitsrisikos mit Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen rechnen müssen, sondern angesichts nicht vorhandener Altersrückstellungen generell deutlich höhere Beiträge zu leisten haben.

Aus Sicht vieler wahlberechtigter Versicherter machen diese spezifischen Modalitäten der Beitragskalkulation in der PKV einen Wechsel faktisch unmöglich, weil sie die Höhe der zu zahlenden PKV-Beiträge im Vergleich zum GKV-Beitrag als zu große Hürde empfinden. Dies gilt trotz eines hohen Erwerbseinkommens generell ab einem bestimmten Lebensalter und bei Personen mit – aktuell oder „geplant“ – mehreren nichterwerbstätigen Familienangehörigen sowie immer dann, wenn relevante Vorerkrankungen vorliegen. Für diese Personen kommt in der Regel nur eine Versicherung in der GKV in Frage, in der es aufgrund des Solidarprinzips keine Beitragsdifferenzierung nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand gibt und nichterwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei mitversichert sind.

Eine zentrale Funktionsbedingung für Wettbewerb – für „fairen Wettbewerb“ allemal –, nämlich die Möglichkeit der individuellen Wahl, ist folglich in Bezug auf die Wahl zwischen GKV und PKV nur für eine relativ kleine Gruppe gegeben. Drei Viertel der Bevölkerung sind als GKV-Pflichtversicherte und deren Angehörige von vornherein ausgeschlossen, aber auch für den Großteil derjenigen, die rein recht-

lich mit einem entsprechenden Wahlprivileg ausgestattet sind, stehen einer tatsächlichen Wahlmöglichkeit faktisch unüberwindliche Hindernisse entgegen: Beamten in Richtung GKV sowie Älteren, Kinderreichen und Kranken in Richtung PKV.

Hinzu kommt aber noch eine weitere gravierende Einschränkung der für einen „echten“ Wettbewerb wesentlichen Wahloptionen: Wechsel sind in der Regel nur in einer Richtung möglich, nämlich in Richtung PKV. Wechsel von der PKV zurück zur GKV können praktisch nur dann vollzogen werden, wenn wieder ein Tatbestand für die Begründung einer Versicherungspflicht vorliegt, bestimmte Vorversicherungsbedingungen erfüllt sind und der Versicherte das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Somit besteht Wettbewerb zwischen GKV und PKV heute allein in der Form, dass die PKV versucht, möglichst viele der faktisch Wahlfähigen unter den freiwilligen GKV-Versicherten für sich zu gewinnen, während die GKV umgekehrt versucht, diese Versicherten zu halten. Versicherte von der PKV abzuwerben ist der GKV grundsätzlich nicht möglich.

1.2.2 Eingeschränkte Wettbewerbsinhalte

Schon die Identifizierung der vergleichsweise kleinen Gruppe der „faktisch Wahlfähigen“ hat gezeigt, dass die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV letztlich vor allem davon abhängt, ob der Verbleib im solidarisch finanzierten System der GKV in einer individuellen Kosten/Nutzen-Abwägung als vorteilhaft eingeschätzt wird oder nicht. Ein Wechsel zur PKV lohnt sich insbesondere für junge und gesunde Versicherte, die nur wenige mitzuversichernde Familienangehörige haben bzw. erwarten: Sie zahlen einen vergleichsweise günstigen Beitrag in der PKV und werden zugleich von der Beteili-

gung an der solidarischen Finanzierung der GKV befreit (Ausgleich nach Einkommen, Alter und Geschlecht, Familienlast und Ex-ante-Morbidität), bei der sie „Netto-Zahler“ wären. Die Abwanderung dieser Versicherten in die PKV führt im Ergebnis zu einer Aushöhlung des Solidarprinzips und hinsichtlich der Ausgabenrisiken der Versicherten zu einer adversen Selektion (Risikoentmischung) zu Lasten der GKV.

Damit ist der Wettbewerb mit der GKV für die PKV fast ein „Selbstläufer“. Während in der GKV flankierend zur freien Kassenwahl der Risikostrukturausgleich eingeführt wurde – nicht Risikoselektion soll sich im Wettbewerb lohnen, sondern allein mehr Effizienz- und Präferenzorientierung des Kassenhandelns –, wird der Wettbewerb zwischen GKV und PKV maßgeblich durch die Realisierung von Selektionsvorteilen zu Gunsten der PKV bestimmt. Dabei kann die GKV allenfalls versuchen, das Ausmaß des Selektionsprozesses ein Stück zu vermindern. Instrumente der vertragsbasierten Versorgungssteuerung (Stichworte: integrierte Versorgung, Hausarztmodelle, Disease-Management-Programme für chronisch Kranke usw.) helfen dabei jedoch nur wenig, weil sich die potenziellen Abwanderer in Richtung PKV – vorrangig Junge und Gesunde – hierfür kaum interessieren dürften.

Deshalb ist die GKV weitgehend darauf angewiesen, im Wettbewerb mit der PKV auf den Einsatz von Tarifinstrumenten zu setzen (etwa Bonuszahlungen, Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr), die von ihrer Herkunft und Ausrichtung viel eher dem „klassischen“ Instrumentarium der PKV entsprechen. Weil vor allem Gesunde diese Tarife wählen dürften, wird es wahrscheinlich innerhalb der GKV zu einer partiellen Entsolidarisierung aufgrund von Mitnahmeeffekten kommen. Doch wird per saldo erhofft, dass der GKV auf diese Weise wenigstens noch

ein Teil des Solidarbeitrags erhalten bleibt, der bei einem Wechsel dieser Versicherten zur PKV vollständig verloren ginge.

Letztlich müssen die gesetzlichen Kassen somit vor allem versuchen, abwanderungsgefährdeten Versicherten den Verbleib in der Solidargemeinschaft dadurch schmackhaft zu machen, dass sie – im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten – selbst in gewisser Weise „PKV spielen“ und die „Solidarlast“ der Betroffenen durch entsprechende Tarifangebote wenigstens ein Stück weit reduzieren. Dass ein solcher Wettbewerb – nicht zuletzt auch gegenüber der großen Zahl an GKV-Versicherten, die von vornherein über kein eigenes Wahlrecht verfügen – kaum als „fair“ bezeichnet werden kann, ist offenkundig. Ebenso, dass er keinerlei Beitrag zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung leistet, sondern das Engagement der Kassen von entsprechenden Aktivitäten eher ablenkt.

1.3 Geplante Reformmaßnahmen⁵

Einige der in den Eckpunkten der Koalitionsparteien vorgesehenen Reformmaßnahmen betreffen unmittelbar den wettbewerblichen Status quo an der Schnittstelle von GKV und PKV.

⁵ Da der Deutsche Bundestag zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Beitrags noch kein Reformgesetz verabschiedet hat, müssen die folgenden Ausführungen zwangsläufig unter dem Vorbehalt der Vorläufigkeit stehen.

1.3.1 Weitere Einschränkung der Wahlmöglichkeiten

Zunächst gibt es eine gewisse Einschränkung der Wechselmöglichkeit von freiwillig GKV-versicherten Arbeitnehmern zur PKV, weil als Voraussetzung für einen solchen Wechsel ab sofort gilt, dass die Pflichtversicherungsgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten sein muss. Damit wird die Zahl der Wahlberechtigten gegenüber heute noch einmal eingeschränkt. Dies mindert zwar die problematischen Selektionswirkungen an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV ein Stück, hat aber mit Wettbewerb als Ausdruck von möglichst umfassenden Wahlrechten wenig zu tun. Im Grunde ist diese Maßnahme somit ein Eingeständnis, dass es derzeit keine Funktionsbedingungen für „fairen Wettbewerb“ gibt.

1.3.2 Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern

Die zweite geplante Reformmaßnahme, die hier betrachtet werden soll, scheint zunächst allein die künftige Ausgestaltung der GKV-Finanzierung zu betreffen. Dabei geht es um den geplanten Gesundheitsfonds, in den – neben Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder und ihrer Arbeitgeber – künftig auch Steuermittel fließen sollen, und zwar zur „Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern)* (CDU/CSU/SPD 2006, 22). Obwohl die Große Koalition hierfür zunächst nur Finanzmittel in ausgesprochen bescheidenem Umfang in Aussicht gestellt hat – 2008 sollen 1,5 Mrd. Euro und 2009 3,0 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt bereitgestellt werden –, hat sich bereits Streit darüber entzündet, ob die steuerliche Unterstützung der Krankenversicherung von Kindern allein GKV-Versicherten zu Gute kommen soll

bzw. ob dies (verfassungs-)rechtlich überhaupt zulässig ist. Sollten auch privat versicherte Kinder (bzw. deren Eltern) von steuerfinanzierten Unterstützungszahlungen profitieren, hätte dies unmittelbare Auswirkungen auf das Wettbewerbsverhältnis zwischen GKV und PKV, weil die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern derzeit für zahlreiche wechselberechtigte GKV-Mitglieder einen entscheidenden Grund darstellt, von ihrem Wahlrecht keinen Gebrauch zu machen (*siehe Kapitel 3*). Dieser aktuelle GKV-Vorteil könnte nicht nur einfach entfallen, sondern sich sogar – je nach Ausgestaltung – in einen Nachteil wenden, wenn nämlich vom Steuerzuschuss für die Krankenversicherung gesetzlich versicherter Kinder alle GKV-Beitragszahler im Rahmen des allgemeinen Beitragssatzes profitieren würden, ein Prämienzuschuss für privat versicherte Kinder dagegen allein deren beitragszahlenden Eltern zugute käme.

Unabhängig davon, wie diese konkrete Frage gelöst wird, verweist sie auf ein grundsätzliches Problem. Wenn einzelne Solidaraufgaben aus der GKV aus der Beitragsfinanzierung herausgelöst und – ganz oder zumindest teilweise – in Zukunft steuerfinanziert werden sollen, könnte auch bei den privat Versicherten ein entsprechender Anspruch entstehen. Dies könnte man im Sinne eines „fairen Wettbewerbs“ grundsätzlich begrüßen, wenn davon alle Solidaraufgaben betroffen wären. Schließlich hat die Darstellung des wettbewerblichen Status quo gezeigt, dass die Ausübung des individuellen Wahlrechts zwischen GKV und PKV maßgeblich unter individuellen Kosten/Nutzen-Erwägungen hinsichtlich des Ausscheidens oder Verbleibens in der Solidargemeinschaft GKV erfolgt. Das Beispiel der Krankenversicherung der Kinder zeigt jedoch, dass bei partiellen Änderungen am bestehenden Finanzierungsgefüge nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich die wettbewerbliche Schieflage sogar noch weiter zu Ungunsten der GKV verschlechtert.

1.3.3 Portabilität der Alterungsrückstellungen

Die dritte geplante Reformmaßnahme im hier behandelten Kontext ist die vorgesehene gesetzliche Regelung zur Portabilität von individuellen Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel innerhalb der PKV bzw. bei einem Wechsel von der PKV zur GKV, und zwar für den Alt- wie den Neubestand von PKV-Versicherten. Die bislang fehlende Möglichkeit, Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens mitnehmen zu können, hat im Ergebnis dazu geführt, den Wettbewerb innerhalb der PKV um Bestandsversicherte faktisch auszuschalten.

Dieses gravierende Wettbewerbsmanko ist schon seit langer Zeit beklagt worden – zuletzt etwa nachdrücklich von der im Auftrag des Bundesjustizministeriums tätigen Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts. Der Bericht dieser Kommission macht allerdings deutlich, dass es keineswegs einfach sein wird, die politische Absichtserklärung zu realisieren, individuelle Alterungsrückstellungen portabel zu gestalten: „Ein wirklich freier PKV-Wechsel (...) würde einerseits (...) einen uneingeschränkten Kontrahierungszwang sowie andererseits die Nichtberücksichtigung des inzwischen höheren Eintrittsalters bei der Beitragsbemessung zum Wechselzeitpunkt voraussetzen. Kontrahierungszwang ohne Risikodifferenzierung setzt gleichzeitig einen gesetzlich festgelegten und damit brancheneinheitlichen Versicherungsschutzumfang voraus (...). Gleichzeitig kann ein unternehmensübergreifendes Schadensausgleichssystem erforderlich sein“ (*VVG-Kommission 2004, 154 f.*).

Von besonderem Interesse für das Wettbewerbsverhältnis zwischen GKV und PKV ist die Absichtserklärung der Koalitionsparteien, die Alterungsrückstellungen auch bei einem Wechsel von der PKV zur

GKV mitgeben zu wollen. Wie oben ausgeführt, besteht ein „reguläres“ Wahlrecht zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen zunächst nur in Richtung PKV. Getreu dem Grundsatz „einmal PKV, immer PKV“ sind die Wechselmöglichkeiten in umgekehrter Richtung in der Vergangenheit ständig weiter verringert worden. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass Versicherte, die sich einmal – in aller Regel jung, gesund und einkommensstark – für einen Ausstieg aus der Solidargemeinschaft entschieden haben, diese auch nicht in Anspruch nehmen sollen, wenn sie ihre Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt – inzwischen alt und ggf. krank und einkommenschwach – einmal bereuen sollten und gern ungeschehen machen würden. Aber auch ohne „reguläres“ Wahlrecht in Richtung GKV wechseln jährlich rd. 150.000 Versicherte von der PKV zur GKV, bei denen (wieder) ein Tatbestand für die Begründung einer Versicherungspflicht vorliegt und das 55. Lebensjahr noch nicht überschritten ist.

Die Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei einer Rückkehr von der PKV zur GKV stellt in gewisser Weise eine Kompensation für nicht geleistete Solidarbeiträge zum Ausgleich des altersspezifischen Ausgabenrisikos dar („Junge für Alte“). Aber was ist mit den anderen Solidarbeiträgen, die während der Versicherungszeit in der PKV nicht in der GKV geleistet wurden, z. B. dem Beitrag zum Einkommensausgleich? Diese Frage soll hier vor allem darauf verweisen, dass die geplante Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei einem – „regulär“ gar nicht vorgesehenen – Wechsel von der PKV zur GKV vermutlich nur einen Teil der entgangenen Solidarbeiträge kompensiert. Das ist gewiss besser als nichts, aber von einer umfassenden Lösung weit entfernt, die bei einem vollständigen beiderseitigen Wechselrecht erforderlich wäre, wie man es mit dem Anspruch auf „fairen Wettbewerb“ normalerweise verbinden würde.

1.3.4 Basistarif mit Kontrahierungszwang

Die vierte und letzte hier angesprochene Reformmaßnahme betrifft die vorgesehene Verpflichtung der PKV, einen Basistarif für alle freiwilligen GKV-Versicherten anzubieten. Für diesen Tarif, der den Leistungsumfang der GKV umfasst, besteht Kontrahierungszwang ohne individuellen Risikozuschlag und Leistungsausschluss; die Prämien sollen „bezahlbar“ sein und Alterungsrückstellungen gebildet werden. Erklärtes Ziel ist es, „die PKV bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken zu verpflichten“ (*CDU/CSU/SPD 2006, 24*).

Diese Regelung bedeutet – sofern sie konsequent umgesetzt wird – einen spürbaren Einschnitt in das Kalkulationsgebaren der PKV. Der Basistarif unterscheidet sich vom bisherigen Standardtarif für Rentner, der sich an bereits in der PKV versicherte Personen richtet und bislang kaum nennenswert in Anspruch genommen wurde – vermutlich vor allem, weil er zumeist mit Einschränkungen im versicherten Leistungsspektrum verbunden ist, wozu insbesondere bei Kranken kaum Bereitschaft besteht. Der Basistarif soll nunmehr auch „kranken“ freiwillig Versicherten der GKV angeboten werden müssen, also solchen Versicherten, die bislang von ihrem Wahlrecht keinen Gebrauch gemacht haben, weil sie von der PKV entweder gar nicht oder nur mit hohen Risikozuschlägen versichert worden wären. Wenn dieser Tarif überhaupt merkliche Nachfrage erfahren sollte, könnte er geradezu zu einem „Sammelbecken“ für schlechte Risiken werden, weil es für gute Risiken keinen ersichtlichen Grund gibt, diesen Tarif zu wählen.

Faktisch bedeutet dieser Tarif die Einführung weiterer Elemente der Umlagefinanzierung in die PKV. Diese Umlage müsste von PKV-

Versicherten in anderen Tarifen getragen werden, weil sonst keine „bezahlbaren Prämien“ angeboten werden können. Weil sich sowohl Anzahl und Struktur der Basistarif-Versicherten als auch der zur Risikobeteiligung herangezogenen Versicherten in anderen Tarifen zwischen den Versicherungsunternehmen u. U. deutlich unterscheiden, erscheint ein unternehmensübergreifendes Ausgleichssystem unverzichtbar, wenn es keine spürbaren Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der PKV geben soll. Der Risikostrukturausgleich lässt grüßen! Insbesondere Kritiker eines morbiditätsorientierten RSA werden erstaunt sein, wie selbstverständlich die PKV bereit sein wird, ein entsprechendes krankheitsbezogenes Ausgleichssystem zu installieren, sofern die dazu erforderlichen Datengrundlagen und Kalkulationsmethoden verfügbar sind.

Wie sich die Einführung des Basistarifs auf die Wettbewerbsbeziehungen zwischen GKV und PKV auswirkt, lässt sich schwer abschätzen. Wenn künftig nicht nur „gute Gesundheitsrisiken“ die GKV in Richtung PKV verlassen, könnte die Entsolidarisierung hinsichtlich des Krankheitsrisikos ein Stück gestoppt werden. Allerdings wären es in jedem Fall weiterhin „gute Einkommensrisiken“, die der GKV den Rücken kehren – und wie sich der „Risikosaldo“ darstellt, bleibt abzuwarten. Fraglich ist auch, ob der Basistarif überhaupt auf nennenswerte Nachfrage stößt, denn den GKV-Leistungskatalog kann man auch in der GKV zu „bezahlbaren Prämien“ versichern und dabei zugleich – was gerade für Versicherte mit Vorerkrankungen, insbesondere chronischen Erkrankungen bedeutsam ist – im Rahmen des Sachleistungsprinzips die immer besseren Qualitätssicherungsmaßnahmen einer z. B. auch durch neue Versorgungsformen (integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme etc.) optimierten Versorgung in Anspruch nehmen, die es in der PKV so nicht gibt (*siehe Kapitel 5*).

Unabhängig von erleichterten Wechselmöglichkeiten für freiwillig Versicherte mit Vorerkrankungen stellt sich zudem die Frage, wie die Bildung von Alterungsrückstellungen mit der Anforderung „bezahlbarer Prämien“ in Einklang gebracht werden kann. Alterungsrückstellungen bedeuten, dass in jungen Jahren ein Kapitalstock aufgebaut wird, der im Alter abgeschmolzen wird. Bei gleichem Krankheitsrisiko müssen deshalb jene, die beim Abschluss einer kapitalgedeckten Versicherung älter sind, höhere Versicherungsprämien zahlen als jüngere Neuzugänge. Damit bestünde aber auch bei einem Basistarif mit Alterungsrückstellungen, unabhängig von der Frage des Krankheitsrisikos, ein grundsätzliches Hindernis für den Wechsel von älteren GKV-Versicherten zur PKV, das durch den bloßen Verzicht auf individuelle Risikozuschläge nicht beseitigt werden kann.

Letztlich bleibt auch die Reformmaßnahme des Basistarifs halbherzig. Wenn jetzt auch in der PKV ein systemweites System zum Ausgleich von Morbiditätsrisiken für Basistarif-Versicherte (sowie ggf. gleichzeitig zur Umsetzung der Portabilität individueller Alterungsrückstellungen) eingeführt werden muss – warum dann nicht gleich ein gemeinsamer Risikoausgleich zwischen GKV und PKV, der das Ziel einer gleichmäßigeren Verteilung der Morbiditätslasten der Bevölkerung unabhängig von der Wahrnehmung individueller Wahlrechte sehr viel wirksamer realisieren kann?

1.4 Fazit und Ausblick

Die Status-quo-Analyse des derzeitigen Wettbewerbs zwischen GKV und PKV zeigt, dass von „fairem Wettbewerb“ keine Rede sein kann. Der weit überwiegende Teil der Bevölkerung besitzt kein individuelles Wahlrecht zwischen GKV und PKV, sondern ist rechtlich bzw. fak-

tisch einem der beiden Systeme alternativlos zugewiesen. „Reguläre“ Wechselmöglichkeiten bestehen zudem allein in Richtung PKV. Weil im Wesentlichen ausschließlich junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte eine Wahlmöglichkeit zur PKV haben, hat der Wettbewerb zwischen den Systemen inhaltlich mit Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung so gut wie nichts zu tun.

Die geplanten Reformmaßnahmen stellen das entscheidende Wettbewerbsproblem zwischen GKV und PKV – den mit einem Systemwechsel verbundenen Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung – nicht in Frage. Selbst wenn sich künftig durch die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen der Wettbewerb innerhalb der PKV verschärfen sollte und mit dem obligatorischen Angebot eines Basis tariffs für alle freiwillig Versicherten ohne Risikozuschläge die „Morbiditätshürde“ für einen Wechsel zur PKV ein Stück gesenkt würde, würde sich an der grundlegenden Asymmetrie im „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV praktisch nichts ändern.

Wie praktisch alle von Gesundheitsökonomern vorgelegten Reformkonzepte zeigen, erfordert produktiver Wettbewerb der Krankenversicherungen, von dem alle Versicherten gleichermaßen profitieren können, einen ungeteilten Krankenversicherungsmarkt. Die bestehende Marktsegmentierung steht diesem Ziel grundsätzlich entgegen. In Idealform wäre ein ungeteilter Krankenversicherungsmarkt gleichbedeutend mit einheitlichen Funktionsbedingungen für alle Anbieter von Krankenversicherungsschutz – seien sie von ihrer Organisationsform her gesetzlich, freigemeinnützig oder privat verfasst. Auch auf dem Krankenhausmarkt konkurrieren unterschiedlich verfasste Träger unmittelbar miteinander, allerdings unter weitgehend einheitlichen Bedingungen. Aber auch bei einem Festhalten an den unterschiedlichen Kalkulationsbedingungen in GKV und PKV ist es denkbar,

zumindest alle Versicherten gleichermaßen an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu beteiligen – und damit zugleich dafür Sorge zu tragen, dass an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV nicht zwangsläufig Selektionsprozesse ausgelöst werden, die jeden einigermaßen „fairen Wettbewerb“ von vornherein verhindern. Entsprechende Modelle, die explizit die risikoäquivalente Beitragskalkulation der PKV und Versicherungswechsel in beiden Richtungen zulassen, liegen vor (*Sehnen et al. 2006*).

Wenn die Politik einen solchen Schritt aus Rücksichtnahme auf die Geschäftsinteressen der privaten Versicherungswirtschaft bzw. auf Wahlprivilegien bestimmter Personengruppen allerdings auch in Zukunft nicht gehen will, sollte sie auf vollmundige Wettbewerbsrhetorik besser verzichten. Der „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV ist und bleibt weder „fair“, noch trägt er in irgendeiner erkennbaren Form zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung bei. Im Rahmen einer weiteren Gesundheitsreform bleibt somit unverändert viel zu tun.

1.5 Literatur

CDU/CSU/SPD (2006), Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, Stand 4. Juli 2006. Zugriff am 16.08.06 unter http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf?param=reform2006

Jacobs K (2006), Wer bezahlt die Gesundheit? Gesundheit und Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3/2006, 22–28.

Jacobs K/Schulze S (2004), Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? G+G Wissenschaft, 4. Jg., Heft 1/2004, 7–18.

Oberender P/Zerth J (2003), Bayreuther Manifest. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen. Bayreuth: Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth.

Rürup-Kommission (2003), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Sehlen S/Hofmann J/Reschke P (2006), Privat Krankenversicherte und Risikostrukturausgleich. Gesundheits- und Sozialpolitik, 60. Jg., Heft 01/02-2006, S. 10–20.

SVR-W (Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004), Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005. Bundestags-Drucksache 15/4300 vom 18.11.2004.

VVG-Kommission (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts) (2004), Bericht der Kommission vom 19.4.2004. Zugriff am 16.08.2006 unter www.bmj.de/media/archive/647.pdf.

Zweifel P/Breuer M (2002), Züricher Modell – Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Zürich.

2 Einkommensselektion und ihre Folgen

Johannes Leinert

In diesem Beitrag wird zunächst überprüft, inwieweit sich die vermutete Einkommensselektion zwischen GKV-Versicherten und PKV-Versicherten empirisch beobachten lässt. Anschließend wird abgeschätzt, welche Auswirkungen die Einkommensselektion auf die Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. die Gesundheitsausgaben hat. Dies geschieht über einen Vergleich des Status quo mit einem hypothetischen „integrierten Versicherungssystem“, in dem sich die gesamte Bevölkerung an der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt.

2.1 Einkommensunterschiede

Eine Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV haben diejenigen Versicherten, für die aufgrund ihrer beruflichen Stellung keine GKV-Versicherungspflicht besteht – im Wesentlichen Beamte, Selbstständige sowie Arbeiter und Angestellte mit einem regelmäßigen Bruttoentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von monatlich 3.937,50 Euro (2003: 3.825 Euro).¹ Privat versicherte Arbeiter und Angestellte

¹ Siehe *Jacobs/Schulze 2004*, 9.

haben daher in jedem Fall ein überdurchschnittlich hohes Einkommen. Bei Selbstständigen sorgen finanzielle Anreize dafür, dass sich insbesondere Bezieher hoher Einkommen privat versichern. Lediglich bei Beamten entfällt der Anreiz zur Einkommenselektion. Da bei ihnen eine private Absicherung über die Beihilfe bezuschusst wird, für die GKV jedoch keine Arbeitgeberzuschüsse gezahlt werden, ist in der Regel unabhängig vom Einkommen eine private Absicherung zu erwarten.

Personengruppe	Alle Bürger ^a	GKV-Mitglieder	heute PKV-Versicherte ^b
<i>Insgesamt</i>	24.618	22.658	38.109
darunter:			
– Angestellte/Arbeiter	29.837	28.476	55.317
– Beamte	36.104	35.399	36.274
– GRV-Rentner	16.041	15.847	23.918
– Pensionäre	24.907	20.824	27.206
– Selbstständige	37.428	33.422	41.121
– Arbeitslose	14.071	13.925	9.759
– nicht Erwerbstätige ^c	8.546	8.109	13.341

a einschließlich der Personen, die nach eigenen Angaben weder GKV- noch PKV-versichert sind
b abgegrenzt als diejenigen PKV-Versicherten, die als GKV-Versicherte Beitragszahler wären
c Der Status „nicht erwerbstätig“ ergibt sich als Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Befragung. Er ist daher vereinbar mit beitragspflichtigen Einnahmen aus einer Arbeitnehmertätigkeit, die im Jahresverlauf erzielt wurden, sowie mit beitragspflichtigen Einnahmen aus anderen Einkommensarten.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels

WIdO 2006

Tatsächlich lässt sich die vermutete Einkommenselektion empirisch beobachten. *Tabelle 2.1* verdeutlicht dies für das Gesamteinkommen

aus allen Einkunftsarten² im Jahr 2003. Die Angaben beziehen sich auf alle Personen, die bei einer Versicherung in der GKV Mitglieder, d. h. Beitragszahler wären. Es wird deutlich, dass das Gesamteinkommen bei PKV-Versicherten³ in jeder Statusgruppe – teilweise erheblich – höher lag als bei GKV-Versicherten.

2.2 Folgen für das Gesundheitswesen

Angesichts der deutlichen Einkommensselektion zwischen GKV- und PKV-Versicherten stellt sich die Frage, ob und welche Konsequenzen sich daraus für die Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. die medizinische Versorgung der Bevölkerung ergeben. Denn durch die Einkommensselektion sinkt der – einkommensabhängige – Durchschnittsbeitrag der GKV-Versicherten. Faktisch führt dieser Mechanismus dazu, dass die PKV mit ihren Versicherten der GKV und damit auch dem Gesundheitswesen überproportional viele Mittel entzieht. Würde die Einkommensselektion unterbunden, stünden dem Gesundheitswesen auf den ersten Blick die entsprechenden Mittel zusätzlich zur Verfügung. Zu berücksichtigen ist jedoch ebenfalls, dass die PKV für ihre Versicherten insbesondere im ambulanten Bereich höhere Vergütungen zahlt als die GKV und auf diese Weise dem Gesundheitswesen überproportional viele Mittel zuführt. Angesichts dieser gegenläufigen Effekte ist der Saldo entscheidend: Führt die Segmen-

² Aufgrund einer unzureichenden Abschätzung von negativen Einkünften aus Vermietung und Verpachtung mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels weicht das hier ausgewiesene Gesamteinkommen von der „Summe der Einkünfte“ der Steuerstatistik ab.

³ Zu den Abgrenzungsproblemen der Gruppe der PKV-Versicherten *siehe Fußnote 9 in diesem Kapitel.*

tierung des Krankenversicherungsmarktes in GKV und PKV dazu, dass insgesamt mehr oder weniger Mittel für Gesundheitsausgaben zur Verfügung stehen? Um dieser Frage nachzugehen, ist zunächst ein hypothetisches Referenzsystem zu definieren, in dem keine Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in GKV und PKV existiert. Damit ist das heutige System bzw. seine Gesundheitsausgaben zu vergleichen.

Im Folgenden gilt als Referenzsystem ein Gesundheitssystem, in dem die gesamte Bevölkerung in eine Krankenversicherung einbezogen ist, die unter denselben Rahmenbedingungen agiert wie die heutige GKV. Zur Vereinfachung wird daher auch von einer Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in „die GKV“ bzw. von einem „integrierten Versicherungssystem“ (IVS) gesprochen. Datenbedingt und um eine Vergleichbarkeit mit den einschlägigen Analysen von *Niehaus/Weber (2005)* zu gewährleisten, können dabei diejenigen Bürger nicht berücksichtigt werden, die weder GKV-versichert sind noch PKV-vollversichert gemäß der Abgrenzung des *Verbandes der privaten Krankenversicherung (2005, 15)*.⁴ In diesem hypothetischen System können alle Bürger nach wie vor private Zusatzversicherungen abschließen; die PKV bietet jedoch entweder keine Krankenvollversicherungen mehr an oder zu denselben Bedingungen wie die GKV.

⁴ Dies betrifft (1) Personen ohne Versicherungsschutz, (2) Personen mit Absicherung über die freie Heilfürsorge der Polizei, Bundeswehr und Zivildienstleistenden, (3) Anspruchsberechtigte als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich sowie (4) Versicherte der Sonderysteme Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

Als „Gesundheitsausgaben“ bzw. Mittel, die ins Gesundheitssystem fließen, werden alle Leistungsausgaben bezeichnet, die aus dem Krankenversicherungssystem heraus (sei es GKV oder PKV und ergänzende Beihilfe) für Gesundheitsleistungen bezahlt werden. Nicht zu berücksichtigen sind demnach erstens Verwaltungsausgaben oder Einkommensleistungen an Versicherte. Dazu gehörten im Jahr 2003 in der GKV Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und Sterbegeld.⁵ Zweitens nicht berücksichtigt werden Gesundheitsausgaben, die nicht formal über das Krankenversicherungssystem geleistet bzw. erstattet werden. Dies können Zuzahlungen von GKV-Versicherten oder Eigenbeteiligungen von PKV-Versicherten sein,⁶ aber auch Ausgaben für rezeptfreie Arzneimittel oder IGeL-Leistungen.

Da es um den Vergleich eines Systems mit und ohne PKV in ihrer heutigen Form geht, sind drittens all diejenigen Gesundheitsausgaben nicht zu berücksichtigen, die von einem Systemwechsel nicht tangiert werden, da sie in beiden Systemen anfallen. Damit sind – teilweise oder ganz – diejenigen Leistungsausgaben angesprochen, die über private Zusatzversicherungen gedeckt werden, wie sie auch von GKV-Versicherten abgeschlossen werden können. Durch die Wahl ihrer Tarife können PKV-Versicherte ebenfalls darüber entscheiden, ob sie diese Wahlleistungen versichern möchten oder nicht. Daher ist die Annahme plausibel, dass Bürger, die bereits heute einen entsprechen-

⁵ Diese Einkommensleistungen summierten sich auf 8,0 Mrd. Euro. Laut KJ-1-Statistik betrug 2003 das Krankengeld 7,0 Mrd. Euro, das Mutterschafts- und Entbindungsgeld 0,6 Mrd. Euro und das Sterbegeld 0,4 Mrd. Euro.

⁶ Die Zuzahlungen von GKV-Patienten lassen sich nur schwer, die Eigenbeteiligungen von PKV-Patienten in Tarifen mit Selbstbehalt oder Beitragsrückgewähr gar nicht quantifizieren. Da sie beide in dieselbe Richtung wirken und sich daher bei einer Saldierung (*siehe Abschnitt 2.5*) teilweise oder ganz aufheben, werden sie im Folgenden nicht berücksichtigt.

den Versicherungsschutz gewählt haben, ihn teilweise oder ganz auch als Zusatzversicherungen in einem IVS nachfragen würden. Da dieser Anteil nicht bekannt ist, werden zwei Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen über die Krankenhaus-Wahlleistungen berechnet.

2.3 Beitragsaufkommen

Wie sich die Einkommenselektion zwischen GKV- und PKV-Versicherten auf die Durchschnittsbeiträge zur GKV auswirkt, kann verdeutlicht werden, wenn für beide Personengruppen die tatsächlichen bzw. fiktiven GKV-Beiträge simuliert werden. Das Ergebnis: Zu den Beitragsregeln⁷ und Beitragssätzen von 2003 lagen die fiktiven Beiträge der PKV-Versicherten zumeist erheblich oberhalb der Beiträge von GKV-Versicherten. In den Personengruppen der Beamten und Selbstständigen waren die Unterschiede vergleichsweise gering, aufgrund ihres überdurchschnittlich hohen Einkommens lagen die simulierten Beiträge aber erheblich über den durchschnittlichen GKV-Beiträgen. Unter sonst gleichen Bedingungen würde daher der Einbezug der gesamten Bevölkerung in die solidarische Finanzierung der GKV zu überproportional hohen Beitragsmehreinnahmen führen.

⁷ GKV-Mitglieder behalten ihren Krankenversicherungsstatus und die damit einhergehenden Beitragsregeln; ehemaligen PKV-Versicherten wird ein Krankenversicherungsstatus und damit ein Regelwerk zur Beitragsbemessung unterstellt, wie es für einen vergleichbaren GKV-Versicherten gilt. Konkret bedeutet dies für Arbeitslose und GRV-Rentner eine Krankenversicherungspflicht, für Arbeiter, Angestellte, Beamte, Pensionäre und Nicht-Erwerbstätige einen freiwilligen Krankenversicherungsstatus. Es gelten die in der jetzigen GKV gültigen Mindestbeitragsregeln für Selbstständige und sonstige freiwillig Versicherte ebenso wie die derzeitigen Möglichkeiten der beitragsfreien Familienmitversicherung.

Tabelle 2.2: Rechnerische Durchschnittsbeiträge je Beitragszahler pro Monat bei einem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz von 14,3 % (2003)

Personengruppe	alle Bürger ^a	GKV-Mitglieder	heute PKV-Versicherte ^b	
	Beitrag in €		Beitrag in €	Beitrag als Vielfaches vom GKV-Durchschnitt
<i>Insgesamt</i>	241	224	359	1,6
darunter:				
– Angestellte/Arbeiter	282	275	418	1,9
– Beamte	362	342	364	1,6
– GRV-Rentner	158	157	198	0,9
– Pensionäre	285	241	309	1,4
– Selbstständige	388	374	402	1,8
– Arbeitslose	144	145	97	0,4
– nicht Erwerbstätige	106	93	196 ^c	0,9

a einschließlich der Personen, die nach eigenen Angaben weder GKV- noch PKV-versichert sind
b abgegrenzt als diejenigen PKV-Versicherten, die als GKV-Versicherte Beitragszahler wären
c Die im Vergleich zum Einkommen hohen Beitragszahlungen können durch die Mindestbeiträge erklärt werden, die nach den Beitragsregeln des Jahres 2003 zu entrichten waren.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels

WIdO 2006

Um abzuschätzen, wie hoch diese Einnahmen im Aggregat ausfallen, werden weitere Referenzstatistiken hinzugezogen. Im Falle der GKV liegen sowohl die Anzahl der Versicherten als auch das simulierte Beitragsaufkommen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels nahe

an den Ist-Werten für das Jahr 2003 und können durch einen einfachen Korrekturfaktor angeglichen werden.⁸

Im Falle der PKV weicht dagegen die Anzahl der Versicherten gemäß der Selbsteinstufung im Sozio-oekonomischen Panel deutlich von den Angaben des PKV-Verbandes zur Anzahl der Vollversicherten ab.⁹ Um dennoch plausible Abschätzungen über die fiktiven Beitragseinnahmen der PKV-Vollversicherten in einem IVS vornehmen zu können, werden die Pro-Kopf-Werte aus *Tabelle 2.2* auf die im Mikrozensus 2003 ausgewiesene Versichertenstruktur¹⁰ angelegt.

Dabei standen die Angaben zu Arbeitern und Angestellten, Beamten sowie Selbstständigen und mithelfenden Familienangehörigen direkt zur Verfügung. Als Rentner und Pensionäre wurden diejenigen Nicht-erwerbspersonen betrachtet, die Renten bzw. Pensionen beziehen. Wie viele nicht Erwerbstätige und Arbeitslose in einem IVS Beiträge gezahlt hätten, ist mit den Statusangaben laut Mikrozensus nicht abzuschätzen. Hilfsweise wird daher das Verhältnis von Nicht-Erwerbs-

⁸ Im Simulationsmodell ergeben sich 70,63 Mio. Versicherte mit einem Beitragsaufkommen von 136,9 Mrd. Euro; die Werte des Bundesministeriums für Gesundheit liegen bei 70,45 Mio. Versicherten bzw. 138,4 Mrd. Euro.

⁹ Allein bei den über 16-Jährigen waren 2003 laut Sozio-oekonomischem Panel mehr als 8 Mio. Personen PKV-versichert; der *Verband der privaten Krankenversicherung (2005, 11 f.)* weist dagegen einschließlich der bis zu 16-Jährigen rund 8 Mio. Vollversicherte aus. Diese Differenz ist zum einen durch die Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erklärbar, die vom PKV-Verband nicht zu den Vollversicherten gezählt werden, weil sie in eigenen Systemen versichert sind. Zum anderen geben möglicherweise viele Befragte aufgrund geringen institutionellen Wissens auch dann an, PKV-versichert zu sein, wenn sie beispielsweise über die freie Heilfürsorge oder Anspruchsberechtigung als Sozialhilfeempfänger abgesichert sind.

¹⁰ Siehe *Statistisches Bundesamt 2004, Tabelle 1.3.*

tätigen und arbeitslosen Beitragszahlern zu allen anderen Beitragszahlern laut Simulation auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels herangezogen.

Personengruppe	Anzahl in Mio. (Mikrozensus 2003) ^a		jährl. pro-Kopf- Beiträge in €	Beitragsaufkommen in Mrd. €	
	Alle Beitrags- zahler	Ohne „Mitversi- cherte“		Alle Beitrags- zahler	Ohne „Mitversi- cherte“
Beitragszahler	5.799	5.646	4.393	25.475	24.813
- Arbeiter und Angestellte	1.357	1.282	5.012 ^b	6.800	6.427
- Beamte	1.622	1.622	4.366	7.082	7.082
- Selbstständige und mithel- fende Familienangehörige	1.690	1.668	4.819	8.147	8.037
- Rentner und Pensionäre	0.831	0.782	3.320	2.758	2.597
- Arbeitslose und nicht Erwerbstätige	0.299	0.291	2.300	0.688	0.670
beitragsfrei Mitversicherte	2.023	2.243	0	0	0
insgesamt	7.889	7.889	3.229	25.475	24.813
<p>a Nach Multiplikation mit dem Faktor (7.892/7.638), um von der Gesamtzahl der PKV-Versicherten mit Statusangaben laut Mikrozensus 2003 auf die Gesamtzahl der PKV-Vollversicherten laut PKV-Verband zu kommen.</p> <p>b Dass dieser Wert unterhalb der mit dem Beitragssatz multiplizierten jährlichen Beitragsbemessungsgrenze liegt, kann damit erklärt werden, dass ein Teil der Arbeiter und Angestellten beschäftigungsbedingt den Höchstbeitrag nur unterjährig bezahlt hätte.</p> <p>Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels nach Anpassung auf die PKV-Versichertenstruktur gemäß Statistisches Bundesamt (2004) und einer Sonderauswertung des Mikrozensus für die Anzahl der Nichterwerbspersonen, die Renten und/oder Pensionen beziehen.</p>					
WIdO 2006					

Ein Teil der Arbeiter, Angestellten, Selbstständigen, Rentner und Pensionäre gibt im Mikrozensus an, „als Familienangehörige(r) versichert“ zu sein. Diese Kategorie ist für PKV-Versicherte zwar wenig aussagekräftig. Wird in einem vorsichtigen Szenario dennoch ange-

nommen, dass dieser Personenkreis trotz der positiven Angaben zum Erwerbsstatus bzw. zum Bezug von Renten oder Pensionen in einem IVS beitragsfrei mitversichert wäre, ergeben sich niedrigere Werte für die Anzahl der Beitragszahler und das Beitragsaufkommen in einem IVS. Die entsprechenden Werte sind in *Tabelle 2.3* in den Spalten „Ohne ‚Mitversicherte‘“ ausgewiesen. Für die folgenden Analysen wird der Mittelwert dieser beiden Varianten verwendet: Dies entspricht einem fiktiven Beitragsaufkommen von 25,1 Mrd. Euro bei 5,722 Mio. Beitragszahlern, entsprechend einem Beitragszahleranteil von 72,5 %. Da dieser Anteil vergleichsweise niedrig angesetzt ist, fällt die Abschätzung des fiktiven Beitragseinkommens entsprechend konservativ aus. Zum Vergleich: In der GKV liegt – bei gleicher Alters- und Geschlechtsstruktur¹¹ – der Beitragszahleranteil höher, nämlich bei 73,8 %.

Mit den Beitragsregeln, der Beitragsbemessungsgrenze und dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz des Jahres 2003 von 14,3 % wäre das Beitragsaufkommen durch Einbezug der PKV-Versicherten wie aus *Tabelle 2.3* ermittelt um 25,1 Mrd. Euro auf 163,5 Mrd. Euro gestiegen. In einem weniger konservativen Szenario wäre es je nach tatsächlichem Beitragszahleranteil der PKV-Versicherten im IVS entsprechend höher ausgefallen. In jedem Fall stellt jedoch die Annahme von unveränderten Beitragsregeln und unverändertem durchschnittlichen Beitragssatz in zweifacher Hinsicht eine Obergrenze für das ermittelte Beitragsaufkommen dar.

¹¹ Dazu werden zur besseren Vergleichbarkeit die alters- und geschlechtsspezifischen Beitragszahleranteile der GKV gemäß der KM-6-Statistik auf die PKV-Versichertenpopulation laut Mikrozensus angewendet.

Zum einen ist ungewiss, ob die heutigen Beitragsregeln bei einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung aufrechterhalten bleiben. Sofern die bisherige Unterscheidung in Pflichtversicherte und von der Versicherungspflicht Befreite entfällt, erscheint auch die Differenzierung der Beitragsregeln nach Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten nicht mehr sinnvoll. Für freiwillig Versicherte gelten derzeit schärfere Beitragsregeln als für Pflichtversicherte. Grund sind die unterstellten Mindesteinkommen und der Einbezug zusätzlicher Einkunftsarten in die Beitragsbemessung. Würde darauf verzichtet, ergäben sich in einem „abgemilderten“ Szenario¹² zum durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz des Jahres 2003 Gesamtbeiträge von 157,6 Mrd. Euro (GKV-Mitglieder: 135,1; heute PKV-Versicherte: 22,5). Bezüglich der PKV-Versicherten liegen auch in diesem Szenario die fiktiven Beiträge so hoch, dass sie Gesundheitsausgaben ermöglichen, die über den heutigen Gesundheitsausgaben für PKV-Versicherte einschließlich Beihilfezahlungen liegen. Allerdings ist unwahrscheinlich, dass dieses Minimalszenario realisiert würde: Das Beitragsaufkommen der heute GKV-Versicherten würde dadurch um 3,3 Mrd. Euro sinken.

Zum anderen ist unklar, wie hoch der Beitragssatz in einem IVS wäre. Da in der GKV prinzipiell ausgabendeckende Beitragssätze kalkuliert werden, wird ihre Höhe von den Gesundheitsausgaben determi-

¹² Dabei wird unterstellt, dass mit Ausnahme der Selbstständigen in einem integrierten System alle Bürger wie GKV-Pflichtmitglieder behandelt werden, einschließlich der derzeit freiwillig versicherten GKV-Mitglieder. Für Selbstständige werden die Mindestbeiträge deutlich abgesenkt, die greifen, wenn ein Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze nachgewiesen wird. Anstatt der bisher im Regelfall gültigen 75 % der monatlichen Bezugsgröße werden im abgemilderten Szenario für die Beitragsbemessung nur noch 15 % der monatlichen Bezugsgröße als Mindesteinkommen unterstellt.

niert. Wie hoch diese bei einem Einbezug der gesamten Bevölkerung ausfallen, hängt wiederum davon ab, inwieweit im Rahmen dieser Umstellung die Vergütungsregeln geändert werden. Dass hier eine Änderung erfolgen dürfte, ist allerdings wahrscheinlich (*siehe Abschnitt 2.4*). Letztlich ist es damit eine gesundheitspolitische Entscheidung, in welchem Umfang die erweiterten finanziellen Spielräume in einem IVS zur Finanzierung von Versorgungsleistungen, zur Abmilderung der Beitragsregeln oder für Beitragssatzsenkungen genutzt werden. Dieser Problematik wird im nächsten Abschnitt Rechnung getragen, indem verschiedene Szenarien für die Höhe der Gesundheitsausgaben berechnet werden.

2.4 Leistungsausgaben

Für einen aussagekräftigen Vergleich der tatsächlichen Gesundheitsausgaben mit den hypothetischen Gesundheitsausgaben in einem IVS ist zu berücksichtigen, dass der Einbezug der gesamten Bevölkerung in die GKV auch Auswirkungen auf die Einnahmemöglichkeiten der GKV hätte. Denn die Entwicklung der Einnahmehasis der GKV bestimmt in hohem Maße, wie restriktiv Kostendämpfungsgesetze und Vergütungssysteme für die Leistungserbringer ausfallen. Nach § 71 Abs. 1 SGB V haben – von eng definierten Ausnahmen abgesehen – die Vertragspartner seitens der Krankenkassen und Leistungserbringer „die Vereinbarungen über die Vergütungen [...] so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden“ (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).

Aufgrund dieser „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ sind die Gesundheitsausgaben keine unabhängige Größe, sondern hängen indirekt von der Einnahmehasis der GKV ab. Sofern sich bei Einbezug

der gesamten Bevölkerung in die GKV die Einnahmebasis je Versicherten ändert, ist daher auch mit veränderten Gesundheitsausgaben je Versicherten zu rechnen. Für die folgenden Abschätzungen der Gesundheitsausgaben wird vereinfachend auf die Relationen des Jahres 2003 zurückgegriffen. In diesem Jahr betragen die Beitragseinnahmen der GKV 138,4 Mrd. Euro. Dem standen Gesundheitsleistungen in Höhe von 128,2 Mrd. Euro gegenüber,¹³ entsprechend 92,6 % der Beitragseinnahmen. Dieser Prozentsatz wird in allen Simulationsrechnungen für das IVS auf das jeweilige Beitragsvolumen sowohl der GKV-Versicherten als auch der rechnerisch einbezogenen PKV-Versicherten angewendet.

Als Obergrenze für die Gesundheitsausgaben wird angenommen, dass auch in einem IVS der durchschnittliche Beitragssatz der GKV und die Beitragsregeln des Jahres 2003 konstant gehalten werden; daraus resultieren Beitragseinnahmen in Höhe von 163,5 Mrd. Euro. Maximal hätten in einem IVS daher $0,926 \cdot 163,5 = 151,4$ Mrd. Euro aus Versichertenbeiträgen für Gesundheitsausgaben zur Verfügung gestanden. Dazu wären weitere Mittel für Krankenhaus-Wahlleistungen gekommen. Bei unveränderter Inanspruchnahme der Wahlleistungen wären dies zusätzlich 2,6 Mrd. Euro gewesen;¹⁴ bei einem Rückgang

¹³ 2003 betragen die Beitragseinnahmen 138,4 Mrd. Euro. Hinzu kamen sonstige Einnahmen in Höhe von 3,3 Mrd. Euro und Schuldenaufnahmen in Höhe von 3,4 Mrd. Euro. Allerdings stand die Summe dieser Mittel nicht in voller Höhe für das Gesundheitswesen im engeren Sinne zur Verfügung. Abzuziehen sind 8,2 Mrd. Euro Netto-Verwaltungskosten und sonstige Aufwendungen in Höhe von 0,7 Mrd. Euro, siehe *Bundesministerium für Gesundheit (2006)*. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden die Einkommensleistungen Krankengeld, Mutterschafts- und Entbindungsgeld sowie Sterbegeld in Höhe von zusammen 8,0 Mrd. Euro, siehe *Fußnote 5*. Für Gesundheitsleistungen standen demnach 128,2 Mrd. Euro zur Verfügung.

¹⁴ Dieser Betrag setzt sich zusammen aus 1,143 Mrd. Euro für GKV-Versicherte und 1,433 Mrd. Euro für PKV-Versicherte, siehe *Niehaus/Weber (2005)*, 115 und 124.

der Wahlleistungen heute PKV-Versicherter auf GKV-Niveau 1,3 Mrd. Euro.¹⁵ Ein solcher Rückgang ist allerdings unwahrscheinlich: Zum einen können sich PKV-Versicherte bereits heute für oder gegen die Absicherung von Wahlleistungen entscheiden, was gegen eine völlig andere Entscheidung in einem IVS spricht. Zum anderen verfügen PKV-Versicherte im Durchschnitt über deutlich höhere Einkommen als GKV-Versicherte (*siehe Tabelle 2.1*), was ebenfalls gegen ein Absinken ihrer Wahlleistungen auf GKV-Niveau spricht.

Der Fall konstanter Beitragssätze (und unveränderter Beitragsregeln) ist in *Tabelle 2.4* als Szenario A dargestellt. Angesichts des allseits erklärten politischen Ziels einer Senkung der Lohnnebenkosten scheint dieses Szenario jedoch unwahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Politik mögliche Spielräume zur Beitragssatzsenkung zumindest teilweise nutzen würde. Bei vollständiger Ausschöpfung der Spielräume wäre die Untergrenze für die Gesundheitsausgaben erreicht. Als ein solches Minimalszenario können die Ergebnisse von *Niehaus/Weber (2005)* gelten, die davon ausgehen, dass in einem integrierten Versicherungssystem die alters- und geschlechtsspezifischen Gesundheitsausgaben für alle Versicherten den Werten der GKV-Versicherten des Jahres 2003 entsprächen (Szenario C).

In diesem Fall würden zwar die Beitragssätze und damit die Lohnnebenkosten auf ein Minimum gesenkt. Gleiches gälte jedoch auch für das Vergütungsvolumen der Leistungserbringer. Damit erscheint dieses Minimalszenario nicht nur ebenfalls unwahrscheinlich, sondern

¹⁵ Dieser Betrag ergibt sich über die Berechnung:
 $(1,143 \text{ Mrd. Euro} / 70,454 \text{ Mio.}) * (70,454 \text{ Mio.} + 7,892 \text{ Mio.}) = 1,3 \text{ Mrd. Euro.}$

wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion auch nicht weiter verfolgt. Die Bundesgesundheitsministerin hat bereits verlauten lassen, dass das aktuelle Honorarvolumen bei den anstehenden Reformen nicht sinken soll.¹⁶ Damit bietet sich als realistischere Untergrenze ein anderes Szenario an: Die Senkung der Beitragssätze in dem Umfang, bei dem das Vergütungsvolumen, das die Leistungserbringer derzeit von GKV und PKV zusammen erhalten, konstant gehalten wird (Szenario B).

2.5 Saldo

Im Jahr 2003 betragen die Leistungsausgaben der GKV – ohne Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und Sterbegeld – 128,2 Mrd. Euro. Die Leistungsausgaben der PKV betragen ohne Krankenhaus-Wahlleistungen 18,7 Mrd. Euro¹⁷ (einschließlich Beihilfezahlungen). Dazu kamen 2,6 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben für Wahlleistungen im Krankenhaus von PKV-Versicherten und GKV-Versicherten zusammen. In der Summe ergeben sich Gesundheitsausgaben von 149,5 Mrd. Euro, die bei der Saldierung zu berücksichtigen sind.

Demgegenüber wäre in einem IVS – zu den Beitragsregeln des Referenzjahres – bei unveränderter Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Krankenhaus mit Gesundheitsausgaben zwischen 154,0 Mrd. Euro

¹⁶ So hat die Bundesgesundheitsministerin in der Diskussion um eine Angleichung der Vergütungssysteme von PKV und GKV betont, dass eine Honorarreform nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen solle, *siehe o.V. (2005)*. Der Einbezug aller Bürger in die GKV bedeutet hinsichtlich der Vergütung ärztlicher Leistungen nichts anderes als eine vollkommene Angleichung der Vergütungssysteme.

¹⁷ Siehe *Niehaus /Weber (2005)*, 34.

bei konstanten Beitragssätzen und 143,3 Mrd. Euro bei maximaler Beitragssatzsenkung zu rechnen. Bei Rückgang der Wahlleistungen heute PKV-Versicherter auf das GKV-Niveau lägen die Gesundheitsausgaben zwischen 152,7 Mrd. Euro und 142,1 Mrd. Euro. Wie sich im vorigen Abschnitt gezeigt hat, erscheint eine maximale Beitragssatzsenkung jedoch eher unwahrscheinlich. In einem IVS wäre ein Beitragssatz, der ein konstantes Vergütungsvolumen erlaubt, eine vermutlich realistischere Untergrenze.

Tabelle 2.4: Kennzahlen in einem integrierten Krankenversicherungssystem (2003)						
Szenario	Beiträge in Mrd. €	Gesundheitsausgaben in Mrd. €			Beitragssatz	
		gesamt	ohne Wahlleistungen	Änderung ^a	gesamt	Änderung ^b
<i>Konstante Krankenhaus-Wahlleistungen (2,6 Mrd. Euro)</i>						
(A) Konstante Beitragssätze	163,5	154,0	151,4	4,5	14,3	0,0
(B) Konstantes Vergütungsvolumen	158,6	149,5	146,9	0,0	13,8	-0,4
(C) Maximale Beitragssatzsenkung	151,9	143,3	140,7	-6,2 ^b	13,3	-1,0
<i>Rückgang der Krankenhaus-Wahlleistungen auf GKV-Niveau (1,3 Mrd. Euro)</i>						
(A) Konstante Beitragssätze	163,5	152,7	151,4	3,2	14,3	0,0
(B) Konstantes Vergütungsvolumen	160,0	149,5	148,2	0,0	14,0	-0,3
(C) Maximale Beitragssatzsenkung	152,1	142,1	140,8	-7,4 ^b	13,3	-1,0
<p>a Änderung gegenüber den tatsächlichen Werten für Gesundheitsausgaben (149,5 Mrd. Euro) bzw. Beitragssatz (14,3).</p> <p>b Da die Berechnungen von Niehaus/Weber (2005) die Gesundheitsausgaben je nach Annahme über die Wahlleistungen im Krankenhaus um 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro unterschätzen (siehe Leinert 2006), werden für die Änderung im IVS an dieser Stelle nicht 8,5 Mrd. Euro, sondern entsprechend nach unten korrigierte Werte angesetzt</p>						
Quelle: Niehaus/Weber (2005), eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels						

WIdO 2006

2.6 Fazit

Die derzeit bestehende Möglichkeit zur Einkommensselektion zwischen PKV und GKV führt dazu, dass die PKV mit ihren Versicherten der GKV ein überproportional hohes Beitragsaufkommen entzieht. Über PKV-Leistungen und Beihilfezahlungen fließen diese Mittel jedoch nur unvollständig in das Gesundheitswesen zurück. In einem Versicherungssystem mit Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung hätten daher im Jahr 2003 dem Gesundheitswesen nicht – wie seitens der PKV häufig argumentiert (*siehe beispielsweise Niehaus/Weber 2005*).– weniger, sondern einige Milliarden Euro mehr zur Verfügung gestanden. Dies gilt selbst dann, wenn in einem konservativen Szenario unterstellt wird, dass den bekannten Selektionseffekten zum Trotz der Anteil der Beitragszahler unter den heute PKV-Versicherten nicht größer ist als unter den GKV-Versicherten (*siehe Tabelle 2.5*).

Beitragszahleranteil der heute PKV-Versicherten im Vergleich zu den heute GKV-Versicherten (alters- und geschlechtsstandardisiert)	Krankenhauswahlleistungen	
	unverändert	absinken auf GKV-Niveau
1,3 Prozentpunkte <u>weniger</u> (<i>absolut: 72,5 %</i>)*	4,5 Mrd. €	3,2 Mrd. €
gleich (<i>absolut: 73,8 %</i>)	5,0 Mrd. €	3,7 Mrd. €
1,3 Prozentpunkte <u>mehr</u> (<i>absolut: 75,1 %</i>)	5,3 Mrd. €	4,1 Mrd. €

* Szenario wie in Abschnitt 2.4 beschrieben
 Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Statistisches Bundesamt (2004) und der KM-6-Statistik

WIdO 2006

Dass diese Mittel in voller Höhe als zusätzliche Ausgaben in das Gesundheitssystem geflossen wären, ist jedoch eher unwahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Mittel ganz oder teilweise

für Beitragssatzsenkungen oder „Abmilderungen“ der Beitragsregeln verwendet worden wären. Ein IVS mit solidarischer Finanzierung aller Bürger würde demnach gleich bleibende oder sinkende Beitragssätze bedeuten, ohne dass die Leistungserbringer sinkende Honorare befürchten müssten.

2.7 Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2006), Kennzahlen und Faustformeln. Berlin 2006.

Jacobs K/Schulze S (2004), Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? G+G Wissenschaft, Jahrgang 4 (1), 7–18.

Leinert J (2006), Subventioniert die PKV das Gesundheitswesen? Eine kritische Analyse. Fassung vom September 2006. Zugriff unter <http://www.wido.de/>.

Niehaus F/Weber C (2005), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

o.V. (2005), Honorarreform soll nicht zu Lasten der Ärzte gehen. Ärzte Zeitung vom 2.12.2005.

Statistisches Bundesamt (2004), Sozialeleistungen. Altersvorsorge, Versicherte in der Kranken- und Pflegeversicherung 2003. (Fachserie 13/Reihe 1). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Verband der privaten Krankenversicherung (2005), Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2005. Köln.

3 Zur Bedeutung der Familienversicherung

Hendrik Dräther

3.1 Die Anreizwirkungen der Familienversicherung der GKV

Es gibt unterschiedliche Gründe, die bei der Entscheidung für die Absicherung des Krankheitsrisikos in der PKV oder in der GKV eine Rolle spielen können. Die „Familienversicherung“ nach § 10 SGB V kann einer davon sein. Denn nur in der GKV erhalten Eltern für ihre Kinder einen beitragsfreien Krankenversicherungsschutz. In der PKV müssen für Kinder dagegen Beiträge gezahlt werden, wengleich diese bei Beamten aufgrund der steuerfinanzierten Beihilfe um bis zu 80% bezuschusst werden. Kinder können in der GKV generell beitragsfrei versichert sein, wenn sie jünger als 18 Jahre alt sind (§ 10 Abs. 2 SGB V).¹ Sonst ist eine beitragsfreie Mitversicherung nur möglich, wenn das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und zudem nicht „hauptberuflich“ erwerbstätig ist. Zum Kreis der in der GKV beitragsfrei mitversicherten Kinder können so z. B. Studenten gehören.

¹ In den Fällen, wo ein Elternteil in der PKV und der andere in der GKV versichert ist, ist eine beitragsfreie Mitversicherung in der GKV nur dann möglich, wenn der Elternteil mit den höheren Einkünften in der GKV versichert ist.

Auch Ehepartner können beitragsfrei in der GKV versichert sein, wenn sie selbst keiner versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit nachgehen, auch sonst über keine die Geringfügigkeitsgrenze überschreitenden Einkünfte verfügen und ihr Ehepartner ein Beitrag zahlendes GKV-Mitglied ist (§ 10 Abs. 1 SGB V).² Für einen Versicherungsschutz in der PKV sind für bzw. vom Ehepartner einkommensunabhängige Beiträge zu zahlen. Deswegen ist zu vermuten, dass der Personenkreis mit Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV auch unter Berücksichtigung seiner derzeitigen und/oder erwarteten Familienverhältnisse entscheiden wird, ob er sich und seine Familienangehörigen in der GKV oder in der PKV versichert.

Wenn die beitragsfreie Familienversicherung tatsächlich einen wichtigen Grund darstellt, das Krankheitsrisiko statt in der PKV in der GKV abzusichern, müsste die Familienstruktur von PKV- und GKV-Versicherten, im Folgenden modelliert mithilfe der beiden Merkmale (1) Kinder in Haushalt und (2) Familienstand „verheiratet“, unterschiedlich ausfallen. Die Bedeutung der Familienversicherung soll mithilfe von drei empirischen Vergleichen untersucht werden. Dem liegen folgende Überlegungen zugrunde:

- Wenn die These zutrifft, dass von den Wahlberechtigten zwischen GKV und PKV aufgrund der Familienversicherung vorzugsweise Personen mit Kindern und/oder Verheiratete in der GKV verbleiben, dann müssten in der GKV freiwillig Versicherte im Vergleich zu Pflichtversicherten überdurchschnittlich oft verheiratet sein und/oder viele Kinder haben. Zunächst soll daher die Familien-

² Zur Familienversicherung nach § 10 SGB V siehe Gerlach/Epping 2001.

struktur von in der GKV freiwillig Versicherten mit Pflichtversicherten verglichen werden (*siehe Abschnitt 3.2*).

- Sollte die beitragsfreie Familienversicherung der GKV die Entscheidung zwischen GKV und PKV beeinflussen, dann müssten freiwillig Versicherte in der GKV auch häufiger verheiratet sein und/oder Kinder haben als freiwillig Versicherte in der PKV. Über das Privileg, das Krankheitsrisiko sowohl in der GKV als auch in der PKV absichern zu können, verfügen hauptberuflich Selbständige und abhängig Beschäftigte mit einem Jahresarbeitseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG). Deswegen soll ein Vergleich der Familienstruktur der GKV-versicherten Selbständigen und abhängig Beschäftigten mit einem Jahresarbeitseinkommen oberhalb der VPG mit den entsprechend PKV-versicherten Selbständigen und abhängig Beschäftigte angestellt werden (*siehe Abschnitt 3.3*).

Beamte werden in diesen Vergleich explizit nicht mit einbezogen. Sie verfügen zwar formal über das Privileg, sich entweder in der GKV oder in der PKV versichern zu können. Allerdings ist die GKV aus ökonomischen Gründen für Beamte generell wenig attraktiv, da sie als freiwillig Versicherte Beiträge zahlen müssen, an denen sich der Dienstherr – etwa in Form eines „Arbeitgeberbeitrages“ – nicht beteiligt. Beihilfezahlungen im Falle der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen können auch GKV-versicherte Beamte nutzen. Jedoch erhalten z. B. die Leistungserbringer der ambulanten Versorgung eine geringere Vergütung, wenn sie GKV-Versicherte und nicht PKV-Versicherte behandeln. GKV-versicherte Beamte würden also im Vergleich zu PKV-versicherten auf einen

möglichen Vorteil bei der medizinischen Versorgung verzichten³. Auch aus weiteren Gründen sind Beamte daher überwiegend in der PKV (ca. 85 %) und kaum in der GKV (ca. 5 % bis 6 %) versichert.⁴

- Zuletzt soll dargestellt werden, wie sich Verheiratete und Personen mit Kindern entschieden haben, wenn sie über Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV verfügen bzw. verfügt haben (*siehe Abschnitt 3.3*).

Abschließend werden aktuelle Reformvorschläge zur Familienversicherung im Hinblick auf ihre Bedeutung auf das Nebeneinander von GKV und PKV diskutiert (*siehe Abschnitt 3.4*).

3.2 Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte in der GKV

Zunächst verfügen nur ca. 10 % der GKV-Mitglieder (ohne Rentner) über die Möglichkeit, sich und ggf. ihre Familienmitglieder auch in der PKV abzusichern (*siehe Tabelle 3.1*). Diesen ca. 5 Mio. freiwillig Versicherten stehen über 45 Mio. Pflichtmitglieder und Rentner gegenüber, die entweder rechtlich über keine Möglichkeiten verfügen, in die PKV zu wechseln, oder für die aus Altersgründen die PKV keine Alternative zur GKV darstellt, da ihre Prämien zu hoch wären. Die Familienversicherung nach § 10 SGB V kann daher nur bei einem relativ kleinen Teil der GKV-Mitglieder als „Entscheidungskriterium“

³ Siehe dazu auch *Jacobs/Schulze (2004)*.

⁴ Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (2003). Ca. 10 % der Beamten geben an, keine Krankenvollversicherung abgeschlossen zu haben.

bei der Wahl der Absicherung des Krankheitsrisikos wirken. Die Familienstruktur von freiwillig Versicherten müsste – unter Vernachlässigung aller anderen Entscheidungskriterien – eine andere sein als die von Pflichtversicherten, wenn insbesondere Unverheiratete und kinderlose Personen entweder in die PKV abwandern oder erst gar nicht in die GKV kommen. Ein Vergleich von Pflichtversicherten mit den in der GKV freiwillig Versicherten bestätigt dies: Auf einen freiwillig Versicherten kommen gut 1,7 mal so viele mitversicherte Kinder und Ehepartner wie auf ein Pflichtmitglied (0,85 beitragsfrei Mitversicherte je freiwilliges GKV-Mitglied ohne Rentner gegenüber 0,49 beitragsfrei Mitversicherten je Pflichtmitglied ohne Rentner).

Tabelle 3.1: Die Bedeutung der Familienversicherung bei pflichtversicherten und freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern im Jahr 2003				
	freiwillig Versicherte ohne Rentner	Pflichtversicherte ohne Rentner	Rentner (freiwillig und obligatorisch versichert)	insgesamt
	Angaben in 1.000 Personen (Anteil an Insgesamt in %)			
GKV-Mitglieder ohne Mitversicherte	5.046 (10,0)	28.842 (57,0)	16.696 (33,0)	50.583 (100)
Mitversicherte Kinder und Ehepartner von GKV-Mitgliedern	4.278 (21,6)	14.058 (70,9)	1.503 (7,6)	19.839 (100)
Zusammen	9.323 (13,2)	42.900 (60,1)	18.199 (25,8)	70.422 (100)
<i>Anteil mitversicherter Kinder und Ehepartner an Versicherten insgesamt</i>	<i>45,9%</i>	<i>32,8%</i>	<i>8,3%</i>	<i>28,2%</i>
<i>Auf ein Mitglied kommen mitversicherte Kinder und Ehepartner</i>	<i>0,89</i>	<i>0,49</i>	<i>0,09</i>	<i>0,39</i>
<i>Quelle: KM6, Stand 1. Juli 2003; eigene Berechnung</i>				
WIdO 2006				

3.3 Vergleich von PKV- und GKV-Versicherten

Das formale Wahlrecht zwischen GKV und PKV haben nahezu alle hauptberuflich Selbständigen und Arbeiter und Angestellte mit beitragsrelevanten Einnahmen oberhalb der VPG.⁵ Ein Großteil der ca. 3,8 Mio. hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (Stand 2003) kann sich sowohl in der GKV als auch in der PKV versichern. Anders als bei den Beamten erhalten sie aber keine beihilfeähnlichen Zuwendungen, die die Wahlentscheidung zwischen einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen könnten. Nahezu alle Selbständigen können sich unabhängig von ihren Einkommensverhältnissen in der GKV oder in der PKV versichern. Damit unterscheiden sie sich von den abhängig Beschäftigten, von denen nur diejenigen mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der VPG in die PKV wechseln können. Ein weiterer Unterschied zwischen den Selbständigen und den in der GKV freiwillig versicherten abhängig Beschäftigten besteht darin, dass die relative finanzielle Belastung von Selbständigen mit GKV-Beiträgen bzw. mit Mindestbeiträge sehr unterschiedlich ausfallen kann. Die „Mindestbeiträge“ für Selbständige können relativ hoch ausfallen, da ein Mindesteinkommen in Höhe von mindestens an drei Vierteln (1.785 Euro im Monat) bzw. in Ausnahmefällen an 50 % der Bezugsgröße (1.190 Euro im Monat) unterstellt wird, auch wenn der Selbständige real über ein geringeres Einkommen verfügt.⁶ Die Entscheidung von Selbständigen für oder gegen die GKV wird daher in systematisch-finanzieller Weise anders

⁵ Quelle: SOEP 2003. Nur selbständige Künstler und Publizisten (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) und selbständige Landwirte (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 2 KVLG) unterliegen in der GKV einer Versicherungspflicht. VPG in der GKV nach § 6 Abs. 6 bis 8 SGB V.

⁶ § 240 Abs. 4 SGB V

beeinflusst als bei abhängig Beschäftigten mit einem Arbeitsentgelt oder -einkommen oberhalb der VPG, die den Höchstbeitrag zu zahlen haben.⁷ Deswegen sollen die Selbständigen und die Arbeiter und Angestellten mit einem Einkommen oberhalb der VPG getrennt untersucht und verglichen werden.

Die relativ strukturierte Berufsgruppe der hauptberuflich Selbständigen teilt sich bei der Absicherung ihres Krankheitsrisikos in etwa zwei gleich große Gruppen auf, die jeweils in der GKV oder PKV versichert sind. Im Folgenden werden aber nur Personen mit Wahlmöglichkeiten betrachtet und damit die in der GKV pflichtversicherten Selbständigen ausgenommen. Es verbleiben dann ca. 1,1 Mio. hauptberufliche und in der GKV freiwillig versicherte Selbständige und ca. 1,9 Mio. PKV-versicherte Selbständige (*siehe Tabelle 3.2*). Die freiwillig in der GKV versicherten Selbständigen sind zu einem größeren Anteil verheiratet (66%) als Selbständige in der PKV (48 %). In Bezug auf den Anteil an Selbständigen, die mit mindestens einem Kind im eigenen Haushalt zusammenleben, unterscheiden sich GKV- und PKV-versicherte Selbständige dagegen kaum (35 % der GKV- und 38 % bei der PKV-versicherten Selbständigen haben Kinder).

Eine ebenfalls große Personengruppe, die ihr Krankheitsrisiko grundsätzlich sowohl in der PKV als auch in der GKV absichern kann, sind Arbeiter und Angestellte (abhängig Beschäftigte) mit einem Jahresarbeitsentgelt oder -einkommen oberhalb der VPG, die 2003 bei 44.900 Euro lag.⁸ Davon waren im Jahr 2003 ca. 2,5 Mio. in der GKV und ca. 1,1 Mio. in der PKV versichert (*siehe Tabelle 3.3*).

⁷ Eine solche „untere Beitragsbemessungsgrenze“ gibt es nur bei freiwillig, nicht aber bei obligatorisch Versicherten.

⁸ Versicherungspflichtgrenze nach § 6 Abs. 7 und 8 SGB V

Tabelle 3.2: Selbstständige nach Art der Krankenversicherung und Familienstruktur im Jahr 2003

Ehestatus	ohne Kinder*		mit Kindern*		insgesamt	
	Anzahl in 1.000	Anteil an Gesamtpopulation in %	Anzahl in 1.000	Anteil an Gesamtpopulation in %	Anzahl in 1.000	Anteil an Gesamtpopulation in %
	GKV-Mitglieder					
unverheiratet	353	31	29	3	382	34
verheiratet	375	33	366	33	741	66
zusammen**	728	65	395	35	1.123	100
	PKV- Versicherte					
unverheiratet	783	40	227	12	1.010	52
verheiratet	410	21	514	27	924	48
zusammen**	1.193	62	741	38	1.935	100
<p>* Von den in einem Haushalt zusammenlebenden Personen werden diejenigen als Kind identifiziert, die das 27. Lebensjahr nicht vollendet haben, ohne ausreichendes eigenes Einkommen oder Vermögen und unverheiratet sind.</p> <p>** rundungsbedingte Abweichungen</p> <p>Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen</p>						

WIdO 2006

Hinzu kommen ca. 0,5 Mio. abhängig Beschäftigte mit einem privaten Krankenversicherungsschutz, deren Arbeitsentgelte und -einkommen unterhalb der VPG lagen. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Zugangsbeschränkungen in der GKV können diese Arbeiter und Angestellten von der PKV in die GKV wechseln.⁹ Abhängig Beschäftigte

⁹ Zu den allgemeinen Zugangsbeschränkungen der GKV gehört u. a. die 55er-Regel, nach der Personen, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, nicht mehr in die GKV wechseln können. Jüngere Arbeiter und Angestellte können ggf. nur dann der GKV beitreten, wenn sie eine „Vorversicherungszeit“ erfüllen (§ 9 Abs. 1 SGB V).

müssen nicht dauerhaft über Arbeitseinkommen oder -entgelt oberhalb der VPG verfügen, um in der PKV versichert zu sein.¹⁰

Tabelle 3.3: Arbeiter und Angestellte mit freiwilligem Krankenversicherungsschutz in der GKV und der PKV im Jahr 2003

Ehestatus	ohne Kinder		mit Kindern		insgesamt	
	Anzahl in 1.000	Anteil an Gesamtpopulation in %	Anzahl in 1.000	Anteil an Gesamtpopulation in %	Anzahl in 1.000	Anteil an Gesamtpopulation in %
	GKV-Mitglieder*					
unverheiratet	823	32	177	7	1.000	39
verheiratet	695	27	883	37	1.578	61
zusammen**	1.518	59	1.060	41	2.578	100
	PKV-Versicherte*					
unverheiratet	576	37	137	9	721	46
verheiratet	434	28	420	27	846	54
zusammen**	1.010	64	557	36	1.567	100

* Arbeiter und Angestellte, die in der GKV freiwillig versichert sind, müssen über beitragsrelevante Jahreseinnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in Höhe von 44.900 € verfügen; von 1,6 Mio. in der PKV versicherten Arbeitern und Angestellten weisen 1,1 Mio. Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von 44.900 € auf. Von den in einem Haushalt zusammenlebenden Personen werden diejenigen als Kind identifiziert, die das 27. Lebensjahr nicht vollendet haben, ohne ausreichendes eigenes Einkommen oder Vermögen und unverheiratet sind.

** rundungsbedingte Abweichungen

Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen

WIdO 2006

Im Vergleich zu den PKV-Versicherten ist ein größerer Anteil der GKV-Versicherten Arbeiter und Angestellten verheiratet (61 % ge-

¹⁰ Nach Auskunft eines Sachbearbeiters des AOK-Bundesverbandes ist es praktiziertes Recht, dass abhängig Beschäftigte, deren Arbeitseinkommen oder -entgelt unterhalb der VPG fällt, in der PKV verbleiben können.

genüber 54 %). Auch hat ein größerer Anteil der GKV-Versicherten mindestens ein Kind (41 % bei den GKV-Versicherten gegenüber 36 % bei den privat Versicherten). Dementsprechend gibt es auch unter den PKV-Versicherten mehr Singles (37 %) als bei den GKV-Versicherten (32 %). Da die Familienversicherung der GKV nur ein Kriterium unter vielen darstellt, das die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV beeinflussen kann, sind in der GKV auch zahlreiche abhängig Beschäftigte mit einem Arbeitseinkommen oder -entgelt oberhalb der VPG nicht verheiratet bzw. haben keine Kinder. Das gleiche Argument gilt auch für den Kreis der privat versicherten abhängig Beschäftigten, die in vielen Fällen auch Kinder haben oder verheiratet sind. Dennoch lässt sich feststellen, dass verheiratete Personen und/oder Personen mit Kindern eher in der GKV als in der PKV versichert sind.

Ein Wechsel von der GKV in die PKV ist nicht für alle abhängig Beschäftigten mit einem Bruttojahreseinkommen oder -entgelt oberhalb der VPG attraktiv. Denn die durchschnittlichen Leistungsausgaben steigen auch in der PKV mit zunehmenden Alter teilweise stark an.¹¹ Da aber für Personen, die bisher nicht in der PKV versichert waren, in der PKV auch keine Rückstellungen gebildet wurden, mit denen die mit dem Alter steigenden Leistungsausgaben teilweise refinanziert werden (könnten), müssen mit zunehmenden Eintrittsalter in die PKV die Beiträge besonders hoch ausfallen. Häufig wird daher angenommen, dass ab dem 40. Lebensalter ein Wechsel von der GKV in die

¹¹ Vergleiche dazu die nach Alter und Geschlecht differenzierten Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs in der GKV unter www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich und die ebenfalls nach Alter und Geschlecht differenzierten Kopfschadensstatistiken für Privatversicherte unter www.bafin.de/Publikationen/Veroeffentlichungen-der-Bundesanstalt.../2003 und Rothgang et al. (2006).

PKV finanziell nicht mehr attraktiv ist (siehe z. B. *Leinert et al. 2005*). Der folgende Vergleich (siehe *Tabelle 3.4*) von bis zu 40 Jahre alten PKV- und GKV-Versicherten Arbeitern und Angestellten stellt daher auch einen engeren zeitlichen Zusammenhang zwischen der festzustellenden Familienstruktur und der Wahlentscheidung zwischen GKV oder PKV her. Denn je weiter der Zeitpunkt der Wahlentscheidung GKV oder PKV zurückliegt, desto mehr kann die damalige Familienstruktur von der aktuellen abweichen.

Tabelle 3.4: Arbeiter und Angestellte bis 40 Jahre mit freiwilligem Krankenversicherungsschutz in der GKV und PKV im Jahr 2003						
Ehestatus	ohne Kinder		mit Kinder		insgesamt	
	Anzahl an Personen	Anteil an Gesamtpopulation in %	Anzahl an Personen	Anteil an Gesamtpopulation in %	Anzahl an Personen	Anteil an Gesamtpopulation in %
	GKV-Versicherte in 1.000*					
unverheiratet	439	41	95	9	534	50
verheiratet	168	16	358	34	527	50
zusammen**	607	57	453	43	1.060	100
	PKV-Versicherte in 1.000*					
unverheiratet	349	51	49	7	398	58
verheiratet	121	18	171	25	292	42
zusammen**	471	68	219	32	690	100
<p>* Arbeiter und Angestellte, die in der GKV freiwillig versichert sind, müssen über beitragsrelevante Jahreseinnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in Höhe von 44.900 Euro verfügen. Von den in einem Haushalt zusammenlebenden Personen werden diejenigen als Kind identifiziert, die das 27. Lebensjahr nicht vollendet haben, ohne ausreichendes eigenes Einkommen oder Vermögen und unverheiratet sind.</p> <p>** rundungsbedingte Abweichungen</p> <p>Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen</p>						

WIdO 2006

Bei den unter 40-Jährigen sind ca. 50 % der GKV-versicherten Arbeiter und Angestellten verheiratet, während es in der PKV 42 % sind. Dieser Unterschied zwischen privat und gesetzlich Versicherten ist damit in etwa gleich groß wie bei einem Vergleich der abhängig Beschäftigten ohne Altersbeschränkung (acht Prozentpunkte bei den unter 40-Jährigen versus sieben Prozentpunkte bei allen abhängig Beschäftigten). Bei den unter 40-Jährigen haben aber fast 43 % der GKV-versicherten Arbeiter und Angestellten mindestens ein Kind, während es bei den PKV-Versicherten nur knapp 32 % sind. Hier beträgt die Differenz elf Prozentpunkte; bei den abhängig Beschäftigten ohne Altersbeschränkung macht sie dagegen nur sieben Prozentpunkte aus.

Statt die Familienstruktur der GKV- und PKV-Versichertenkollektive miteinander zu vergleichen (*siehe Tabelle 3.2 bis Tabelle 3.4*) kann man auch andersherum betrachten, wie sich Verheiratete und Personen mit Kindern auf die beiden Krankenversicherungssysteme verteilen (*siehe Tabelle 3.5*). Die Familienversicherung nimmt offensichtlich bei Arbeitern und Angestellten Einfluss auf die Wahlentscheidung für GKV oder PKV. Denn von den insgesamt 819.000 verheirateten und bis zu 40 Jahre alten Arbeitern und Angestellten sind ca. 64 % in der GKV (527.000) und ca. 36 % in der PKV (292.000) versichert. Bei den Personen mit Kindern fällt ein ähnlich signifikanter Zusammenhang auf: Von den 672.000 Arbeitern und Angestellten mit Kindern sind mehr als 67% in der GKV (453.000) und weniger als 33 % in der PKV (219.000) versichert. Eine Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten insgesamt und Arbeitern und Angestellten, die das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, bringt dabei keine weiteren Unterschiede hervor.

Die Gruppe der GKV-versicherten Selbständigen ist mehrheitlich verheiratet (66 %), während es in der PKV nur 48 % sind (*siehe Tabelle 3.2*). Andersherum betrachtet sind von den verheirateten Selbständigen ca. 55 % und von den Selbständigen mit Kindern ca. 57 % in der PKV versichert (*siehe Tabelle 3.5*). Bei den Selbständigen deutet daher nur die Familienstruktur des Versichertenkollektivs darauf hin, dass sich Verheiratete eher zu Gunsten der GKV entscheiden.

Tabelle 3.5: Arbeiter, Angestellte und Selbständige nach Familienstruktur und Art der Krankenversicherung im Jahr 2003			
	GKV	PKV	insgesamt
Arbeiter und Angestellte*			
Verheiratete in 1.000 (in % an Insgesamt)	1.578 (65)	846 (35)	2.424 (100)
Personen mit Kindern in 1.000 (in % an Insgesamt)	1.060 (66)	557 (34)	1.617 (100)
Arbeiter und Angestellte bis 40 Jahre*			
Verheiratete in 1.000 (in % an Insgesamt)	527 (64)	292 (36)	819 (100)
Personen mit Kindern in 1.000 (in % an Insgesamt)	453 (67)	219 (33)	672 (100)
Selbständige			
Verheiratete in 1.000 (in % an Insgesamt)	741 (45)	924 (55)	1665 (100)
Personen mit Kindern in 1.000 (in % an Insgesamt)	395 (43)	514 (57)	909 (100)
* zum einbezogenen Personenkreis siehe Tabelle 3.3 und Tabelle 3.4.			
Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen			
			WIdO 2006

3.4 Fazit: Die „solidarischen“ und „unsolidarischen“ Wirkungen der Familienversicherung

Ein relativ kleiner Teil der Bevölkerung kann sich frei entscheiden, sein Krankheitsrisiko entweder privat oder gesetzlich abzusichern. Neben dem individuellen Krankheitsrisiko, der individuellen und familiären Einkommenssituation, den persönlichen Einstellungen zur PKV und GKV und weiteren individuellen Präferenzen beeinflusst die Familienversicherung nach § 10 SGB V die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich abhängig Beschäftigte, die verheiratet sind und/oder Kindern haben, vermehrt für die GKV entscheiden. Dagegen deutet nur die Familienstruktur der Gruppe der GKV-versicherten Selbständigen an, dass sie sich vorzugsweise in der GKV versichern, wenn sie verheiratet sind.

Die Familienversicherung ist – trotz aller Kritik –¹² ein zentrales solidarisches Element der GKV, das Verheiratete mit einem nicht erwerbstätigen Ehepartner ohne höheres Einkommen und Personen mit Kindern finanziell begünstigt. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen übt die Familienversicherung jedoch auch „unsolidarische“ Wirkungen aus, die die GKV für Unverheiratete und Personen ohne Kinder in finanzieller Hinsicht weniger attraktiv erscheinen lässt. Soweit sie keiner Versicherungspflicht unterliegen, können sie sich einer solidarisch finanzierten GKV entziehen, indem sie zur PKV abwandern oder erst gar keine freiwillige Versicherung in der GKV abschließen.

¹² Vgl. hierzu Wenzel (1999), Dräther/Rothgang (2004) und SVRW (2005), 330 ff.

Aus diesen und anderen Gründen liegen zahlreiche Vorschläge zur Reformierung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen vor.¹³ Unter anderem wird die Abschaffung der Familienversicherung für den Ehepartner gefordert. Für die Beziehungen zwischen der GKV und PKV würde dies bedeuten, dass in der GKV versicherte Ein-Beitragszahler-Ehepaare einen finanziellen Vorteil verlieren und höhere Anreize haben, in die PKV abzuwandern. Dem Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung des Ehepartners stehen für die (ehemaligen) Ein-Beitragszahler-Ehepaare nur moderate finanzielle Entlastungen gegenüber, da ihre zusätzlichen Beiträge c. p. zu niedrigeren Beitragssätzen führen, die allen GKV-Beitragszahlern zugute kommen. Dieselben Beitragssenkungen werden auch nur in einem sehr geringen Umfang dazu führen können, dass potenzielle Umverteilungszahler (u. a. Zwei-Beitragszahler-Ehepaare und nicht verheiratete freiwillig Versicherte) seltener in die PKV abwandern bzw. sich vermehrt in der GKV absichern.

Ein weiterer Reformvorschlag bezieht sich auf die Krankenversicherung der Kinder, die als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden und PKV-versicherte Kindern mit einschließen soll. Auf der Seite der GKV werden durch Steuermittel, die die Leistungsausgaben der Kinder decken, die Beiträge der GKV insgesamt gesenkt. Alle Beitragszahler, unabhängig davon, ob sie Kinder haben oder nicht, werden dann finanziell entlastet. In der PKV zahlen – mit Ausnahme der Beamten – Personen mit Kindern die Krankenversicherung ihrer Kinder selbst. Da es ex ante keine gezielte familienorientierte Umverteilung von PKV-versicherten Personen ohne Kinder hin zu PKV-versicherten Personen mit Kindern

¹³ Vgl. hierzu *Dräther/Rothgang (2004), 11 ff.*

gibt, würden auch nur letztere finanziell entlastet werden, wenn allgemeine Steuermittel auch zur Finanzierung PKV-versicherter Kinder herangezogen werden.¹⁴ Für Personen mit Kindern entfallen demnach die finanziellen Vorteile der GKV ebenso wie die finanziellen Nachteile der PKV. Eine alle Kinder (GKV- und PKV-versichert) umfassende Steuerfinanzierung der Kinder würde die PKV daher in finanzieller Hinsicht attraktiver werden lassen.

Die Abwanderung von der GKV in die PKV ist aus dem Blickwinkel der solidarischen Finanzierung der GKV problematisch und zu kritisieren. Ob mit oder ohne Familienversicherung – in der GKV werden weiterhin keine risikoäquivalenten Beiträge erhoben, die zudem grundsätzlich nach der individuellen Leistungsfähigkeit bemessen werden. Wenn solche Umverteilungsziele verfolgt werden, bedarf es, um sie zu erreichen, immer potenzieller Umverteilungszahler. Die VPG stellt dabei für freiwillig Versicherte eine Exit-Option dar, von der insbesondere potenzielle Umverteilungszahler Gebrauch machen. Selektionswirkungen zwischen GKV und PKV lassen sich daher durch Beibehalten einer Familienversicherung nicht vermeiden. Auch eine Abschaffung oder eine Änderung etwa bei der Finanzierung der Krankenversicherung von Kindern lösen „nur“ andere Selektionswirkungen aus, die erneut zu Lasten einer solidarisch zu finanzierten GKV ausfallen.

¹⁴ Eine Ausnahme besteht bei den Beamten, bei denen der Dienstherr – also der Steuerzahler – bereits den größten Teil der Ausgaben für die „Krankenversicherung der Kinder“ übernimmt.

3.5 Literatur

Dräther H/Rothgang H (2004), Die Familienversicherung für Ehepaare in der Gesetzlichen Krankenversicherung. ZeS-Arbeitspapier 2004 (8), 80.

Gerlach W/Epping, Conrad (2001), Die Familienversicherung. Fortbildung und Praxis. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

Jacobs K/Schulze S (2004), Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2004 (1), 7–18.

Leinert J/Grabka M/Wagner G. (2005), Bürgerprämie für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung. In: Gress S/Pfaff A/Wagner G (Hrsg.), Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertise zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Düsseldorf: edition Hans-Böckler-Stiftung: 209–273.

Rothgang H/Höppner K/Borchert L/Becker R/Glaeske G (2006), Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht; Bestandaufnahme, Probleme, Optionen. Schriftenreihe Gesundheitsökonomie. Baden-Baden: Nomos.

SVRW, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005), Jahresgutachten 2005/2006, "Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen". Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Schadendorf F (1998): "Trennung von Krankenversicherung und Verteilungspolitik." Wirtschaftsdienst XII, 728–735.

Wenzel D (1999), Finanzierung des Gesundheitswesens und Interpersonelle Umverteilung. Frankfurt am Main: Peter Lang.

4 Morbidität als Selektionskriterium

Johannes Leinert

Wer sich in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichern will, muss im Falle eines hohen Krankheitsrisikos mit hohen Prämienzuschlägen und Versicherungsausschlüssen rechnen; in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die Beiträge dagegen unabhängig vom Krankheitsrisiko. Für diejenigen, die das Wahlrecht zwischen GKV und PKV haben, ist daher – neben der Höhe des Einkommens, der Anzahl der Familienangehörigen und persönlichen Präferenzen – der Gesundheitszustand ein Entscheidungskriterium für die Versicherungsart: Unter sonst gleichen Umständen bestehen bei schlechtem Gesundheitszustand Anreize, sich in der GKV zu versichern und nicht in der PKV. In diesem Beitrag wird untersucht, ob sich bei wahlberechtigten Versicherten diese Anreize tatsächlich in unterschiedlicher Morbidität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen niederschlagen – was dafür sprechen würde, dass die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der GKV auch durch ein „Rosinenpicken“ der PKV ansteigen. Vergleichend werden auch die Gruppe der Nicht-Wahlberechtigten und der Versicherten insgesamt betrachtet.

Trotz der großen Bedeutung etwaiger Morbiditätsunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten für die gesundheitspolitische Diskussion existieren bislang nur wenige empirische Untersuchungen zur Thematik, so beispielsweise *Lüngen et al. (2005)* und *Mielck/Helmert (2006)*. Im Unterschied zu diesen Untersuchungen konzentriert sich die vorliegende Auswertung vor allem auch auf die Unter-

gruppe der Wahlberechtigten, manifestiert sich doch bei dieser Gruppe die Möglichkeit der Risikoselektion zu Lasten der GKV. Die Datengrundlage bilden die GKV- und PKV-Stichproben des WIdOmonitors 2006, die sich auf Versicherte ab 18 Jahren beziehen.¹ Befragte mit fehlenden Angaben zu den jeweils interessierenden Fragestellungen wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Da für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach Wahlberechtigung zusätzliche (und damit ggf. fehlende) Angaben benötigt wurden, hat dies zur Folge, dass in der Auswertung die Personengruppe der „Versicherten insgesamt“ stets größer ausfällt als die Summe ihrer Untergruppen.

4.1 Vorgehensweise

Für die folgende Analyse werden fünf Indikatoren verwendet. Als Morbiditätsindikator wird erstens der Anteil der Versicherten herangezogen, der angab, im 1. Quartal 2006 krank gewesen zu sein und nicht durchgängig gesund (fallzahlbedingt wurden dabei die Erhebungskategorien „leicht erkrankt“ und „schwer erkrankt“ zusammengefasst). Zweitens wird der Anteil der Versicherten betrachtet, der nach eigener Auskunft unter einer chronischen Erkrankung leidet, die einer regelmäßigen oder wiederkehrenden ärztlichen Behandlung bedarf. Als Indikatoren für die Leistungsanspruchnahme dienen die Anzahl der Krankenhausnächte und der Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten sowie der Anteil der Versicherten, der regelmäßig Medikamente einnimmt.

¹ Eine Beschreibung der Erhebung findet sich in *Kapitel 8*.

Die Auswertung erfolgt in drei Schritten: Erstens wird untersucht, ob sich für den Teil der Versicherten, der ein Wahlrecht zwischen PKV und GKV hat, Unterschiede in Morbidität und Leistungsanspruchnahme zwischen den beiden Systemen beobachten lassen. Gerade in dieser Gruppe müssten sich im Falle der Risikoselektion Systemunterschiede hinsichtlich Morbidität und Leistungsanspruchnahme zeigen. Für diese Analysen ist zunächst die Gruppe der „Wahlberechtigten“ abzugrenzen, die sich zwischen GKV und PKV entscheiden können. Ein formales Wahlrecht haben Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.937,50 Euro im Monat sowie im Wesentlichen Selbstständige und Beamte. Faktisch ist das Wahlrecht der Beamten allerdings stark eingeschränkt, denn die gesetzlichen Regelungen legen eine Versicherung in der PKV nahe: Während ihr Dienstherr den Beamten einen Beihilfeanspruch in Höhe von mindestens 50 % der Leistungsausgaben gewährt, wenn sie sich in der PKV versichern, müssen sie in der GKV den vollen Beitragssatz einschließlich des Arbeitgeberanteils bezahlen. Folglich existieren für Beamte starke ökonomische Anreize, sich in der PKV zu versichern. Daher wird die Gruppe der „Wahlberechtigten“ in diesem Beitrag definiert als Arbeiter und Angestellte mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze² sowie Freiberufler und sonstige Selbständige oder Unternehmer.

Zweitens wird untersucht, ob sich entsprechende Unterschiede zwischen GKV und PKV für den anderen Teil der Versicherten beobachten lassen. Diese Personengruppe, die im Folgenden als „Nicht-Wahlberechtigte“ bezeichnet wird, umfasst in der GKV im Wesentli-

² Bei PKV-versicherten Arbeitern und Angestellten wurde auf diese Einkommensgrenze als Abgrenzungskriterium verzichtet, da sie nur zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bei der PKV relevant war.

chen Pflichtversicherte und mitversicherte Familienangehörige, in der PKV im Wesentlichen Beamte und Nicht-Erwerbstätige. Aus diesen Ergebnissen lassen sich Hinweise darüber gewinnen, ob aus der gesetzlich geregelten (bzw. für die Gruppe der Beamten: faktisch erreichten) Zuweisung von bestimmten Personengruppen zu den Systemen Morbiditätsunterschiede resultieren.

Drittens wird der gesamte Versichertenbestand untersucht, also die Summe der Wahlberechtigten und Nicht-Wahlberechtigten. Daraus lassen sich Hinweise darüber ableiten, ob sich zwischen den jeweiligen Versichertenkollektiven von GKV und PKV insgesamt Unterschiede in Morbidität und Leistungsanspruchnahme ergeben. Wenn dem so ist, ist mit entsprechenden Auswirkungen auch auf die Gesundheitsausgaben und den Beitragssatz der GKV und damit auf den „Wettbewerb“ zwischen GKV und PKV um die Wahlberechtigten zu rechnen. In den folgenden Auswertungen werden für die geschilderten Personengruppen die Indikatorenwerte differenziert nach gewählter Krankenversicherungsart dargestellt.³

³ Auf eine Altersstandardisierung wurde verzichtet. Da die Befragten der PKV-Stichprobe „gesünder“ waren (*siehe Abschnitt 4.2*), obwohl sie älter waren als die Befragten der GKV-Stichprobe (*siehe Fußnote 4 in diesem Kapitel*), ist aufgrund der positiven Korrelation von Morbidität und Alter zu erwarten, dass bei einer Altersstandardisierung die ermittelten Morbiditätsunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten noch größer ausfallen.

4.2 Ergebnisse

Gemessen an den verwendeten Indikatoren zeigen sich deutliche Morbiditätsunterschiede zwischen Wahlberechtigten der GKV- und der PKV-Stichprobe (*siehe Tabelle 4.1*). So betrug der Anteil der im 1. Quartal 2006 Erkrankten bei GKV-Versicherten 42 %, bei PKV-Versicherten 28 %. Der Anteil der Chroniker betrug bei GKV-Versicherten 33 %, bei PKV-Versicherten 23 %. Für die Finanzierung des Gesundheitssystems ist jedoch weniger die Morbidität der Versicherten als vielmehr die daraus resultierende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen entscheidend.

Indikator	GKV		PKV	
	N	Anteil in %	N	Anteil in %
Anteil Versicherte, die im 1. Quartal 2006 (leicht oder schwer) erkrankt waren				
Wahlberechtigte*	329	41,95	371	28,30
Nicht-Wahlberechtigte	1.613	45,94	619	47,17
davon: Nicht-Erwerbstätige	923	50,70	355	47,89
davon: Erwerbstätige	690	39,57	264	46,21
Versicherte insgesamt*	1.988	45,12	1.001	39,76
Anteil Versicherte, die unter chronischer Erkrankung leiden				
Wahlberechtigte*	327	32,73	368	22,55
Nicht-Wahlberechtigte	1.617	46,69	621	44,61
davon: Nicht-Erwerbstätige	925	52,97	357	48,74
davon: Erwerbstätige	692	38,29	264	39,02
Versicherte insgesamt*	1.995	43,91	1.000	36,40
* Unterschied zwischen GKV und PKV signifikant auf dem 95-Prozent-Niveau				
WIdO 2006				

Auch bei der Leistungsanspruchnahme zeigen sich bei den Wahlberechtigten der GKV- und der PKV-Stichprobe deutliche Unterschiede (siehe Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Wahlberechtigung und Versicherungsart				
Indikator	GKV		PKV	
	N	Wert	N	Wert
Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten**				
Wahlberechtigte*	330	0,92	372	0,34
Nicht-Wahlberechtigte	1.617	2,52	621	3,11
davon: Nicht-Erwerbstätige	924	3,22	357	4,30
davon: Erwerbstätige	693	1,59	264	1,50
Versicherte insgesamt	1.997	2,21	1.004	2,05
Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche in den letzten 12 Monaten				
Wahlberechtigte*	330	4,35	368	3,17
Nicht-Wahlberechtigte	1.620	6,59	609	6,15
davon: Nicht-Erwerbstätige*	927	7,59	348	6,04
davon: Erwerbstätige	693	5,27	261	6,30
Versicherte insgesamt*	2000	6,21	988	5,10
Anteil der Befragten mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme in %				
Wahlberechtigte*	328	34,45	371	21,29
Nicht-Wahlberechtigte	1.622	49,82	621	53,62
davon: Nicht-Erwerbstätige	928	60,02	357	63,31
davon: Erwerbstätige	694	36,17	264	40,53
Versicherte insgesamt*	1.999	47,07	1.003	41,67
* Unterschied zwischen GKV und PKV signifikant auf dem 95-Prozent-Niveau				
** Wegen geringer Fallzahl der Versicherten mit Krankenhausaufenthalt eingeschränkt interpretierbar.				

WIdO 2006

Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausnächte betrug 0,9 bei GKV-Versicherten und 0,3 bei PKV-Versicherten. Diese Zahlen sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Da nur ein geringer Teil der Versicherten im betrachteten Zeitraum im Krankenhaus war, ist die jeweilige Fallbasis zur Ermittlung der durchschnittlichen Krankenhausnächte gering. Andererseits lassen qualitativ ähnliche Ergebnisse in anderen Untersuchungen (siehe beispielsweise *Lüngen et al. 2005*, 2 zur durchschnittlichen Anzahl von Krankenhausaufenthalten) und eine eigene Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels die beobachteten Unterschiede in der Tendenz als plausibel erscheinen. GKV-Versicherte besuchten durchschnittlich 4,4 mal einen Arzt, PKV-Versicherte 3,2 mal. 34 % der GKV-Versicherten nahmen regelmäßig Medikamente ein; bei den PKV-Versicherten waren es 21 %. Dies spricht dafür, dass die Wahlmöglichkeiten zu einer deutlichen Risiko-selektion zwischen GKV und PKV führen.

In der Gruppe der Nicht-Wahlberechtigten liegt das Durchschnittsalter in beiden Stichproben deutlich über demjenigen der Wahlberechtigten.⁴ Dies ist im Wesentlichen bedingt durch die oben beschriebene Abgrenzung der Wahlberechtigten, die zur Folge hat, dass alle Rentner der Gruppe der Nicht-Wahlberechtigten zugerechnet werden. Erwartungsgemäß fallen daher bei den Nicht-Wahlberechtigten sowohl in der GKV- als auch in der PKV-Stichprobe Morbidität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen deutlich höher aus als bei den Wahlberechtigten. Allerdings sind die höheren Indikatoren-

⁴ In der Stichprobe lag das Durchschnittsalter der GKV-Versicherten insgesamt bei 49,2 Jahren (42,3 Jahre bei Wahlberechtigten, 50,3 Jahre bei den Nicht-Wahlberechtigten). Bei den PKV-Versicherten lag das Durchschnittsalter insgesamt bei 51,3 Jahren (45,8 Jahre bei den Wahlberechtigten, 54,7 Jahre bei den Nicht-Wahlberechtigten).

werte nicht ausschließlich auf einen Alterseffekt zurückzuführen. Denn auch dann, wenn in der Stichprobe nur die Erwerbstätigen unter den Nicht-Wahlberechtigten betrachtet werden (bei den PKV-Versicherten sind dies fast ausschließlich Beamte), liegen deren Morbiditäts- und Inanspruchnahmeindikatoren über den Werten der Wahlberechtigten. Insgesamt fällt auf, dass die Werte der Morbiditäts- und Inanspruchnahmeindikatoren bei den Nicht-Wahlberechtigten in der GKV- und PKV-Stichprobe auf einem ähnlichen Niveau liegen. Zudem fallen die Indikatorenwerte in dieser Personengruppe bei den GKV-Versicherten nicht durchgängig höher aus als bei den PKV-Versicherten. Dies deutet darauf hin, dass die formale oder faktische Zuweisung bestimmter Personengruppen zu bestimmten Versicherungssystemen – pflichtversicherte Beschäftigte zur GKV, Beamte zur PKV – wenn überhaupt nur zu geringen Morbiditätsunterschieden zwischen den Versicherungssystemen führt.

Wird der Versichertenbestand insgesamt betrachtet, fallen die Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Stichprobe bei Morbidität und Leistungsanspruchnahme geringer aus als bei alleiniger Betrachtung der Wahlberechtigten, bleiben aber bestehen. So liegt der Anteil der im 1. Quartal 2006 Erkrankten im Versichertenbestand der GKV bei 45 %, während er im Versichertenbestand der PKV 40 % beträgt. Im GKV-Bestand liegt der Anteil der Chroniker bei 44 %, im PKV-Bestand bei 36 %. Wird in beiden Stichproben die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für den gesamten Versichertenbestand ausgewertet, ergibt sich folgendes Bild: Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausnächte beträgt bei GKV-Versicherten 2,2, diejenige der Arztbesuche 6,2. Bei PKV-Versicherten betragen die entsprechenden Durchschnittswerte 2,1 und 5,1. Der Anteil der Versicherten, die regelmäßig Medikamente einnehmen, liegt in der GKV bei 47 %, in der PKV bei 42 %.

4.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse sprechen dafür, dass es zwischen GKV und PKV deutliche Unterschiede bei Morbidität und Leistungsanspruchnahme gibt: Im Durchschnitt haben GKV-Versicherte einen schlechteren Gesundheitszustand und nehmen medizinische Leistungen häufiger in Anspruch als PKV-Versicherte. Andere Untersuchungen (*Lüngen et al. 2005; Mielck/Helmert 2006*) kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die GKV einen „kränkeren“ Versichertenbestand hat als die PKV.

Eine Differenzierung nach Personengruppen lässt vermuten, dass dies auf eine starke Risikoselektion bei der vergleichsweise kleinen Personengruppe der Wahlberechtigten zurückzuführen ist, die sich zwischen GKV und PKV entscheiden kann. In der ausgewerteten Stichprobe sind in dieser Personengruppe GKV-Versicherte beispielsweise 1,5 mal häufiger krank als PKV-Versicherte, gehen öfter zum Arzt und verbringen mehr Nächte im Krankenhaus. Bei den Nicht-Wahlberechtigten Versicherten lassen sich dagegen kaum nennenswerte Unterschiede bei Morbidität und Leistungsanspruchnahme beobachten – bei ihnen bestehen keine Möglichkeiten oder ökonomischen Anreize, sich bei gutem Gesundheitszustand in der PKV zu versichern.

4.4 Literatur

Lüngen M et al. (2005), Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Morbidität zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung – Eine Auswertung des Infratest Access Panels. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 59 (3–4), 25–30.

Mielck A/Helmert U (2006), Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten, Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung. Erscheint in: Böcken J et al. (Hrsg.) (2006), Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

5 Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zur Leistungs- und Ausgabensteuerung

Stephanie Sehlen

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden seit Anfang der 90er-Jahre des 20. Jahrhunderts zur Beseitigung der Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung amerikanische Managed-Care-Ansätze diskutiert und Modellprojekte dazu durchgeführt. Mit den Gesetzesänderungen der letzten Jahre (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und GKV-Modernisierungsgesetz 2003) haben die Möglichkeiten der Kassen zur Versorgungssteuerung (integrierte Versorgung, Case-Management etc.) deutlich zugenommen. Zudem verfügen die gesetzlichen Krankenkassen nun auch über mehr Instrumente der Versicherersteuerung (Selbstbehaltstarif, Bonus-Modell).

Anders als in der GKV stellt die freie Gestaltung von Vertragsinhalt und -umfang in der PKV ein Grundprinzip dar und Selbstbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen etc. wurden schon seit jeher zur Inanspruchnahmesteuerung der Versicherten genutzt. Die PKV-Unternehmen nahmen aber bisher keinen direkten steuernden Einfluss auf die Versorgung ihrer Versicherten. Nur wenige Initiativen wurden bisher unternommen, um eine erwünschte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erreichen.

Welche Aktivitäten einer Leistungs- und Ausgabensteuerung werden derzeit von der PKV unternommen, wie sind diese im Hinblick auf den Versichertenutzen zu bewerten und sind Änderungen der Rahmenbedingungen in Sicht, die ein Gesundheitsmanagement der PKV befördern? Im Beitrag werden hierzu Antworten gesucht. Letztendlich sind geeignete Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, unter denen ein auf Qualität und Wirtschaftlichkeit gerichtetes Gesundheitsmanagement in der PKV stattfinden kann. Dies betrifft neben dem Binnenverhältnis der PKV auch das Verhältnis von GKV und PKV.

5.1 Die Ausgangslage: Gegenwärtige Leistungs- und Ausgabensteuerung der PKV

5.1.1 Steuerungsinstrumente eines Gesundheitsmanagements – ein Überblick über das theoretisch Mögliche

Krankenversicherungen können – wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen ihnen dies erlauben – in unterschiedlicher Weise auf die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung Einfluss nehmen. Folgende Instrumente sind vom Grundsatz her geeignet:

5.1.1.1 Gestaltung der Versicherungsverträge

Wichtigstes Steuerungsinstrument eines Krankenversicherers ist die Übertragung des Versicherungsrisikos in geeigneten „Dosen“ auf den Versicherten durch Selbstbeteiligungen, Beitragsrückerstattungen, Leistungsobergrenzen, und andere Formen der Risikobeteiligung.

Durch eine Risikobeteiligung wird der Versicherte z. T. den finanziellen Konsequenzen seiner Entscheidung ausgesetzt. Er erhält dadurch den finanziellen Anreiz, auf nicht unbedingt notwendige Leistungen zu verzichten oder Leistungen mit günstigem Verhältnis von Preis zu Qualität ausfindig zu machen.

Dem Patienten ist es aber nur eingeschränkt möglich zu beurteilen, ob eine medizinische Leistung seinen Bedürfnissen entspricht, weil ihm das dazu erforderliche medizinische Wissen in vielen Bereichen fehlt. Bei akuten Krankheitsfällen besteht zudem ein erheblicher Zeitdruck für die Entscheidung. Wegen des Informationsnachteils gegenüber dem Leistungserbringer ist der Patient in seiner Entscheidungssouveränität eingeschränkt. Selbstbehalte haben nur dann eine Steuerungsfunktion, wenn Patienten überhaupt einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haben und außerdem faktische Wahlmöglichkeiten bzgl. unterschiedlicher Preis-/Qualitätsangebote und eine ausreichende Markttransparenz gegeben sind.

Eine indirekte Beeinflussung der medizinischen Versorgung der Patienten kann zudem dadurch bewirkt werden, dass diese hinsichtlich möglicher Leistungserbringer und deren Qualität zielgerichtet informiert und beraten werden. Zudem können den Versicherten kostengünstigere Arznei-, Heil- und Hilfsmittel empfohlen werden.

Darüber hinaus ist es Versicherungsunternehmen möglich, auch direkt steuernd auf die Inanspruchnahme einzuwirken, etwa durch Case-Management, d. h. durch eine zeitliche und institutionelle Koordination der verschiedenen Schritte des Behandlungsprozesses von Hochkostenfällen. Versicherte werden dazu mittels telefonischer Kontaktaufnahme über entsprechende Behandlungsmaßnahmen informiert.

5.1.1.2 Gestaltung der Vergütung der Leistungserbringer

In der Regel trifft dort, wo die Entscheidungssouveränität des Patienten eingeschränkt ist, der Leistungserbringer die Nachfrageentscheidung (sog. anbieterdeterminierte Nachfrage). Dem Leistungserbringer erwachsen dadurch gewisse Handlungsspielräume, die er nutzen kann, um sein Einkommen zu steigern. Eine Leistungsausweitung bewirkt insbesondere bei einer Einzelleistungsvergütung ein höheres Einkommen des Arztes. Die durch das Anbieterverhalten bedingten zusätzlichen Leistungen werden häufig als „anbieterinduzierte Nachfrage“ bezeichnet (*Breyer/Zweifel 1999, 224*).

Vergütungsformen, die in Bezug auf den Ressourceneinsatz „pauschaliert“ sind, wie z. B. die Diagnosis Related Groups (DRGs) für den Krankenhausbereich, „belohnen“ Leistungserbringer für einen effizienten Ressourceneinsatz. Vergütet wird eine Pauschale je Behandlungsfall, je Patient oder je Versicherten. Je nachdem, wie umfassend die Pauschale gewählt wird, werden dem Leistungserbringer Anreize gegeben, die Versorgung auch unter Einbezug nachgelagerter Versorgungsebenen (z. B. in der stationären Versorgung) effizient zu koordinieren.¹

Losgelöst vom konkreten Ressourceneinsatz des Einzelfalls als Bewertungsmaßstab ist – in der Annahme, dass typischerweise der Behand-

¹ Die Übertragung der ökonomischen Verantwortung kann mit einer Auflösung der organisatorischen Trennung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringern einhergehen, wie dies bei den Health Maintenance Organizations (HMOs) in den USA der Fall ist. Hierdurch unterscheiden sie sich von der europäischen Form der HMOs, wie sie beispielsweise in der Schweiz üblich sind. Obwohl auch hier eine pauschalierte Vergütung erfolgt, ist eine organisatorische Trennung grundsätzlich vorgesehen.

lungsaufwand von der Krankheitsschwere abhängt – die Morbidität eines Versicherten bzw. Patienten eine geeignete Orientierungsgröße für die Festlegung der Vergütungshöhe. Je feiner die Vergütung die Versichertenmorbidität abbildet, desto geringer ist das finanzielle Risiko der Leistungserbringer, die medizinisch notwendige Versorgung auch für in einer Periode zufällig überdurchschnittlich hohe Anteile hoch morbider Patienten bereitzustellen. Durch eine genauere Kalkulation der Vergütungspauschalen wird die Krankenkasse auch die Gefahr einer (angesichts einer überdurchschnittlich guten Risikostruktur) zu hohen Vergütung einschränken (*Sehlen 2002, 178f.*)²

Alternativ zur Vereinbarung von Vergütungspauschalen kann unter Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung eine Gewinn- bzw. Verlustbeteiligung an ex post festgestellten Mehr- bzw. Minderausgaben vereinbart werden, um vergleichbare finanzielle Anreize für die Leistungserbringer zu bewirken. Eine sachgerechte Abschätzung von Einsparungen erfordert ebenfalls eine genaue Risikomessung des betrachteten Versicherten- bzw. Patientenkollektivs. Andernfalls könnten Ausgabenunterschiede gegenüber einem Referenzkollektiv auch auf eine möglicherweise bessere durchschnittliche Versichertenmorbidität der Interventionsgruppe zurückzuführen sein.

Die durch eine Risikobeteiligung der Versicherten erreichbaren Steuerungseffekte könnten auch durch eine Risikobeteiligung der Leistungserbringer erzielt werden. Bei gleicher Wirksamkeit einer Begrenzung des subjektiven Risikos (der Versicherten und der Leistungserbringer), d. h. bei gleicher finanzieller Belastung der Versicherten (durch Prämien zzgl. Selbstbeteiligung) können diese durch die zu-

² Siehe zu Methoden der Morbiditätsadjustierung *Reschke/Sehlen 2005*.

sätzliche Steuerung der Leistungserbringer ein höheres Niveau der finanziellen Absicherung erfahren.³

5.1.1.3 Selektive Kooperation mit Leistungserbringern

Eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung kann vor allem dann erzielt werden, wenn ein Krankenversicherer mit einer Auswahl an im Hinblick auf die Zielkriterien geeigneten Leistungserbringern Kooperationen eingeht, zu denen die Versicherten durch Anreize gelenkt werden.

Wählt das Versicherungsunternehmen anhand geeigneter Kriterien Leistungserbringer aus, die effizient wirtschaften und/oder eine überdurchschnittliche Qualität der Leistungen bieten, können Effizienz bzw. Qualität der medizinischen Versorgung der zu diesen Leistungserbringern gelenkten Patienten gesteigert werden. Gleichzeitig wird ein Qualitäts- und Preiswettbewerb induziert.

Um die Versicherten zu den kooperierenden Leistungserbringern zu lenken, kann im Versicherungsvertrag die Wahlfreiheit der Patienten auf die ausgewählten Leistungserbringer beschränkt werden. Die Versicherten verzichten bei Wahl dieser Versorgungsformen auf Entscheidungsmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme, d. h. im Wesentlichen auf die maximale Entscheidungsfreiheit bei der Arztwahl. Wählt der Versicherte einen anderen Leistungserbringer, wird er mit einer (höheren) Selbstbeteiligung belastet, oder die in Anspruch ge-

³ Siehe die modelltheoretische Betrachtung von *Ellis/McGuire 1993*.

nommenen Leistungen werden nicht in Gänze vom Versicherungsunternehmen erstattet.

Es gibt unterschiedliche Kooperationsformen: Eine Kooperation ist möglich durch Unternehmensbeteiligungen (extrem: Fusion) oder durch eine sog. „virtuelle Integration“, bei der die Steuerung durch Verträge erfolgt. Bei der virtuellen Integration hat der Versicherer im Vergleich zur vertikalen Integration einen geringeren Einfluss auf die Leistungserbringung, er kann das Gesundheitsmanagement jedoch flexibler an strukturelle Veränderungen anpassen. Allerdings ist ein Vertragsabschluss mit hohen spezifischen Investitionen verbunden, die aber durch eine Standardisierung der „virtuellen Integration“ gesenkt werden können.

Die Kooperationsvereinbarungen mit Leistungserbringern umfassen eine Honorarvereinbarung mit evtl. Gewinnbeteiligung und Vereinbarungen über die medizinische Versorgung mit der Vorgabe bestimmter Planungs- und Kontrollinstrumente, z. B. Qualitätssicherungsmaßnahmen, Gatekeeping etc.

5.1.2 Fehlender Einsatz von Steuerungsinstrumenten in der PKV

Das Gesundheitsmanagement der PKV-Unternehmen konzentriert sich heute fast ausschließlich auf den Versicherten. Zwischen Versicherungsunternehmen und Leistungserbringer bestehen keine direkten Vertragsbeziehungen. Im Folgenden soll kurz skizziert werden, welche Maßnahmen die PKV-Unternehmen derzeit anwenden und mit welchen Instrumenten Verbesserungen erzielbar wären.

5.1.2.1 Gestaltung der Versicherungsverträge

Das wichtigste Instrument der PKV zur Beeinflussung der Leistungsanspruchnahme stellt derzeit die Steuerung der Versicherten durch vertragliche Selbstbeteiligungen und Beitragsrückzahlungen dar. Neben der Definition der Versicherungsleistungen und Leistungsausschlüsse ist zudem die Formulierung von Obliegenheiten des Versicherungsnehmers üblich. Anders als die gesetzlichen Krankenkassen haben PKV-Unternehmen hier einen hohen Gestaltungsspielraum.

Durch die Gestaltung des Versicherungsvertrags ist es den Unternehmen außerdem möglich, zum Ausgleich der fehlenden direkten Steuerungsmöglichkeiten der Leistungserbringer vermittelnd über den Versicherten indirekt auf das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer einzuwirken. Im Versicherungsvertrag werden dazu geeignete Erstattungsvoraussetzungen formuliert.

Dies betrifft etwa die versicherungsvertragliche Regelung, dass die Erstattung von medizinischen Leistungen zur Heilbehandlung für privat Versicherte die medizinische Notwendigkeit voraussetzt (§ 1 Abs. 2 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 1994, MB/KK 1994). Zudem hat die Abrechnung nach der Maßgabe der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu erfolgen, ansonsten ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Die Gefahr einer Erstattungslücke wird zum Teil dadurch reduziert, dass die Leistungserbringer gesetzlichen Vorgaben bzgl. der Leistungsabrechnung unterliegen. Sowohl GOÄ als auch BPflV sehen als Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit mit der medizinischen Notwendigkeit die gleiche Grundformel vor, auf die sich die PKV bei der Präzisierung des Versicherungsfalls beruft. Der Arzt hat die Verpflich-

tung, den Versicherten darüber aufzuklären, dass auf Verlangen erbrachte, aber aus medizinischer Sicht nicht notwendige Leistungen vom Versicherungsunternehmen evtl. nicht erstattet werden.

Weil aber keine direkte Vertragsbeziehung zwischen PKV-Unternehmen und Leistungserbringer besteht, sondern nur zwischen Patienten und Leistungserbringer, ist es zunächst allein Aufgabe des Patienten, den Arzt ggf. über einen Rechtsstreit zur Korrektur der Abrechnung zu bewegen. Solche Abrechnungsstreitigkeiten wirken sich negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aus. Weil privat Versicherte in aller Regel in Vorleistung treten, ergibt sich zudem für die Versicherten ein relativ hohes finanzielles Risiko, dass ihnen ihre Auslagen nicht oder nur zum Teil durch den Versicherer erstattet werden.

Versicherungsunternehmen bieten zum Teil ihren Versicherten an, die Arztrechnung vorab zu prüfen (Forderungsübergang, § 67 VVG). Dadurch kann verhindert werden, dass Versicherte Arztrechnungen bezahlen, dafür aber vom Versicherungsunternehmen wegen unberechtigter Honorarforderungen keine oder nur eine teilweise Erstattung erhalten und auch vom Arzt keine Rückerstattung bekommen. Der Forderungsübergang ist üblicherweise vertraglich nicht vereinbart, es besteht also kein Rechtsanspruch der Versicherten darauf. Der Versicherer kann hier von Fall zu Fall entscheiden. Damit ergibt sich das Problem, dass ein Versicherungsunternehmen lediglich in den Fällen einem Versicherten einen Forderungsübergang anbieten wird, in denen eine Aussicht auf Erfolg besteht. In Fällen, in denen das Versicherungsunternehmen gegenüber dem Versicherten eine Falschabrechnung nachweisen kann, eine Durchsetzung gegenüber dem Leistungserbringer jedoch unwahrscheinlich ist, wird es (tendenziell) einen Forderungsübergang nicht anbieten und dem Versicherten die

Erstattung verweigern. Versicherte verbleiben damit bei Abrechnungsstreitigkeiten in einer finanziellen Unsicherheit.

Versicherungsunternehmen bieten bestimmten Personengruppen, wie Studenten oder Selbstständigen mit einem Einkommen unterhalb einer definierten Einkommensgrenze, „abgespeckte“ Versicherungsverträge zu günstigen Prämien an (private Studentenkrankenversicherung und Basistarife). Diese Tarife sehen eine begrenzte Kostenerstattung nur bis i. d. R. zu einem 1,7-(bzw. 1,3-/1,1-)fachen Satz der GOÄ vor. An diese Erstattungsgrenzen sind Ärzte jedoch nur für Standardtarif-Versicherte gem. § 5b GOÄ gebunden. Für die anderen Patienten ergibt sich in der Höhe der Differenz zu der Erstattung durch die Versicherung eine Eigenbeteiligung, die für sie im Krankheitsfall zu einer hohen finanziellen Belastung führen kann. Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes reicht nicht so weit, dass dieser grundsätzlich verpflichtet ist, sich nach dem Versicherungsschutz des Patienten zu erkundigen oder mit einem PKV-Unternehmen Verhandlungen über die Kostenübernahme für einen Patienten zu führen.

Solche vermittelnd über den Versicherten an den Arzt gerichtete Einflussnahmen gehen mit nicht unbedeutenden finanziellen Unsicherheiten für den Versicherten einher. Diese sind ineffizient, weil sie anders als ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt nicht zielgerichtet und damit „steuernd“ wirken. Diese Unsicherheit kann der Versicherte häufig nicht beeinflussen. Weitaus effizienter wäre es, wenn Regelungen zu Vergütungsverfahren im direkten Verhältnis zwischen Versicherer und Arzt getroffen und Abrechnungskorrekturen durch den Versicherer direkt gegenüber dem abrechnenden Arzt geltend gemacht würden.

Neuere Versicherungsbedingungen sehen häufig als Obliegenheit die Vorlage eines Heil- oder Kostenplans (insbesondere bei Zahnersatz) vor. Für psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen gelten vielfach besondere Regelungen dahingehend, dass die Leistungspflicht der Krankenversicherung von vornherein oder nach Überschreiten tariflicher Höchstgrenzen davon abhängig gemacht wird, dass vor der Leistungsanspruchnahme eine schriftliche Leistungszusage des Versicherungsunternehmens erfolgt ist. Hierdurch hat der Versicherer vorab die Möglichkeit, die medizinische Notwendigkeit der Leistungen zu prüfen. Im Vergleich zu älteren Tarifen, die eine solche Regelung nicht vorsehen, wird für den Versicherten das Risiko eingeschränkt, dass der Versicherer bereits in Anspruch genommene Leistungen aufgrund mangelnder medizinischer Notwendigkeit nicht erstattet. Bei einer Vielzahl solcher Regelungen ergibt sich allerdings die Gefahr der informationellen Überforderung des Versicherten.

5.1.2.2 Gestaltung der Vergütung der Leistungserbringer

(Zahn-)Ärzte werden durch ihre Berufsordnung verpflichtet, ihre privatärztlichen Honorarforderungen auf Grundlage der staatlichen Preisverordnungen (Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) zu bemessen (§ 12 der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, MBO-Ä), soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregeln (insbesondere nach SGB V) gelten. Alternativen, wie auf Pauschalen basierende Vergütungsvereinbarungen, die auf höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer abzielen, sind damit ausgeschlossen. Berufsrechtlich sind zudem pauschalierte Vergütungen problematisch, mit denen Ärzte auch

für veranlasste Leistungen zusätzlich eine finanzielle Verantwortung erhalten.⁴

Für die allgemeinen Krankenhausleistungen ist wie für die gesetzliche Krankenversicherung auch die Bundespflegesatzverordnung maßgebend. Anders als beim Einzelleistungsvergütungssystem der GOÄ werden aber allgemeine Krankenhausleistungen über fallbezogene Pauschalen (DRGs) abgerechnet. Neben den Leistungen der ambulanten Behandlung, die niedergelassene Ärzte erbringen, werden auch wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus nach der GOÄ vergütet.

5.1.2.3 Selektive Kooperation mit Leistungserbringern

Private Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland wenden vom Grundsatz her keine direkt auf die medizinischen Leistungserbringer gerichteten Steuerungsinstrumente an. So sind vertragliche Beziehungen zwischen PKV-Unternehmen und medizinischen Leistungserbringern in aller Regel ausgeschlossen. Vertragliche Lösungen zur integrierten Versorgung, die auch eine pauschalierte Vergütung

⁴ Nach Meinung einiger Autoren kollidiert dies mit dem Verbot der Patientenzuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ä), wonach, wie bereits erläutert, der Arzt für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial sich kein Entgelt versprechen oder gewähren lassen bzw. ein solches selber gewähren oder versprechen darf (*Hel-mich 1999, 226*).

Zu den rechtlichen Hemmnissen des Gesundheitsmanagements in der privaten Krankenversicherung vgl. *Schmid-Grotjohann 1995, 149, Wehn 2000, 155ff.* und *Boetius 1996*.

vorsehen können, sind im SGB V geregelt und damit nur für gesetzliche Krankenkassen, nicht aber für die PKV denkbar.⁵

Eine Möglichkeit, innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen in Kontakt mit Leistungserbringern zu kommen, besteht für PKV-Unternehmen lediglich darin, Kooperationen über Kapitalbeteiligungen einzugehen. Einrichtungen dieser Art gibt es bereits seit geraumer Zeit im Krankenhausbereich. So sind etwa 35 PKV-Unternehmen an der Sana Kliniken-Gesellschaft mbH beteiligt, die wiederum an einzelnen Krankenhäusern beteiligt ist und im Rahmen eines Management-Vertrags die Betriebsführung einiger Krankenhäuser übernimmt.

Für den ambulanten Bereich hat die DKV das Projekt goMedus gestartet. Ein Tochterunternehmen der DKV stellt hier die Betreibergesellschaft einer Ärztepartnerschaft, die neben der medizinisch-technischen Ausstattung auch die privatärztliche Abrechnung der Ärzte organisiert (*Medical Tribune*, 39. Jg. v. 16. Juli 2004, 27). Die Tätigkeit solcher Betreiber- bzw. Managementgesellschaften ist allerdings allein auf die Managementtätigkeit beschränkt. Eine (in-)direkte Einflussnahme auf das Leistungsgeschehen widerspricht dem Berufsrecht; sowohl Krankenhäuser als auch ambulante Kooperationsgemeinschaften unterliegen einer ärztlichen Leitung, damit der medizinische Versorgungsauftrag und die medizinische Unabhängigkeit gegenüber

⁵ Widersprüche der SGB-Regelungen, insbesondere zu Verträgen der integrierten Versorgung, mit den berufsrechtlichen Vorschriften sollen hier nicht weiter diskutiert werden. Es ist aber offensichtlich, dass durch neue Gesetzgebungen für das GKV-System größere Spielräume ermöglicht werden als zum jeweiligen Zeitpunkt nach dem Berufsrecht denkbar waren.

wirtschaftlichen Einflüssen gewährleistet ist. Die privatärztliche Tätigkeit muss zwingend nach der GOÄ abgerechnet werden.⁶

Kooperationsformen dieser Art sind also vom Grundsatz her für PKV-Unternehmen möglich, sie können sie anders als gesetzliche Krankenkassen im Rahmen ihrer Kapitalanlageentscheidungen eingehen. Anders als bei direkten Verträgen mit Leistungserbringern, wie sie das SGB V den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht („*Virtuelle Integration*“, siehe oben), ist wegen des Selbstbestimmungsrechts der Ärzte bei einer Unternehmensbeteiligung ein Einfluss auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung höchstens indirekt möglich.

Staatliche Regulierungsmaßnahmen, insbesondere das ärztliche Berufsrecht, stehen einer direkten Steuerung der Versorgung entgegen, sie geben gleichzeitig aber auch Mindeststandards vor: Neben den Ausbildungs- und Weiterbildungsvorschriften, insbesondere durch die Betonung der Eigenverantwortlichkeit und der finanziellen Unabhängigkeit der Ärzte, schreibt das Berufsrecht die Befolgung der GOÄ vor, wodurch ein Mindestqualitätsniveau der medizinischen Versorgung und eine gewisse Preisregulierung ermöglicht werden. Zudem profitiert die PKV auch durch das System der GKV, z. B. im ambulanten Bereich durch vereinbarte Qualitätssicherungsmaßnahmen und im stationären Bereich durch die ausgehandelten Preise für die allgemeinen Krankenhausleistungen, den DRGs. Anders als in der GKV können für die PKV aber beispielsweise keine Mengenvereinbarungen getroffen werden.

⁶ Die DKV hat angekündigt, die an goMedus teilnehmenden Ärzte auch an den Einsparungen zu beteiligen, dieses könnte jedoch wie gesagt berufsrechtlich problematisch sein.

Eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung darüber hinaus ist für die PKV-Unternehmen kaum möglich. Weil PKV-Unternehmen vermittelnd über den Versicherten auf das Abrechnungsverhalten der Ärzte Einfluss nehmen statt direkte Steuerungsinstrumente anzuwenden, werden die Versicherten wie oben beschrieben einer erhöhten finanziellen Unsicherheit ausgesetzt.

5.2 Novellierung des Versicherungsvertragsrechts und der GOÄ zukunftsweisend?

Angesichts der rechtlichen Beschränkung der Versicherungsunternehmen, im Bereich des medizinischen Leistungsangebots tätig zu werden, forderte die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts in ihrem Gutachten des Jahres 2004, einen gesetzlichen Rahmen für Versicherungsprodukte auf Basis des „Managed-Care-Gedankens“ zu schaffen, der Versicherern eine effektive Qualitäts- und Kostensteuerung im Rahmen der medizinischen Versorgung ermöglicht, „um dadurch zu einer weiteren Beitragsstabilisierung im Interesse der Versicherungsnehmer beizutragen“ (*Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, Abschlussbericht vom 19. April 2004, 140*).

Im März dieses Jahres hat das Bundesjustizministerium seinen Referentenentwurf zum Gesetz des Versicherungsvertragsrechts vorgelegt (Entwurf des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz vom 13. März 2006). Auf den Vorschlag der gesetzgebenden Kommission hin wurden folgende zusätzliche Dienstleistungen der Krankheitskostenversicherung aufgenommen: Beratung über Leistungen zur medizinischen Heilbehandlung sowie über die Anbieter solcher Leistungen, die Bera-

tung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Leistungserbringer, die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Leistungserbringer und die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen und der sich hieraus ergebenden Folgen sowie die unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit den Leistungserbringern anstelle von Kostenerstattung.

In vielen Fällen sind dies Leistungen, die – wie oben kurz aufgeführt – bereits jetzt von PKV-Unternehmen durchgeführt werden, so z. B. die Feststellung einer medizinischen Notwendigkeit oder ein Forderungsübergang.⁷ Ein Grund für diese gesetzliche Fixierung ist wohl, dass bisher Unklarheit darüber bestand, ob es Versicherungsunternehmen rechtlich möglich ist, im Bereich des medizinischen Leistungsangebots tätig zu werden.

Nach der künftigen Rechtslage ergäbe sich zudem die Möglichkeit, dass diese Leistungen des Versicherers explizit im Versicherungsvertrag aufgenommen und dem Versicherten damit garantiert werden. Das derzeitige Risiko der Nicht-Erstattung bereits beglichener Arztrechnungen wird dadurch weiter vermindert.

Regelungen dieser Art richten sich allerdings wiederum allein auf eine korrekte Abrechnung durch den Leistungserbringer. Anders als den gesetzlichen Krankenkassen wäre es PKV-Unternehmen auch unter diesen z. T. erweiterten Möglichkeiten (unmittelbare Abrechnung anstatt Kostenerstattung) nicht möglich, direkte Vertragsbezie-

⁷ Siehe auch die Äußerungen von *Weber und Niederleithinger in Mertens 2004*.

hungen mit Leistungserbringern über gesonderte Vergütungsvereinbarungen und besondere Qualitätsvereinbarungen zu treffen.

Die Regelungen des Gesetzentwurfs zur Reform des Versicherungsvertragsrechts bleiben damit weit hinter den rechtlichen Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung zurück, Maßnahmen eines zielgerichteten Gesundheitsmanagements durch Anwendung direkt auf den Leistungserbringer gerichteter Steuerungsinstrumente werden explizit nicht gefördert. Der Gesetzentwurf bleibt damit hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück, dass den Versicherern eine effektive Qualitäts- und Kostensteuerung im Rahmen der medizinischen Versorgung ermöglicht werden sollte.

In jüngerer Vergangenheit gehen Initiativen der PKV dahin, im Rahmen der Novellierung der GOÄ mehr Pauschalen vorzusehen. Diese Forderungen wurden mit den Anfang Juli 2006 von der Bundesregierung vorgelegten Eckpunkten der Gesundheitsreform aufgegriffen und erweitert. Für die vertragsärztliche Vergütung der GKV zugelassene Ärzte sollen künftig über Pauschalen vergütet werden, dazu sei ein neues pauschaliertes Vergütungssystem der GKV für die ambulante Versorgung zu entwickeln. An diesem Vergütungssystem sollen sich künftig auch die Honorare für privatärztliche Behandlung orientieren, wobei aber weiterhin die Anwendung eines Steigerungsfaktors möglich sein soll.

Dadurch, dass Ärzte nach der gegenwärtigen GOÄ innerhalb der Regelspanne den Multiplikator des Gebührensatzes festlegen können, ergibt sich für sie ein erheblicher Handlungsspielraum. Dieser Handlungsspielraum wird durch die gemäß GOÄ bestehende Vorgabe der „Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung“ (§ 5 Abs. 2

GOÄ) nur geringfügig eingeschränkt. Es verbleibt ein großer Interpretationsspielraum über die implizite Mehrleistung des Arztes. Gemäß Eckpunkt Papier sollen die Voraussetzungen für die Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens weiter präzisiert werden (*Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, 7*). Die explizite Formulierung der Mehrleistung gegenüber den Leistungen der GKV stellt die Grundlage für einen Preis- und Qualitätswettbewerb dar.

Ähnlich wie jetzt auch im stationären Bereich wird es aber mit der beschriebenen patientenbezogenen Pauschalierung nicht ohne Weiteres möglich sein, auch das Mengenrisiko zu beschränken. Eine solche Begrenzung wäre nur durch vertragliche Vereinbarung möglich.

5.3 Ein effizientes Gesundheitsmanagement erfordert einen funktionalen Wettbewerbsrahmen

5.3.1 Wettbewerbsmängel in der PKV im Status quo

Versicherungsunternehmen werden unter wettbewerblichen Bedingungen bestrebt sein, ihren Versicherungsschutz zu einer niedrigeren Prämie bereitzustellen und/oder ihren Versicherten eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung anzubieten. Neben dem Angebot von Selbstbehalttarifen werden sie auch ein Case-Management durchführen und selektive Verträge mit Leistungserbringern schließen, die auch eine Risikobeteiligung der Leistungserbringer beinhalten.

Die obigen Ausführungen machen deutlich, dass auch mit den geplanten Neuregelungen nicht zu erwarten ist, dass PKV-Unternehmen ein zielorientiertes Gesundheitsmanagement verfolgen können. So werden auch in Zukunft direkte Vertragsbeziehungen zwischen PKV-Unternehmen und Leistungserbringern eher die Ausnahme bleiben, die Übertragung finanzieller Verantwortung auf die Leistungserbringer wird nicht verfolgt. Mögliche Verbesserungen der Qualität der Versorgung und mehr Wirtschaftlichkeit, mit der in der Konsequenz Beitragsanpassungen vermieden oder zumindest verringert werden könnten, kämen privat Versicherten auch in Zukunft nicht zugute.

Warum fordert die PKV-Branche nicht mehr an vertraglichen Spielräumen, etwa die Spielräume, die das SGB V mit den Verträgen zur integrierten Versorgung auch der GKV ermöglicht? Auch jetzt schon bestehen Spielräume, die die PKV-Unternehmen nicht ausnutzen, z. B. Preisvereinbarungen mit Heil- und Hilfsmittelherstellern.

Die mangelnden Anreize der PKV-Unternehmen zum Gesundheitsmanagement sind vor allem Folge des gegenwärtigen Kalkulationsverfahrens der PKV, welches einen Wettbewerb um Bestandskunden ausschließt. Zwar besteht gemäß den gesetzlichen Mindestanforderungen an die Gestaltung privater Krankenversicherungsverträge ein jährliches Kündigungsrecht für die Versicherten; im Falle eines Unternehmenswechsels allerdings ist die Mitnahme der bereits gebildeten Alterungsrückstellung nicht möglich, sodass solche Wechsler beim aufnehmenden PKV-Unternehmen wie PKV-Neukunden tarifiert werden. Ein Wechsel wäre damit bereits nach kurzer Vertragsdauer für die Versicherten mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden. PKV-Versicherte sind damit praktisch gesehen bis zu ihrem Lebensende an ihr (erstes) PKV-Unternehmen gebunden.

Folge der fehlenden Möglichkeiten zum Unternehmenswechsel für die Bestandskunden ist, dass der Wettbewerb privater Krankenversicherungsunternehmen sich auf die PKV-Neukunden beschränkt. Im Wettbewerb um den Neubestand können Versicherungsunternehmen niedrige Versicherungsbeiträge dadurch anbieten, dass sie bestehende Handlungsspielräume zu Lasten der Bestandsversicherten ausnutzen, denn wegen der fehlenden Wechselmöglichkeit ist diesen Versicherten die Möglichkeit der Sanktionierung eines höheren Versicherungsbeitrags genommen. Wegen dieser Handlungsspielräume ist der Anreiz der Unternehmen für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Versorgung gering, eine Abwanderung der Bestandsversicherten z. B. in Richtung der GKV führt zudem zusätzlich zu Stornogewinnen aus verbliebenen Alterungsrückstellungen.

Der größte Handlungsspielraum ergibt sich für die Unternehmen durch die Anpassungsmöglichkeiten bestehender Versicherungsverträge, insbesondere durch die Möglichkeit der Beitragsanpassung. Weiterhin bestehen Freiräume etwa bzgl. der Überschussbeteiligung der Versicherten. Darüber hinaus können Versicherungsunternehmen eine interne Bestandsselektion betreiben, indem sie Neukunden neue Tarife anbieten und gleichzeitig darauf hinwirken, dass Altversicherte nicht auch in diesen Tarif wechseln (*Sehlen 2002, 82 ff.*). Die bestehenden Wechselhemmnisse erfordern deshalb einen strikten Regulierungsrahmen der PKV-Unternehmen zum Schutz der Bestandskunden (z. B. Kalkulationsvorschriften, Überschussverwendungsvorschriften etc.).

Im „Wettbewerb“ der privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der GKV verfügen die privaten Krankenversicherungsunternehmen neben der Prämie über den weiteren Wettbewerbsparameter „qualitativ bessere Versorgung“. Eine solche wird von Patienten häufig da-

durch erhofft, dass sie wegen der höheren Honorierung von den Leistungserbringern privilegiert behandelt werden. Als Indikatoren zur Beurteilung der Qualität medizinischer Leistungen, die als Wettbewerbsparameter gegenüber der GKV genutzt werden können, wurden in der Vergangenheit etwas weitergehende Freiheiten bei der Wahl der Leistungserbringer, ein je nach Vertrag umfassenderer Leistungskatalog und eine gegenüber den gesetzlich Versicherten höhere Honorierung der Leistungserbringer gesehen.

Der Preis für medizinische Leistungen und die besondere Stellung als Privatpatient sind jedoch als Qualitätsindikatoren für medizinische Leistungen nicht mit den Zielen und Instrumenten eines Gesundheitsmanagements vereinbar. Sie stellen keine geeigneten Qualitätsindikatoren für die medizinische Versorgung dar. Mit ihnen sind Effizienzprobleme verbunden, weil Preise dann „als perverses Signal in dem Sinne wirken, dass niedrige Preise als ein Zeichen niedriger Qualität gewertet werden“ (*Neipp 1988, 117*). Von PKV-Unternehmen können gegenwärtig trotz dieser höheren Preise im Vergleich zu der solidarisch finanzierten GKV niedrigere Einstiegsbeiträge kalkuliert werden.

Die Ausführungen zeigen, dass effizientes Gesundheitsmanagement einen funktionalen Wettbewerbsrahmen erfordert. Dies betrifft neben dem Binnenverhältnis der PKV auch das Verhältnis von GKV und PKV. Bevor ein funktionaler Wettbewerbsrahmen nicht geschaffen ist, sollten PKV-Unternehmen keine erweiterten Möglichkeiten für direkte Vertragsbeziehungen mit Leistungserbringern erhalten. Denn unter den gegenwärtigen Wettbewerbsbedingungen könnten PKV-Unternehmen ein Interesse daran haben, dass sie, wenn sie direkt gestaltend auf die medizinische Versorgung der Bestandsversicherten Ein-

fluss nehmen können, diese Handlungsspielräume zu Lasten der Versicherten ausnutzen (*Sehlen 2002, 206*).

5.3.2 Übertragung der Alterungsrückstellung beim Unternehmenswechsel in der PKV – und beim Wechsel zwischen GKV und PKV

Die Übertragung einer risikoäquivalenten Alterungsrückstellung im Falle des Unternehmenswechsels vom abgebenden zum aufnehmenden Unternehmen wäre die geeignete Lösung, um einen Unternehmenswechsel und damit den Wettbewerb in der PKV um Bestandskunden zu ermöglichen.

Durch die Risikoadjustierung der mitzubehaltenden Alterungsrückstellung könnte kein PKV-Unternehmen einen Vorteil erlangen, wenn sog. schlechte Risiken kündigen; umgekehrt würde der verbleibende Bestand der PKV-Vollversicherten bei einem Abgang sog. guter Risiken nicht finanziell benachteiligt werden. Die Übertragung wäre vom Grundsatz her auch über periodische Zahlungen möglich, vom abgebenden Unternehmen wäre dann jährlich der Teil der Alterungsrückstellung aufzulösen, der aus statistischer Sicht auch zur Deckung der Leistungsausgaben erforderlich wäre, wenn der Versicherte nicht gekündigt hätte (Lösungsansätze z. B. bei *Meyer 1992 und 2001* und *Sehlen 2002*).

Die im gegenwärtigen Verhältnis von PKV zu GKV bestehenden Anreizprobleme, die wie oben beschrieben, ebenfalls die Anwendung eines Gesundheitsmanagements in der PKV einschränken, könnten technisch gesehen dadurch gelöst werden, dass PKV-Versicherte in einen GKV/PKV-übergreifenden Risikostrukturausgleich einbezogen

werden. Unter Beibehaltung des Kapitaldeckungsverfahrens der privaten Vollversicherung könnte – über den Risikostrukturausgleich – ein freier Wechsel zwischen GKV und PKV organisiert werden (*Sehlen et al. 2006*).

Für vergleichbare Rahmenbedingungen wären darüber hinaus noch weitere Regelungen zu treffen, die zu vergleichbaren Rahmenbedingungen für GKV und PKV führen. Darunter fällt z. B., dass neben PKV-Unternehmen auch GKV-Unternehmen Zusatzversicherungen anbieten dürfen und die PKV-Unternehmen vergleichbare Möglichkeiten für Verträge mit Leistungserbringern erhalten wie sie das SGB V für die GKV bietet.

Unter diesen Rahmenbedingungen ergäben sich entsprechend höhere Anreize der PKV-Unternehmen, Beitragserhöhungen für den Altbestand zu vermeiden bzw. abzumindern und ein geeignetes Gesundheitsmanagement einzuführen, welches die Qualität der medizinischen Versorgung dieser Versicherten erhöht und/oder kostensenkend wirkt.

Die jüngst von der Bundesregierung vorgelegten Eckpunkte der Gesundheitsreform fordern die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung beim Unternehmenswechsel innerhalb der PKV und beim Wechsel von der PKV zur GKV. Sollten diese Rahmenbedingungen realisiert werden, sollte dann auch die strikte Regulierung der PKV im Hinblick auf mögliche Verträge mit Leistungserbringern liberalisiert werden.

Anders als die im Umlageverfahren organisierte GKV berücksichtigt die PKV in ihrer Prämienkalkulation zum Eintritt statistisch gesehen alle Veränderungen im Krankheitsrisiko, die im gesamten künftigen

Lebensverlauf eines Versicherten auftreten können. Eine individuelle Anpassung der Prämie aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, die während der Versicherungsdauer auftritt, ist damit ausgeschlossen. PKV-Unternehmen haben damit vom Grundsatz her ein fundamentales Interesse an der Durchführung auch langfristig wirkender Präventionsprogramme. Diese vom Unternehmen erzielten finanziellen Vorteile durch Präventionserfolge würden ihm auch durch ein geeignet durchgeführtes Risikostrukturausgleichsverfahren beim Wechsel des Versicherten z. B. auch zur GKV nicht genommen werden (*Shelen et al. 2006*). Letztendlich könnten für den verbliebenen Versichertenbestand niedrigere Prämien angeboten werden.

Weil sich insoweit langfristig wirkende Prävention für die PKV-Unternehmen deutlich stärker finanziell lohnt als für eine im Umlageverfahren organisierte gesetzliche Krankenkasse, könnten sich hierüber Vorteile der PKV im Preis- und Qualitätswettbewerb mit der GKV ergeben.

5.4 Literatur

Boetius J (1996), Neue Wege zur Kostensteuerung im Gesundheitswesen – eine Aufgabe für die private Krankenversicherung. Münsteraner Reihe, H. 37, Karlsruhe.

Breyer F/Zweifel P (1999), Gesundheitsökonomie, 3. Aufl. Berlin et al.

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006
(www.die-gesundheitsreform.de).

Ellis RP/McGuire TG (1993), Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care. *Journal of Economic Perspective*, 7. Jg., 375-396.

Helmich C (1999), Die Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte vor dem Hintergrund der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Bielefeld.

Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, Abschlussbericht vom 19. April 2004 (www.bmj.bund.de).

Mertens M (2004), Private Krankenversicherung: Umstrittener Aktionismus. Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 40 vom 01.10.2004, Seite A-2663/B-2242/C-2150.

Meyer U (2001), Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloptionen, in: Zu den Wechseloptionen der PKV. PKV-Dokumentation 25, Köln, 58-67.

Meyer U (1992), Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der privaten Krankenversicherung. Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge, Nr. 53. Bamberg.

Neipp J (1988), Das Gesundheitswesen der USA: Ein Vorbild für die Gesetzliche Krankenversicherung, 1. Aufl. Baden-Baden.

Reschke P/Sehlen S (2005), Methoden der Morbiditätsadjustierung. Gesundheits- und Sozialpolitik, H. 1/2, 10-19.

Schmid-Grotjohann W (1995), Das Änderungsrisiko in der Privaten Krankenversicherung. Wiesbaden.

Sehlen S (2002), Gesundheitsmanagement in der privaten Krankenversicherung. Gestaltungsmöglichkeiten des privaten Krankenversicherungsschutzes zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Bayreuth.

Sehlen S/Hofmann J/Reschke P (2006), Privat Krankenversicherte und Risikostrukturausgleich – Zur Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV. Gesundheits- und Sozialpolitik, H.1/2, 54-64.

Wehn R (2000), Versicherungsprodukt und rechtliche Rahmenbedingungen der Produktgestaltung. Das Beispiel private Krankenversicherung. Wiesbaden.

6 Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP

Markus M. Grabka

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) kommt es kalkulationsbedingt zu wiederholten Prämienanpassungen bzw. -steigerungen. Aufgrund fehlender Portabilität der Alterungsrückstellungen finden nach längerer Versicherungszugehörigkeit faktisch keine Wechsel der Versicherten mehr statt. Den Versicherten stehen aber nur geringe Möglichkeiten zur Verfügung ihre Prämien zu reduzieren. Auf Basis der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) kann die Entwicklung der Prämien der Versicherten der PKV aufgezeigt und mit der der GKV kontrastiert werden. Hierbei zeigt sich, dass die Beiträge in der GKV in den vergangenen 20 Jahren relativ moderat angestiegen sind. Versicherte der PKV müssen im Gegensatz dazu im Durchschnitt pro Jahr rund 11 % mehr für ihren Krankenversicherungsschutz aufwenden, auch wenn deren absolute Prämien immer noch deutlich unter denen der freiwillig Versicherten der GKV liegen.

6.1 Motivation

Versicherte der Privaten Krankenversicherung (PKV) sehen sich mit wiederholten Prämienanpassungen konfrontiert. Nach Angaben der Zeitschrift Capital vom 14. Juni 2006 sind zwischen 1996 und 2005

die Prämien um knapp 45 % geklettert. Nach moderaten Prämiensteigerungen 2006 wird laut des PKV-Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte auch im nächsten Jahr wieder von einem höheren Anpassungsbedarf auszugehen sein, da die Leistungsausgaben deutlich zugelegt hätten (ebenda).

Bei länger laufenden Verträgen findet in der PKV faktisch kein Wechsel der Krankenversicherung mehr statt und die Versicherten haben nur geringe Ausweichstrategien, um ihre Krankenversicherungsprämie zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund soll in dieser Untersuchung die Entwicklung von Prämien der PKV-Versicherten über einen längeren Zeitraum beobachtet und diese mit den Beitragssteigerungen in der GKV kontrastiert werden.

Dabei wird das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) als Datengrundlage verwendet, da dies die einzige große bevölkerungsrepräsentative Studie ist, die jedes Jahr Informationen zum Krankenversicherungsschutz und zur Prämienhöhe in der PKV erhebt. Damit lassen sich individuelle Verläufe und die direkte Entwicklung der PKV-Prämien derselben Versicherten beobachten.

6.2 Das Kalkulationsprinzip in der PKV

Die Prämien in der PKV werden nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Demgemäß soll die Versicherungsprämie der Summe der gesamten Versicherungsleistungen einschließlich der Verwaltungskosten entsprechen. Die gesetzlichen Grundlagen der Beitragskalkulation in der PKV sind durch das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Kalkulationsverordnung (KalV) geregelt.

Grundlage für die Bestimmung der Prämien ist die risikogerechte Kalkulation, d. h. die Prämienhöhe ist abhängig vom Geschlecht, dem Alter bei Abschluss der Versicherung, vom aktuellen Gesundheitszustand und eventuellen Vorerkrankungen. Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse aufgrund von Vorerkrankungen vorgenommen werden.

Für die PKV besteht kein Kontrahierungszwang, d. h. dass Hochrisikogruppen wie z. B. Aids- oder Dialysepatienten, aber auch Personen oberhalb eines Alters von 65 Jahren abgelehnt werden können. Es wird keine Familienversicherung gewährt, sondern jeder Versicherte schließt einen eigenständigen Vertrag ab. Der Versicherungsumfang kann frei gewählt werden, sodass die PKV neben der Krankheitsvollversicherung diverse Zusatzversicherungen (z. B. Krankentagegeld- oder Krankenhauswahlleistungsversicherung) anbietet.

In der PKV wird das Kapitaldeckungs- bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet, welches konstante Beiträge über den gesamten Versicherungszeitraum gewährleisten soll. Die Beitragseinnahmen werden zur Deckung der aktuellen Leistungsausgaben und zur Bildung einer Rückstellung für künftige Versicherungsleistungen verwendet. Die Nettoprämie wird zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unter der Annahme gleich bleibender Rechnungsgrundlagen bzw. Leistungsausgaben so bestimmt, dass sie für jeden Versicherten ein Leben lang konstant sein soll. Jüngere Versicherte entrichten höhere Prämien, als zur Deckung der Ausgaben notwendig wäre. Dieser Überschuss wird angespart und verzinst. Die im Laufe des Lebens angesammelten Sparanteile und die Verzinsung ergeben zusammen die Alterungsrückstellung. Durch allmähliche Auflösung der Alterungsrückstellung sollen die steigenden Ausgaben bei höherem Lebensalter ausgeglichen werden.

Die Annahme konstanter Leistungsausgaben ist jedoch unrealistisch. Als Folge von (inflationsbedingten) Kostensteigerungen, Veränderungen der Leistungsanspruchnahme, des medizinischen Fortschritts und steigender Lebenserwartung werden stattdessen die Versicherungsprämien in regelmäßigen Abständen erhöht. Dies zeigen auch die Ergebnisse von *Zok 2006* in diesem Band (*siehe Kapitel 8*): Auf die Frage „Hat Ihre Krankenversicherung in diesem oder im letzten Jahr die Prämien erhöht?“ antworteten 63 % der Versicherten mit Ja.

Da die Alterungsrückstellung bei einem Wechsel der Krankenversicherung nicht mitgenommen werden kann, findet bei länger laufenden Verträgen faktisch kein Wechsel mehr statt. Die Versicherten der PKV haben aber die Möglichkeit durch einen Wechsel in einen anderen Tarif der gleichen Versicherung, durch Absenkung des Versicherungsschutzes oder durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung ihre Prämien zu reduzieren; ein Wechsel in die GKV erfolgt nur ausnahmsweise, z. B. im Falle von Arbeitslosigkeit.

6.3 Datenbasis

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine seit 1984 jährlich durchgeführte repräsentative Längsschnittbefragung von Personen in Privathaushalten (*SOEP Group 2001*). Im Jahre 2005 umfasste das SOEP knapp 12.000 Haushalte mit etwa 22.000 befragten Personen. Als einzige große repräsentative Studie in Deutschland erhebt das SOEP jährlich Informationen zum Krankenversicherungsschutz. Dabei wird auch nach der Prämienhöhe von Versicherten der PKV gefragt. Insgesamt gaben knapp 3.000 Personen im Jahre 2005 an, sie seien in der PKV versichert.

Da die Prämien nicht nach privater Kranken- und Pflegeversicherung differenziert werden, beziehen sich die folgenden Aussagen immer auf die Gesamtprämie für beide Versicherungen. Zu beachten ist dabei, dass mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung auch für Versicherte der PKV eine Verpflichtung zur privaten Absicherung des Pflegerisikos etabliert wurde.

Eine Einschränkung der Aussagekraft ergibt sich dadurch, dass mit der angegebenen Prämie mehrere Personen versichert sein können. So hat sich die Zahl der versicherten Personen seit 1984 von im Durchschnitt 2 auf 1,4 im Jahr 2005 reduziert. Im Folgenden wird daher die Prämie pro versicherte Person ausgewiesen. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Prämienanstieg von älteren Versicherten eher unterschätzt wird, wenn z. B. Kinder mit abgesichert werden.

Das SOEP erfasst nicht die Tarifart, den Leistungsumfang oder eine Veränderung derselben über die Zeit hinweg. Es ist daher nicht von konstanten Leistungspaketen auszugehen. Dies verdeutlichen auch die Ergebnisse von *Zok 2006* in diesem Band (*siehe Kapitel 8*), der zeigt, dass rund 5 % der Versicherten in den letzten beiden Jahren mit ihrer Krankenversicherung eine Reduktion des Versicherungsschutzes zur Begrenzung des Prämienanstiegs vereinbart haben.

Die im Folgenden zu beschreibende Prämienentwicklung dürfte daher bei konstantem Leistungsumfang und gleicher Selbstbeteiligung über die Zeit hinweg stärker ausfallen als hier dargestellt.

6.4 Zahl der Versicherten und Prämienaufkommen

Ende des Jahres 2005 waren knapp 8,4 Mio. Personen mit einer Krankheitsvollversicherung in der PKV versichert (*Verband der privaten Krankenversicherung 2006, 10*). Alle privat vollversicherten Personen sind seit 1995 auch verpflichtet eine Pflegepflichtversicherung abzuschließen. In der privaten Pflegepflichtversicherung sind alle Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten ebenfalls eingeschlossen. Die Gesamtzahl der privat Versicherten beläuft sich daher auf knapp 9,2 Mio. Die Schätzung des SOEP liegt mit 9,96 Mio. Versicherten im Jahr 2005 leicht über den Angaben des PKV-Verbandes.

Das gesamte Prämienaufkommen zur Krankheitsvollversicherung inklusive der privaten Pflegepflichtversicherung wird im SOEP leicht um 1,5 Mrd. Euro unterschätzt. Laut Angaben des PKV-Verbandes belief es sich im Jahre 2005 auf 21,6 Mrd. Euro (*Verband der privaten Krankenversicherung 2006, 15*). Privat Versicherte – wie auch oftmals gesetzlich Versicherte – können zusätzlich eigenständige Zusatz- bzw. Teilversicherungen abschließen. Hier machte das gesamte Beitragsvolumen noch einmal 5,7 Mrd. Euro im Jahre 2005 aus.

6.5 Prämienentwicklung von Männern und Frauen in der PKV

Zur Darstellung der Prämienentwicklung bedarf es zunächst einer Unterteilung in Versicherte mit und ohne Beihilfeanspruch, da diesen grundsätzlich unterschiedliche Tarife in der PKV angeboten werden.

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, mit der der Dienstherr sich anteilig an den Krankheitskosten seiner Beamten und deren Familienangehörigen beteiligt. Für die durch die Beihilfe nicht gedeckten Kostenanteile bietet die PKV gesonderte Beihilfetarife an. Personen ohne Beihilfeanspruch sind z. B. freiwillig versicherte Arbeiter, Angestellte, Selbstständige oder Rentner und deren Familienangehörige.

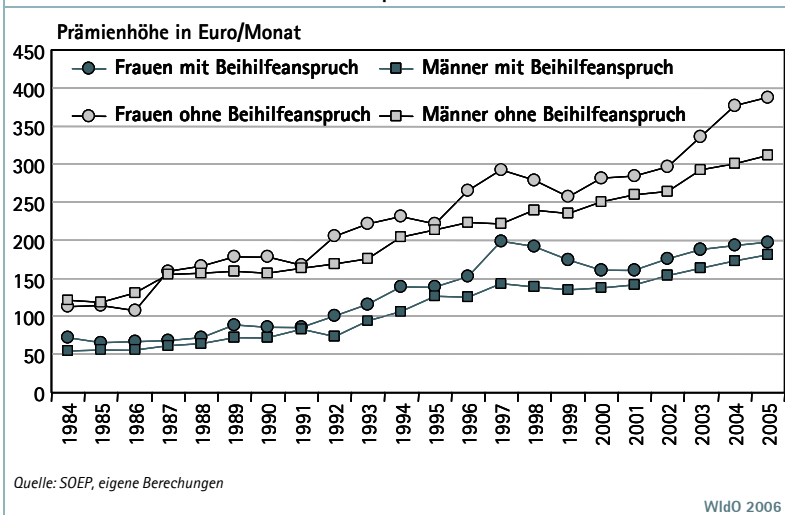
Abbildung 6.1 gibt die Prämienentwicklung von Männern und Frauen im Zeitraum 1984–2005 getrennt nach Beihilfeanspruch wieder. In allen Jahren hatten die Beihilfeempfänger deutlich geringere Prämien zu entrichten als Versicherte ohne Beihilfeanspruch. So mussten Frauen bzw. Männer mit Beihilfe im Jahre 2005 nur eine Prämie von rund 200 bzw. 180 Euro zahlen. Die entsprechenden Werte für Versicherte ohne Beihilfe beliefen sich auf 390 bzw. 310 Euro. Die deutlich geringere Prämie bei den Beihilfeberechtigten erklärt sich daraus, dass der Arbeitgeber bzw. Dienstherr nicht wie sonst üblich den hälftigen „Arbeitgeberbeitrag“ gewährt, sondern dass die Beihilfe je nach Familienstand und Bundesland bis zu 70–80 % der Krankheitskosten übernimmt.

Zudem ist erkennbar, dass im Durchschnitt Frauen in der PKV insgesamt eine mehr als 10 % höhere Prämie zahlen als Männer. Die PKV begründet dies mit einer höheren Lebenserwartung und einem insgesamt höheren Schadensrisiko für Frauen.

Der Anteil der Frauen an allen Versicherten machte dabei im Jahre 2005 nach den Angaben des SOEP rund 41 % aus, der für Männer entsprechend 59 %. Die niedrigere Frauenquote ist eine Folge des im Vergleich zu Männern geringeren Einkommens und einer niedrigeren Beschäftigungsquote.

Betrachtet man die Entwicklung der Prämienhöhe über die vergangenen 20 Jahre, so zeigt sich über alle Versicherten hinweg ein Prämienanstieg von rund 10 % pro Jahr, der in den ersten zehn Jahren relativ etwas stärker ausfiel als in den letzten zehn Jahren.

Abbildung 6.1: Prämienentwicklung von Männern und Frauen nach Beihilfeanspruch 1984–2005

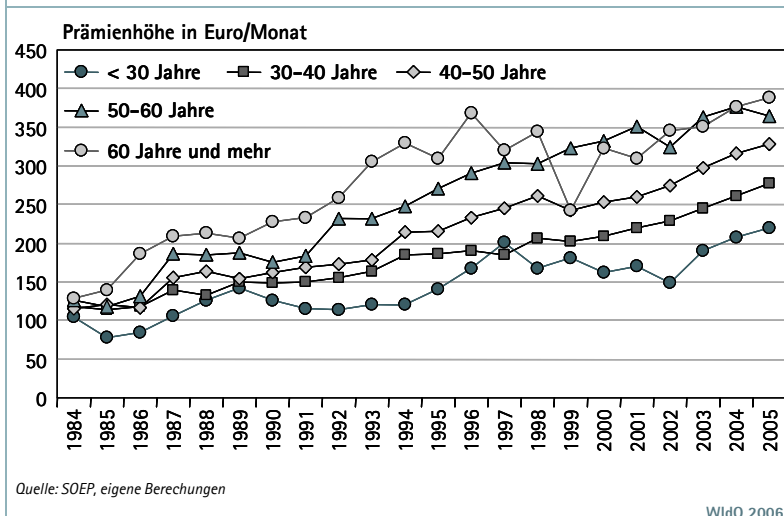


6.6 Prämienentwicklung nach Alter der Versicherten

In der PKV kommt es regelmäßig zu Prämien erhöhungen. Hiervon sind Versicherte mit länger laufenden Verträgen und höherem Lebensalter verstärkt betroffen. Zahlten Versicherte ohne Beihilfeanspruch im Jahre 1985 im Alter von unter 30 Jahren im Durchschnitt

nur knapp 80 Euro, so mussten Versicherte oberhalb von 60 Jahren mit etwa 140 Euro rund 80 % höhere Prämien entrichten (siehe Abbildung 6.2). Diese Abweichung hat Mitte der 90er-Jahre deutlich zugenommen, doch liegt diese Relation im Jahre 2005 mit 220 zu 390 Euro zwar absolut deutlich weiter auseinander, relativ aber wieder auf dem Niveau von Mitte der 80er-Jahre.

Abbildung 6.2: Prämienentwicklung von Versicherten ohne Beihilfensanspruch nach Alter des Versicherungsnehmers 1984–2005



6.7 Prämienentwicklung im Längsschnitt

Die bisherigen Darstellungen bezogen sich auf unverbundene Querschnitte. Um eine bessere Aussage über die tatsächliche Prämienentwicklung von Versicherten der PKV zu geben, sollen nun dieselben

Versicherten über einen längeren Zeitraum bezüglich ihrer Krankenversicherungsprämie beschrieben werden.

In *Tabelle 6.1* wird die Prämienentwicklung von Versicherten ausgewiesen, die mehr als 20 Jahre hintereinander in der PKV versichert waren. Die Versicherten haben im Jahre 2005 ein Durchschnittsalter von rund 60 Jahren (Beihilfeberechtigte 58 Jahre, ohne Beihilfe 64 Jahre) und sind demnach vor ihrem 40. Lebensjahr der PKV beigetreten.

				Veränderung in den Jahren		
Beihilfeanspruch	1985	1995	2005	85/95	95/05	85/05
	in €/Monat			in %/Jahr		
mit	46	105	178	12,6	6,9	14,1
ohne	131	248	395	8,8	5,9	10,0

Quelle: SOEP, Längsschnittgewichtung, eigene Berechnungen

WIdO 2006

Über den gesamten Zeitraum hinweg ist die Prämie bei Beihilfeberechtigten um durchschnittlich 14 % pro Jahr von unter 50 Euro auf knapp 180 Euro im Jahr 2005 angestiegen. Für Versicherte ohne Beihilfeanspruch fiel dieser Zuwachs mit 10 % etwas moderater aus, doch nahmen deren Prämien absolut deutlich stärker – von rund 130 auf annähernd 400 Euro – in 2005 zu. Damit fallen die Veränderungsraten für Beihilfeempfänger in der Längsschnittbetrachtung – d. h. dieselben Versicherten – höher aus als in der oben dargestellten Querschnittsanalyse. Dies kann damit erklärt werden, dass im Verlauf der letzten 20 Jahre die Leistungen der Beihilfe nach und nach leicht abgesenkt wurden und nun verstärkt von den Versicherten selbst getragen werden müssen.

Die Prämien stiegen in den ersten 10 Jahren des Untersuchungszeitraums deutlich stärker als in den letzten 10 Jahren, was sich als erster Erfolg von Reformmaßnahmen zur Begrenzung des Prämienanstiegs (Meyer 1999) in der PKV interpretieren lässt. Hierzu zählen die Einführung des Standardtarifs für ältere Versicherte in der PKV zum 1. Juli 1994 oder auch die seit 1995 geltende Regelung, dass Zinserträge, die über den kalkulatorischen Ansatz bei der Bewertung der Alterungsrückstellung hinausgehen, zur Beitragsentlastung für ältere Versicherte eingesetzt werden müssen (§ 12a Abs. 3 VAG).

Da im SOEP nicht nach den Vertragskonditionen gefragt wird, kann nicht zwangsläufig von über die Zeit hinweg konstantem Leistungsumfang für diese Versicherten ausgegangen werden. Insbesondere durch Veränderung der Selbstbeteiligung kann ein eventueller Prämienanstieg maßgeblich begrenzt werden. Daher dürfte der tatsächliche Prämienanstieg – bei gleichem Leistungsumfang – in der PKV in den vergangenen 20 Jahren deutlich stärker ausgefallen sein als hier ausgewiesen.

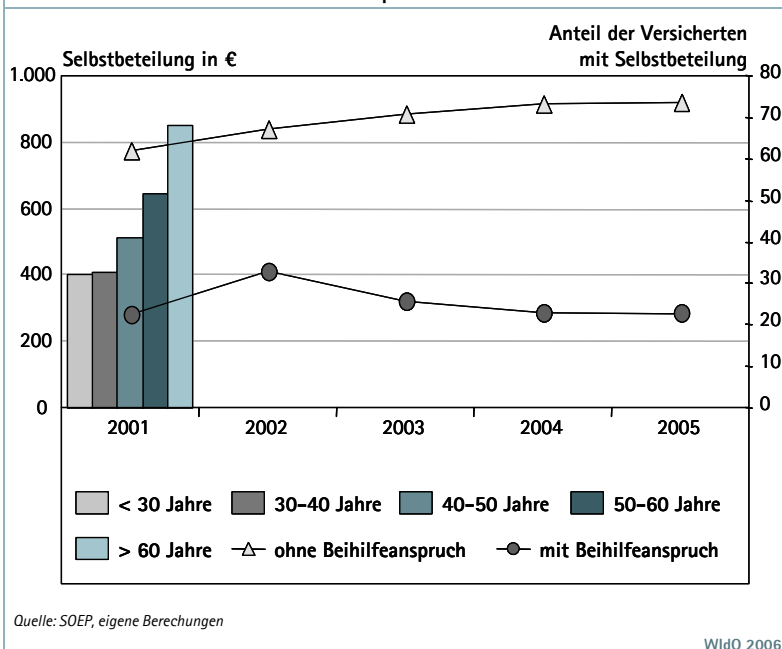
6.8 Umfang der Selbstbeteiligung

Der Anteil der Versicherten, die eine Selbstbeteiligung vereinbart haben, liegt bei den Beihilfeberechtigten bei rund 25 % im Jahre 2005 (siehe Abbildung 6.3). Versicherte ohne Beihilfe nehmen diese Option zu gut drei Vierteln in Anspruch, wobei der Anteil in den vergangenen fünf Jahren um mehr als 10 Prozentpunkte zugenommen hat.

Betrachtet man die vereinbarte Höhe der Selbstbeteiligung für Versicherte ohne Beihilfe, so besteht ein klarer Trend, dass mit zunehmenden Alter auch die Selbstbeteiligung steigt. Für das SOEP sind letzt-

malig Angaben zur Höhe der Selbstbeteiligung aus dem Jahr 2001 verfügbar. Hier zeigt sich, dass Versicherte bis zu einem Alter von 30 Jahren im Durchschnitt rund 400 Euro, Versicherte oberhalb von 60 Jahren jedoch rund 850 Euro Selbstbeteiligung vereinbart haben.

Abbildung 6.3: Höhe der Selbstbeteiligung nach Alter bei Versicherten ohne Beihilfeanspruch und Anteil der Versicherten mit Selbstbeteiligung nach Beihilfeanspruch 2001–2005



6.9 Versicherte mit Prämien oberhalb des Höchstbeitrags der GKV

Auch mit einer Veränderung des Tarifs, der Vereinbarung von Leistungsreduktionen und Anhebung der Selbstbeteiligung kann es bei Versicherten der PKV dazu kommen, dass diese eine höhere Prämie entrichten als den in der GKV geltenden Höchstbeitrag.

Anfang 2005 lag der Höchstbeitrag in der GKV – unter Annahme des durchschnittlichen Beitragssatzes von 14,3 % (zuzüglich 1,7 % Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung) und der Beitragsbemessungsgrenze von 3.525 Euro – bei 564 Euro monatlich. Nach Angaben des SOEP hatten 2005 rund 350.000 PKV-Versicherte eine höhere Prämie pro versicherte Person zu entrichten: Deren durchschnittliche Prämienhöhe lag bei 670 Euro bei einem Durchschnittsalter von etwa 61 Jahren; die Prämie hat sich von rund 330 Euro im Jahr 1995 um mehr als 11 % pro Jahr erhöht. Gemessen am verfügbaren Haushaltsnettoeinkommen dieser Versicherten stellt dies jedoch immer noch eine moderate Belastung dar, da die Versichertenprämie nur einen Anteil von 11 % ausmacht.

6.10 Ein Vergleich zur GKV

Eine fundierte Beurteilung der Prämienentwicklung in der PKV kann nur vor dem Hintergrund der Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge in der GKV vorgenommen werden, da die gesetzlichen Krankenkassen – zumindest für freiwillig Versicherte – in direkter Konkurrenz mit der PKV stehen. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird für die gesetzlich Versicherten ebenfalls der Gesamtbeitrag zur

Kranken- und (1995 eingeführten) Pflegeversicherung betrachtet. Zudem wird der gesamte Beitrag einschließlich Arbeitgeberanteile oder Zuschüsse anderer Träger betrachtet.

So ist der Beitragssatz der GKV (inklusive der gesetzlichen Pflegeversicherung) von 11,8 % im Jahr 1985 auf 16,0 % im Jahr 2005 und damit um rund 35 % angestiegen. Dieser Beitragssatzanstieg wirkt sich aber je nach Höhe des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterschiedlich aus (*siehe Tabelle 6.2*).

GKV-Versicherte: Prototypen nach Einkommenshöhe	1985	1995	2005	Veränderung 1985/2005
	in €/Monat			in %/Jahr
Rentner ²	97	138	192	4,9
Geringverdiener ³	139	225	304	6,0
Durchschnittsverdiener ⁴	169	275	384	6,4
oberhalb BBG ⁵	244	425	564	6,5
<i>nachrichtlich:</i> familienversichert	0	0	0	—

1 Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil inkl. der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung
2 nur Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Median-Rente der GRV von pflichtversicherten Männern im Alter von 65 Jahren und mehr unterhalb der BBG, mit durchgehendem Rentenbezug
3 Als sozialversicherungspflichtiges Einkommen wurde hier das 25. Perzentil des aktuellen Bruttoerwerbseinkommens von Vollzeit erwerbstätigen Männern unterhalb der BBG, pflichtversichert in der GKV, im Alter von 20 bis 60 Jahren unterstellt.
4 Als sozialversicherungspflichtiges Einkommen wurde hier der Median des aktuellen Bruttoerwerbseinkommens von Vollzeit erwerbstätigen Männern unterhalb der BBG, pflichtversichert in der GKV, im Alter von 20 bis 60 Jahren unterstellt.
5 Vollzeit erwerbstätige mit einem aktuellen Bruttoerwerbseinkommen oberhalb der BBG

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen

WIdO 2006

Für diesen Vergleich werden hier vier prototypische Versicherte mit unterschiedlich hohen sozialversicherungspflichtigen Einkünften herangezogen. Zwar besteht zwischen der GKV und der PKV im eigentlichen Sinne nur für freiwillig Versicherte ein Wettbewerb, doch werden hier auch Versicherte mit Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze dargestellt, um die Beitragsentwicklung vergleichbar einkommensstarker Personen in der PKV – wie gering verdienende Beamte und Pensionäre oder Selbstständige mit unterdurchschnittlichen Einkünften – gegenüberzustellen.

So hat sich für einen Rentner in der GKV mit einer mittleren Bruttorente der Krankenversicherungsbeitrag seit 1985 von 97 Euro auf 192 Euro 2005 und damit um 4,9 % pro Jahr erhöht. Bei einem Geringverdiener bzw. bei einem Durchschnittsverdiener haben die absoluten Beiträge zwar stärker zugenommen, der relative Zuwachs fiel aber mit 6 bzw. 6,4 % pro Jahr nur geringfügig höher aus.

Bei freiwillig Versicherten in der GKV nahm der absolute Krankenversicherungsbeitrag stärker zu: Im Jahre 2005 musste ein solcher Versicherter 564 Euro zahlen – und damit pro Monat 320 Euro mehr als vor 20 Jahren. Dies ist ein Zuwachs von 6,5 % pro Jahr. Damit fällt der relative Zuwachs für einen freiwillig Versicherten in der GKV in den vergangenen 20 Jahren zwar nur rund halb so stark aus, als wenn er in der PKV versichert gewesen wäre. Absolut betrachtet zahlt ein freiwillig Versicherter ohne Familienangehörige aber immer noch erheblich mehr, als er in der PKV zahlen würde.

Letztlich sollte für einen Vergleich aber auch die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV berücksichtigt werden, da in der PKV ein Ehepartner ohne eigenes Einkommen eigenständig abgesichert werden muss. Hier hat die GKV systembedingt deutliche Vorteile, da über

die gesamten letzten 20 Jahre ein Familienversicherter keinen Beitrag in der GKV entrichten musste, wohingegen die gleiche Person in der PKV wie jeder andere Versicherte von dem Prämienanstieg betroffen gewesen wäre.

6.11 Ursachen des Prämienanstiegs in der PKV

Die ausgeprägten Prämiensteigerungen in der PKV lassen sich auf verschiedene Ursachen zurückführen. Aufgrund der bei Vertragsabschluss gesetzlich vorgeschriebenen Annahme von konstanten Leistungsausgaben über den gesamten Vertragszeitraum hinweg müssen Kostensteigerungen, zunehmende Leistungsanspruchnahme, medizinischer Fortschritt oder eine gestiegene Lebenserwartung zwangsläufig zu Prämiensteigerungen führen.

So werden u. a. die in der PKV genutzten Sterbetafeln regelmäßig überarbeitet und der gestiegenen Lebenserwartung angepasst. Aktuell gilt die PKV-Sterbetafel 2004. Gegenüber der PKV-Sterbetafel 2001 ist die Lebenserwartung deutlich gestiegen. Diese gestiegene Lebenserwartung muss in der Prämienkalkulation berücksichtigt werden. So steigen bei einem 30-jährigen Mann allein durch die Anwendung der aktualisierten Sterbetafel die Prämien bei Neuvertragsabschluss – bei einem Selbstbehalt von 325 Euro – um 2,9 %.

Länger laufende Verträge sind hiervon stärker betroffen. So zahlt ein 40-jähriger Mann mit 10-jähriger Versicherungszeit etwa 5,5 % mehr, ein 60-jähriger Mann mit 30-jähriger Versicherungszeit aber sogar eine um fast 17 % höhere Prämie (*Schramm 2004*).

Abgesehen von der Aktualisierung der unterstellten Lebenserwartung kommt es in der PKV zusätzlich zu deutlichen Steigerungen der Leistungsausgaben. Zwischen 1985 und 2001 haben diese je Vollversicherten um 122 % zugenommen, die Leistungsausgaben je Versicherten in der GKV sind im gleichen Zeitraum jedoch nur um 89 % gestiegen (*Berié et al. 2005, 16*).

6.12 Fazit

Vor den steigenden Gesundheitsausgaben gibt es kein Entrinnen, auch nicht für die rund 200.000 Versicherten, die jedes Jahr wegen der stetig steigenden Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen in die PKV wechseln. Wer jung und gesund ist, kann in der PKV viel Geld sparen. Musste in der GKV im Jahre 2005 ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer im Durchschnitt mehr als 560 Euro pro Monat an die gesetzliche Kasse entrichten, so kann sich die gleiche Person in der PKV für weit weniger als die Hälfte versichern. Jedoch müssen privat Versicherte auf längere Sicht mit deutlich stärkeren Steigerungen ihrer Prämie rechnen als in der GKV.

Bei der hier dargestellten Entwicklung der Prämien von Versicherten der PKV ist aufgrund der Annahme eines konstanten Leistungsumfangs davon auszugehen, dass der tatsächliche Prämienanstieg eher unterzeichnet wird, da durch Wechsel in andere Tarife, Leistungsreduzierungen oder eine Anhebung der Selbstbeteiligung der Prämienanstieg begrenzt werden kann. Trotz allem befinden sich in der PKV mehr als 350.000 Versicherte, die eine Prämie zahlen, die höher als der Höchstbeitrag in der GKV ist.

Versucht man zu beurteilen, wie sich die Gesundheitsreform 2006 (*Bundesministerium für Gesundheit 2006*) auf die Versicherten und deren Prämien in der PKV auswirken dürfte, so ist zunächst erkennbar, dass Voraussetzungen für eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs sowohl zwischen GKV und PKV als auch innerhalb der PKV geschaffen worden sind.

So soll zwar der Wechsel freiwillig Versicherter von der GKV zur PKV nur noch dann möglich sein, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten wird. Dafür wird aber in der PKV ein Basistarif für alle freiwillig Versicherten eingeführt, in dem Kontrahierungszwang ohne individuelle Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschlüsse gelten soll.

Ein wichtige Neuerung stellt die geplante Portabilität von Alterungsrückstellungen bei Wechsel der Versicherung dar, die erst die Voraussetzung für einen echten Wettbewerb innerhalb der PKV schafft. Diese Maßnahme könnte für die Versicherten der PKV bereits kurzfristig zu deutlichen Prämienentlastungen führen und die Attraktivität der PKV erheblich erhöhen.

6.13 Literatur

Berié H/Braeseke G/Fink U/Völker I (2005), Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH (WISO).

Bundesministerium für Gesundheit (2006), Kabinett beschließt Eckpunkte der Gesundheitsreform. Pressemitteilung Nr. 87, Berlin, 12. Juli 2006.

Meyer U (1999), Die Vorschläge der Expertenkommission PKV, in: Basedow, J/Donath R/Meyer U/Rückle D/Schwintowski H-P (Hrsg.), Anleger- und objektgerechte Beratung. Private Krankenversicherung. Ein Ombudsmann für Versicherungen. Beiträge der siebenten Wissenschaftstagung des Bundes der Versicherten, Baden-Baden, 105–127.

Verband der privaten Krankenversicherung (2006), Die private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 2005. Köln. Zugriff am 31.07.2006 unter <http://www.pkv.de/downloads/RB05.pdf>.

Schramm P (2004), Neue PKV-Sterbetafel 2004. Zugriff am 31.07.2006 unter <http://www.pkv-gutachter.de/themen/PKVSterbetafel.html>.

SOEP Group (2001), The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview, in: Holst E et al. (Hrsg.), Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000). Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Vol. 70, No. 1, 7–14.

7 Chancen und Risiken für Versicherte in der PKV – Fallbeispiele

Wolfgang Schuldzinski

Die Verbraucherzentrale NRW berät in 15 ihrer 54 Beratungsstellen zum Schwerpunkt Gesundheitsrecht und Markt, sie bietet in allen Beratungsstellen Beratung zur Auswahl von Privatversicherungen an, eine Schadensfallberatung wird in 16 Beratungsstellen durchgeführt. Spezialisierte Pflegeberatung wird in drei Beratungsstellen vorgehalten.

Im Beratungsalltag der Verbraucherzentralen zum Thema Krankenversicherung nehmen Fragen der Ratsuchenden zur Wahl der „richtigen Krankenversicherung“ einen großen Raum ein. Häufig sind die Ratsuchenden Anfang 30 und nach abgeschlossenem Studium in einer Anstellung mit gutem Verdienst. Verunsichert durch die öffentliche Diskussion um Leistungskürzungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung und zusätzlich angesprochen durch günstige Tarife interessieren sich diese Rat suchenden Verbraucher für einen Wechsel in die private Krankenversicherung. Die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen sind dabei häufig allenfalls im Ansatz bekannt. Der Beitrag soll aus der Perspektive der Verbraucher Chancen und Risiken für Versicherte in der privaten Krankenversicherung anhand von Fallbeispielen aus dem Beratungsalltag beleuchten.

7.1 Fall 1: keine vollständige Versicherung nach Wegfall der Beihilfe

Frau K. ist 28 und hat ihr Studium beendet. Sie war bislang über ihren Vater, der Beamter ist, beihilfeberechtigt und teilversichert in einer privaten Krankenversicherung. Seit dem 25. Lebensjahr ist Frau K. an multipler Sklerose erkrankt. Mit dem Ende des Studiums erlischt die Beihilfeberechtigung für sie. Da es ihr nicht gelingt, in ein reguläres Arbeitsverhältnis aufgenommen zu werden, wäre sie auf die private Krankenversicherung angewiesen. Wegen ihrer Erkrankung verweigert die private Krankenversicherung jedoch die Ausweitung des Versicherungsverhältnisses zur Vollversicherung.

Der Fall zeigt ein zentrales Problem der Krankenversicherung in Deutschland auf, nämlich den Umstand, dass es entgegen der Auffassung weiter Bevölkerungskreise keine Versicherungspflicht im Sinne einer hundertprozentigen Erfassung der Bürgerinnen und Bürger in einer Krankenversicherung gibt. Hinzu kommt in diesem Fall, dass Frau K. den „Fehler“ begangen hat, nicht mit Beginn des Studiums in die studentische Pflichtversicherung zu wechseln. Sie hätte dann nach dem Ende des Studiums die Möglichkeit gehabt, als freiwillig versichertes Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbleiben. Da diese Möglichkeit für sie nun nicht mehr besteht, erhält sie keinen vollständigen Versicherungsschutz. Im Ergebnis ähnlich sind die Fälle geschiedener Beamtengattinnen. Auch sie können in höherem Alter oder bei Vorerkrankungen häufig keinen Versicherungsschutz in der PKV erlangen. Zur Vermeidung solcher sozialen Härten wäre es erforderlich, dass es auch für die Versicherten in der privaten Krankenversicherung entsprechende Rechte auf Fortsetzung bzw. Ausweitung des Versicherungsverhältnisses gibt.

7.2 Fall 2: Anbieterwechsel in der PKV faktisch unmöglich

Herr B. ist mit den Leistungen seiner privaten Krankenversicherung sehr unzufrieden. Nicht nur, dass in den zehn Jahren seiner bisherigen Mitgliedschaft die Beiträge stark angestiegen sind, auch die Bearbeitung seiner eingereichten Rechnungen lässt häufig länger auf sich warten, als ihm lieb ist. Er möchte deshalb zu einem anderen privaten Krankenversicherungsanbieter wechseln. Er sucht sich aus einer Tabelle in „Finanztest“ einen dort als leistungsstark und günstig bewerteten Anbieter heraus und bittet um ein Angebot. Dieses erhält er zügig, er wundert sich jedoch, dass die Versicherungsprämie erheblich über seinem jetzigen Beitrag liegt und dass er wegen einer zwischenzeitlich eingetretenen harmloseren, aber chronischen Augenerkrankung einen Risikozuschlag zahlen soll.

Dieser Fall zeigt einen geradezu paradoxen Zustand auf: Während die privaten Krankenversicherer in der politischen Diskussion immer wieder darauf hinweisen, sie hätten ein marktwirtschaftlich geprägtes Unternehmensmodell, das nicht wie die gesetzliche Krankenversicherung staatlichen Eingriffen und Reglementierungen im Wettbewerb unterläge und sie würden damit das politisch gewollte Ziel von mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem verwirklichen, sieht die Situation aus Sicht der Versicherten ganz anders aus. Diese können nämlich in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder den Anbieter wechseln und sich so den jeweils für sie günstigsten oder leistungsstärksten Anbieter aussuchen. In der privaten Krankenversicherung ist dies theoretisch zwar auch möglich, faktisch ist der Wechsel jedoch unmöglich. Dies liegt daran, dass die Beiträge zur privaten Krankenversicherung einen erheblichen Anteil an so genannter Altersrückstellung beinhalten, die zur Absicherung des Risikos steigender Beiträge

im Alter dient. Dieser Beitragsanteil kann jedoch bei einem Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung bislang nicht übertragen werden. Die Folge ist, dass in der neuen Krankenversicherung diese Altersrückstellung fehlt und damit das Risiko steigender Prämien erheblich wächst. Hinzu kommt der Umstand, dass bei einem Wechsel die neu aufnehmende private Krankenversicherung wiederum eine Risikoabschätzung vornimmt, bei der das höhere Alter und zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen auch bei der Höhe der Prämie berücksichtigt werden.

Da die Versicherten trotz steigender Prämien die Versicherung nicht verlassen können, um zu einem günstiger wirtschaftenden Anbieter zu wechseln, besteht zudem die Gefahr, dass das Interesse einer privaten Krankenversicherung an einer Kostenkontrolle nicht übermäßig hoch ist. Die privaten Krankenversicherer haben allerdings weitaus weniger Möglichkeiten als die gesetzlichen Krankenversicherungen, auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen Einfluss auszuüben. So haben es die gesetzlichen Krankenversicherungen durch eine Vielzahl von Regelungen geschafft, den Anteil von Generika an der Verschreibungspraxis auf rund drei Viertel aller Verschreibungen zu erhöhen. In der Privatversicherung werden dagegen noch in rund 60 % der Fälle Originalpräparate mit dementsprechend höheren Kosten für die Versicherungen und die Versicherten verschrieben (*o.V. 2006*).

Im Ergebnis sind die Beiträge in der PKV in den vergangenen zehn Jahren je nach Altersklasse und Geschlecht teilweise deutlich stärker angestiegen als die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung. Anders als bei den gesetzlichen Krankenversicherungen gibt es in der privaten Krankenversicherung zudem eine deutlich stärkere Streuung der Beitragsanstiege der einzelnen Versicherungen. Die Entwicklung

ist aber für den Kunden bei Eintritt nur schwer prognostizierbar und da – wie oben dargelegt – ein späterer Wechsel nicht mehr möglich ist, besteht ein erhebliches Risiko, steigenden und je nach Versicherer auch überproportional steigenden Beiträgen in der PKV ausgesetzt zu sein (*Herden 2006, 111*). Die Regeln, nach denen private Versicherungen ihre Beiträge kalkulieren, sind dabei wenig transparent. Gesellschaften können eigentlich notwendige Erhöhungen hinausschieben und so im Neukundengeschäft zunächst scheinbar günstigere Prämien als die Mitwettbewerber anbieten.

Darüber hinaus fehlt es bislang an Möglichkeiten, Patienten – teilweise auch im Interesse der privaten Versicherungen – bei Auseinandersetzungen mit den Leistungserbringern um Honorare oder wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen und sich daraus ergebender Schadensersatzansprüche zu unterstützen. Entsprechende Änderungsvorschläge zur Novelle des Versicherungsvertragsgesetzes sind allerdings sofort auf heftige Kritik bei den Ärztenverbänden gestoßen (*Deutscher Ärztetag 2006*).

7.3 Fall 3: Vorteil für Selbstständige mit wenig Einkommen

Herr K. ist 38. Nachdem seine Firma ihn aus Rationalisierungsgründen entlassen hat und er auch keinen neuen Arbeitsplatz findet, macht er sich selbstständig. Aufgrund stark schwankender Nachfrage ist sein Einkommen in den nächsten drei Jahren sehr unterschiedlich hoch. Er ist als freiwillig versichertes Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung geblieben. Die Gestaltung seines Beitragssatzes erlebt er jedoch als ungerecht. Im ersten Jahr hatte er einen sehr geringen Auftragseingang. Er wurde daraufhin mit dem für ihn immer

noch sehr hohen Mindestbeitrag belegt. Im zweiten Jahr lief die kleine Firma gut an und er konnte erhebliche Umsätze verbuchen. Mit dem Einkommenssteuerbescheid für dieses Jahr verlangte seine Krankenkasse rückwirkend einen erhöhten Beitrag. Im dritten Jahr gingen die Umsätze wieder stark zurück. Herr K. versuchte daraufhin bei seiner Krankenkasse einen Nachlass im Beitrag zu erreichen. Die Kasse ließ sich jedoch nicht darauf ein, sondern bestand auf dem Nachweis durch die Einkommenssteuerbescheinigung für das entsprechende Jahr. Diesen konnte Herr K. natürlich erst im folgenden Jahr erbringen. Die Kasse legte daraufhin neue geringere Beiträge fest, zahlte jedoch keine Beiträge für das schlecht gelaufene Jahr zurück. Dies führte dazu, dass Herr K. in eine private Versicherung wechselte.

Für Selbstständige – gerade für Selbstständige mit schwankenden und insgesamt eher geringen Einkünften – ist es häufig wirtschaftlich empfehlenswert, in eine private Krankenversicherung zu wechseln, auch wenn sie dies leistungsrechtlich gar nicht möchten. Grund ist die oben skizzierte mangelnde Flexibilität der gesetzlichen Krankenversicherung, die teilweise auf gesetzlichen Vorschriften, teilweise aber auch auf mangelnder Kulanz beruht. Im oben beschriebenen Fall hätte die Krankenkasse etwa statt des Steuerbescheides eine von einem Steuerberater erstellte Gewinn- und Verlustrechnung für das laufende Jahr akzeptieren können.

7.4 Fall 4: Risiken bei nicht vorhersehbarer Einkommens- und Familiensituation

Herr G. ist 32. Er ist gut verdienender Softwareentwickler bei einer großen Firma. In seiner gesetzlichen Krankenversicherung zahlt er den Höchstsatz. Das sind in seinem Fall nach Abzug des Arbeitgeber-

anteils rund 250 € monatlich. Ihm liegt nun ein Angebot einer privaten Krankenversicherung vor: Sein Beitrag würde dort unter Vereinbarung eines Selbstbehalts um nahezu die Hälfte sinken. In der Beratung fragt er nach den Risiken eines solchen Angebots.

Die Beitragsunterschiede zwischen PKV und GKV sind für junge, gut Verdienende in der Tat ganz erheblich. Bei der Entscheidung für oder gegen die GKV sind dann allerdings schwierige Prognosen bezüglich des eigenen Lebenslaufs zu treffen. Ganz maßgeblich kommt es dabei darauf an, wie die individuelle Familienplanung aussieht. Die finanziellen Vorteile der privaten Krankenversicherungen schmelzen nämlich schnell dahin, wenn man berücksichtigt, dass es keine beitragsfreie Familienversicherung gibt, sodass eventuelle Kinder und u. U. auch ein nicht verdienender Ehepartner separat versichert werden müssten, während sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (noch) kostenfrei mitversichert sind. Risiken wie eine möglicherweise später, im Extremfall nach dem 55. Geburtstag, eintretende Phase geringeren Verdienstes sowie die oben bereits angesprochenen relativ stärker steigenden Prämien in der PKV kommen hinzu. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet ist der Wechsel in eine private Krankenversicherung im Wesentlichen dann sinnvoll, wenn keine Kinder geplant sind und erhebliche Teile des gesparten Beitrags in den Aufbau einer Kapitalrücklage zur Abdeckung des erhöhten Risikos des Prämienanstiegs fließen.

Es bleibt der Befund, dass die privaten Krankenversicherungen für junge, gut verdienende Menschen ohne Kinderwunsch eine hohe Attraktivität besitzen. Für das System der gesetzlichen Krankenversicherung stellt eine Abwanderung dieser Personengruppe allerdings einen erheblichen finanziellen Verlust dar.

7.5 Fall 5: schwierig zu bewerten: Die Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV

Frau G. ist 34. Mit ihrem Einkommen liegt sie oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Sie hat gesundheitlich keine Probleme und geht deshalb so gut wie nie zum Arzt. Mit Sorge nimmt sie jedoch wahr, dass ihre gesetzlich versicherten Eltern immer häufiger davon berichten, wie sie von behandelnden Ärzten auf spätere Termine vertröstet wurden. Einmal wurden auch regelmäßig verschriebene Medikamente mit dem Verweis auf eine Budgetierung verweigert. Frau G. überlegt nun, in eine private Versicherung zu wechseln, um diesen vermeintlichen Leistungseinschränkungen auszuweichen.

Die Diskussion um die Leistungsunterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung ist nicht einfach. Einerseits kann leicht der Leistungskatalog verglichen werden. Auf Seiten der GKV stehen beispielsweise Mehrleistungen bei Kur und Reha, Psychotherapie oder häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe auf der Habenseite, während die PKV (je nach Tarif) etwa bei Heilpraktikerleistungen, der Versorgung im Krankenhaus oder beim Auslandschutz punktet.

Sehr viel schwieriger ist die Einordnung eines „gefühlten“ Leistungsunterschieds, der auf unterschiedlicher Behandlung der Versicherten- gruppen durch die Leistungserbringer beruht.

So kann einerseits festgestellt werden, dass im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen in den letzten Jahren grundsätzlich nur sehr wenige Leistungseinschränkungen vorgenommen wur-

den. Dies waren im Wesentlichen die Zuschüsse zu Brillen, das Sterbegeld und die Einschränkungen bei den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Andererseits ist allerdings nicht zu verkennen, dass insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten vielfach Leistungskürzungen und Rationierungen entgegenbringen. Real wird dies dann als Schwäche der gesetzlichen Krankenversicherung erlebt. Tatsächlich liegen die Ursachen weniger in Leistungskürzungen als in strukturellen Schwächen des Systems. So führt die Verteilungssystematik der Arztsitze beispielsweise zu Unterversorgungen in ländlichen Regionen. Ein anderes Beispiel: Im Bereich der KV Nordrhein wurde Anfang Januar das Budget der Ärzte für Ausgaben im Bereich Heilmittel deutlich reduziert. Dabei wurde versäumt, in den Verhandlungen zwischen den Kassen und der KV rechtzeitig Ausnahmetatbestände festzulegen sowie Ärzte und Patienten rechtzeitig zu informieren. Dies wurde erst im Laufe der nächsten Monate nachgebessert. Bis dahin verschrieben eine Vielzahl von Ärzten aus Angst vor Regressen dringend erforderliche Therapien nicht mehr. Ein strukturelles Versagen, das jedoch von den Patienten als Leistungskürzung der GKV wahrgenommen wurde. Daraus resultierende Rationierungsmaßnahmen von Ärzten gegenüber Patienten sind in der Regel rechtlich nicht haltbar, durch die Patienten aber kaum angreifbar. Vielfach vermissen Patienten die Unterstützung ihrer gesetzlichen Krankenkasse, etwa wenn es um die Benachteiligung von Kassen- gegenüber Privatpatienten oder um die Verweigerung von Behandlungen oder Medikamenten aufgrund von Budgetbegrenzungen geht oder auch beim Umgang mit den immer häufigeren Angeboten der Ärzte von privaten Zusatzleistungen für Kassenpatienten, den so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), *siehe Zok/Schuldzinski 2005*.

Dass die Leistungserbringer privat Versicherten häufig eine als Vorzugsbehandlung empfundene Betreuung angedeihen lassen, ist nachvollziehbar, wenn man bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise feststellt, dass für die gleichen Leistungen teilweise erheblich mehr Honorar abgerechnet werden kann. Möglicherweise liegt in diesem Umstand der Hauptvorteil der privaten Krankenversicherer im Wettbewerb mit der GKV, weniger in der Erbringung anderer oder besserer medizinischer Leistungen. Es wäre interessant festzustellen, inwieweit sich die unterschiedliche Behandlung von PKV- und GKV-Patienten angleichen würde, wenn die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an das Honorarniveau der gesetzlichen Krankenversicherungen angeglichen würde und der Wettbewerb lediglich über die unterschiedlichen Leistungen stattfinden würde. Das Beispiel der IGeL-Leistungen zeigt, dass es sich in sehr vielen Fällen bei den Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht übernommen werden, nicht um tatsächlich bessere medizinische Leistungen handelt, sondern dass häufig Leistungen mit sehr fragwürdigem wissenschaftlichem Hintergrund angeboten werden¹.

Der Umstand der erhöhten Verdienstmöglichkeiten der Ärzte bei der Behandlung von Privatpatienten führt möglicherweise auch dazu, dass PKV-Versicherte Leistungen erhalten, die im Einzelfall nicht unbedingt erforderlich sind, also eine Überdiagnostik oder Übertherapie stattfindet. Eine Situation, die weder für den betroffenen Patienten erfreulich ist noch für die private Krankenversicherung und deren Beitragsentwicklung im jeweiligen Tarif.

¹ Siehe die kritische Bewertung einer Vielzahl von Untersuchungen zur Früherkennung in *Koch 2005*.

Hinzu kommt, dass privat Versicherte manchmal einer anderen Art von Rationierung ausgesetzt sind: Gelegentlich berichten Privatpatienten, sie hätten im Krankenhaus die Erfahrung gemacht, dass sich der Chefarzt die Behandlung von Privatpatienten vorbehalten hat, auch wenn dies medizinisch durchaus nicht begründet wäre. Dies kann im Einzelfall zu längeren Wartezeiten und natürlich auch zu höheren Kosten führen.

Derzeit erleben allerdings vor allem GKV-Patienten eine Privilegierung von privat Versicherten – am auffälligsten bei der Vergabe von Terminen. Aufgrund der Budgetierung ihrer Honorare schränken Ärzte nach unseren Erfahrungen zunehmend ihre Sprechzeiten für Kassenpatienten ein und versuchen die gewonnene Zeit mit der Akquise von Privatzahlern zu nutzen. Leider ist auch im Bundesmantelvertrag Ärzte-Krankenkassen nicht eindeutig geregelt, in welchem Umfang Kassenärzte für GKV-Versicherte zur Verfügung stehen müssen. Erste Urteile bestätigen die Auffassung, dass dem Kassenarzt eine solche wirtschaftlich motivierte Steuerung der Patientennachfrage möglich ist².

7.6 Fazit

Entscheidet sich eine Gesellschaft dafür, das Gesundheitssystem auf einer solidarischen Finanzierung aufzubauen, ist es systemwidrig, wenn es neben diesem Versicherungssystem ein weiteres gibt, das insbesondere für leistungsfähigere und gesündere Versicherte interes-

² SG Düsseldorf, Urteil vom 21.07.2004 (Az S 14 KA 260/02 nicht rechtskräftig, anhängig vor dem Landessozialgericht).

sant ist. Es schafft falsche Anreize, wenn den Leistungserbringern für gleiche Leistungen unterschiedliche Vergütungen gewährt werden. Ziel muss es sein die Bevölkerung grundsätzlich gleichmäßig am medizinischen Fortschritt und an einer möglichst optimalen Versorgung teilhaben zu lassen. Basis für die Entscheidung über die Qualität der Versorgung müssen dabei wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse sein. Eine auf diesen Grundsätzen aufbauende Versorgung kann dann wiederum durchaus auch von privaten Kassen angeboten werden.

7.7 Literatur

o.V. (2006), Privatversicherte erhalten überwiegend Originalpräparate. PKV Publik 4/2006, 47.

Herden I (2006), Gefährliche Steigung. Capital, Heft 13, 111.

Deutscher Ärztetag (2006), EntschlieÙung zum Tagesordnungspunkt VII. Deutsches Ärzteblatt, Jg 103, C 1267.

Koch K (2005), Untersuchungen zur Früherkennung Stiftung Warentest. Berlin.

Schuldzinski W/Zok K (2005), Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).

8 Einstellungen der Bevölkerung

Klaus Zok

Angesichts anhaltender Reformdebatten im deutschen Gesundheitssystem erscheinen empirische Untersuchungen über die Präferenzen der Bevölkerung auf der Basis repräsentativer Daten von grundlegender Bedeutung. Im folgenden Beitrag werden Erwartungen und Einstellungen von Versicherten gesetzlicher wie auch privater Krankenversicherungen zu zentralen Merkmalen des GKV- und PKV-Systems dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die Versicherten beider Systeme zum Teil sehr ähnliche Grundhaltungen einnehmen.

8.1 Einleitung

Zu einer Diskussion und Bewertung objektiver Indikatoren des deutschen Krankenversicherungsmarktes gehört auch die Erfassung von subjektiven Präferenzen der Bevölkerung. Auf der Basis aktueller repräsentativer Erhebungen werden Anforderungen und Erwartungen der Versicherten und Patienten an das Gesundheitssystem sowie allgemeine Einstellungen zu zentralen Merkmalen des GKV- und PKV-Systems dargestellt.

Die Studie erfolgte im Rahmen des „WIdOmonitors“, einer repräsentativen Versichertenumfrage, die regelmäßig zentrale Eckpunkte der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion aufgreift und Fragen zum Verhalten, zu den Einstellungen und Erwartungen der Versicherten stellt.

Für die vorliegende Studie wurden zwei repräsentative Zufallsstichproben gezogen: Zum einen wurden 2.005 Personen befragt, die gesetzlich krankenversichert sind, und zum anderen wurde eine Erhebung unter 1.005 privat Krankenversicherten durchgeführt¹. Befragt wurden jeweils Personen ab 18 Jahren.

Die Erhebungen wurden jeweils als „Stand-alone“-Umfrage realisiert. Der Fragebogen ist in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten entwickelt, diskutiert und vor Feldbeginn getestet worden. Die Stichproben wurden nach einem beim ZUMA entwickelten Verfahren gezogen.

Die einzelnen Themen und Fragestellungen wurden bei den jeweiligen Interviewpartnern mittels eines standardisierten Fragebogens mit größtenteils geschlossenen Fragestellungen erhoben. Die Feldzeit für die telefonisch durchgeführten Interviews (durchschnittliche Länge der Gespräche: 15 Minuten) erstreckte sich auf den Zeitraum vom 8. Mai bis zum 16. Juni 2006.

8.2 Einschätzung und Erwartung

Eine allgemeine Bewertung des Versicherungsschutzes im deutschen Gesundheitswesen ergibt bei PKV-Versicherten ein etwas positiveres Votum als bei Personen, die gesetzlich krankenversichert sind: Die Aussage „Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige medizinische Versorgung“ (*Tabelle 8.1*) erfährt bei Personen, die pri-

¹ Versicherte, deren Krankenversicherung über Bundesbahn, Post, Bundeswehr oder Polizei gesondert geregelt wird, sowie Personen, die überhaupt nicht krankenversichert sind, wurden nicht befragt.

vat krankenversichert sind, eine deutlich höhere Zustimmung (63,5 %) als bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Hier stimmt lediglich jeder Zweite zu (48,1 %). Fast jeder fünfte GKV-Versicherte (18,9 %) widerspricht dieser Aussage, bei den PKV-Versicherten sind es nur 12,6 %.

Tabelle 8.1: Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hochwertige medizinische Versorgung.					
	ins-gesamt	subj. Gesundheit		mehr als 10 x beim Arzt im letzten Jahr	
		gut	nicht gut		
GKV	<i>N</i>	2.005	1.207	776	299
1 trifft voll und ganz zu		17,5	17,7	17,1	17,4
2		30,6	34,2	25,1	27,8
3		32,4	31,5	34,0	28,8
4		11,7	10,2	13,9	13,4
5 trifft überhaupt nicht zu		7,2	5,9	9,3	12,4
weiß nicht / k. A.		0,5	0,5	0,5	0,3
top-two		48,1	51,9	42,3	45,2
bottom-two		18,9	16,1	23,2	25,8
PKV	<i>N</i>	1.005	627	377	106
1 trifft voll und ganz zu		26,2	26,6	25,5	24,5
2		37,3	38,1	36,1	38,7
3		23,5	22,0	26,0	19,8
4		8,8	8,1	9,5	13,2
5 trifft überhaupt nicht zu		3,8	4,5	2,7	3,8
weiß nicht / k. A.		0,5	0,6	0,3	–
top-two		63,5	64,8	61,5	63,2
bottom-two		12,6	12,6	12,2	17,0
<i>Quelle: WIdOmonitor 2006</i>					
<i>WIdO 2006</i>					

Die Auswertung nach subjektiven Angaben der Befragten zu ihrem Gesundheitszustand ergibt Unterschiede: Bei Personen, die GKV-versichert sind und ihre Gesundheit als „schlecht“ einstufen, ist die Ablehnung dieser Aussage deutlich größer (23,2 %) als bei Gesunden (16,1 %). „Kranke“ privat Versicherte unterscheiden sich hingegen nicht in der Einschätzung von gesunden PKV-Versicherten, die Ablehnung der Aussage liegt jeweils zwischen 12 und 13 %.

Die aktuellen Erwartungen hinsichtlich der im Rahmen der gesundheitspolitischen Debatte immer wieder diskutierten Themen, nämlich Veränderungen von Leistungsumfang, Leistungsqualität und Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge, sind in der gesamten Bevölkerung durchgängig von Pessimismus gekennzeichnet. Gefragt nach der Entwicklung in den nächsten fünf Jahren, befürchtet die Mehrheit eine Verschlechterung der Situation im deutschen Gesundheitssystem (*Tabelle 8.2*): Fast jeder Befragte erwartet Beitragssatz- bzw. Prämien erhöhungen der Krankenkassen (86,4 % der GKV- bzw. 90,7 % der PKV-Versicherten). Der hohe Anteil bei den PKV-Versicherten steht in engem Zusammenhang mit ihren bisherigen Erfahrungen: Bei fast zwei Dritteln der PKV-Versicherten sind in diesem oder letzten Jahr die Prämien erhöht worden (63,0 %). Rund 5 % der privat Versicherten haben allein in den letzten beiden Jahren mit ihrer Krankenversicherung eine Reduktion des Versicherungsschutzes vereinbart, um eine Prämienhöhung zu vermeiden.

Drei Viertel der GKV-Versicherten befürchten zudem eine Verschlechterung der Qualität (75,4 %) und des Umfangs (73,2 %) der von den Krankenkassen bezahlten Leistungen. Aber auch bei den privat Krankenversicherten glaubt eine deutliche Mehrheit nicht an eine lebenslange Leistungsgarantie: 68,8 % der privat Krankenversicherten rechnen mit Leistungseinschränkungen und 60,2 % von ihnen mit Einbußen bei der Leistungsqualität.

Tabelle 8.2: Erwartungen an das Gesundheitssystem				
	GKV		PKV	
	insgesamt	Patienten, die eine Leistung nicht bekommen haben	insgesamt	Versicherte, die eine Leistung nicht erstattet bekommen haben
<i>N</i>	2.005	282	1.005	266
Bitte denken Sie mal an die nächsten 5 Jahre:				
<i>Wird sich die Lebensqualität ...</i>				
verschlechtern	75,4	84,0	60,2	72,2
verbessern	5,8	3,9	8,9	6,4
oder gleich bleiben?	17,2	11,0	29,4	20,3
weiß nicht / k. A.	1,6	1,1	1,6	1,1
<i>Wird sich der Leistungsumfang ...</i>				
verkleinern	73,2	78,4	68,8	74,8
vergrößern	9,7	8,9	9,3	7,9
oder gleich bleiben?	15,5	10,3	20,7	16,5
weiß nicht / k. A.	1,6	1,4	1,3	0,8
<i>Werden die Beiträge/Prämien ...</i>				
steigen	86,4	88,7	90,7	92,5
sinken	1,3	2,5	0,4	0,8
oder gleich bleiben?	11,3	7,8	8,0	6,0
weiß nicht / k. A.	0,9	1,1	0,9	0,8
<i>Quelle: WIdOmonitor 2006</i>				
WIdO 2006				

Diese ausgeprägt pessimistische Grundstimmung wird durch persönliche Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung verstärkt. 26,5 % der PKV-Versicherten geben an, in den letzten zwölf Monaten von ihrer Krankenversicherung Leistungen ganz oder teilweise nicht erstattet bekommen zu haben, bei den GKV-Versicherten haben 14,1 % der Befragten die Erfahrung einer Leistungsablehnung gemacht. Die Umfrageergebnisse zeigen deutlich, dass Versicherte, die Versorgungseinschränkungen erfahren haben, durchweg negativere Erwartungen gegenüber dem Gesundheitssystem äußern.

Bemerkenswert ist, dass die Umfrageergebnisse deutlich zeigen, dass – bei allem geäußerten Pessimismus – Einschränkungen des versicherten Leistungsspektrums nach wie vor abgelehnt werden (*siehe hierzu zusammenfassend: Zok 2003, 31 ff.*). Denn vor die Alternative gestellt, eher auf Leistungen zu verzichten oder höhere Beiträge bzw. Prämien zu bezahlen, spricht sich lediglich ein Viertel der Befragten (26,0 % der GKV- und 28,4 % der PKV-Versicherten) für Leistungsverzicht aus (*Tabelle 8.3*). Die große Mehrheit der Versicherten (65,8 % der GKV-Versicherten, 67,2 % der PKV-Versicherten) wäre dagegen bereit, eher höhere Beiträge bzw. Prämien zu bezahlen als Leistungseinschränkungen hinzunehmen. Die Auswertungen in den einzelnen Teilgruppen zeigen kaum Abweichungen von den Durchschnittswerten. Unabhängig vom Gesundheitszustand votieren die Versicherten gegen Leistungsausschlüsse und für höhere Beiträge.

Bei den allgemeinen Einstellungen und Erwartungen an das Gesundheitssystem zeigen sich kaum Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Es existiert bei den Versicherten beider Systeme eine ähnlich hohe Bereitschaft, für ein gutes Gesundheitssystem bei Bedarf auch mehr zu bezahlen. Die Erwartungshaltung im Hinblick auf die zukünftige politische Ausgestaltung des Gesundheitssystems ist aus-

nahmslos von Pessimismus geprägt (weniger Leistungen, weniger Qualität und höhere Beiträge). Lediglich bei der Bewertung der Hochwertigkeit des heutigen Gesundheitsschutzes fällt das Votum von PKV-Versicherten mehrheitlich positiv aus.

	insgesamt	allg. Gesundheit		Gesundheit im 1. Quartal 2006		Chroniker ja	
		gut	nicht gut	gesund	krank		
GKV	<i>N</i>	2.005	1.207	776	1.091	897	876
Leistungsverzicht		26,0	27,3	24,5	27,0	25,0	23,2
Beitragserhöhung		65,8	65,8	66,2	65,5	66,0	67,4
weiß nicht / k. A.		8,1	6,9	9,2	7,4	9,0	9,4
PKV	<i>N</i>	1.005	627	377	603	398	364
Leistungsverzicht		28,4	31,1	23,6	31,2	23,4	23,9
Beitragserhöhung		67,2	64,6	71,6	64,5	71,9	71,7
weiß nicht / k. A.		4,4	4,3	4,8	4,3	4,8	4,4

Quelle: WIdOmonitor 2006

WIdO 2006

8.3 Systemmerkmale der GKV

Für das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidarprinzip maßgebend. Die Beiträge werden grundsätzlich bis zu einer bestimmten Einkommensobergrenze (Beitragsbemessungsgrenze) in Abhängigkeit vom Arbeitsentgelt erhoben – unabhängig von individuellen Risikofaktoren und Differenzierungen in der Leistungsgewährung.

Alle qualitativen und quantitativen Erhebungen seit Anfang der 1990er Jahre haben bei den Versicherten durchgängig eine starke Verankerung des Solidarprinzips als Leitgedanken dokumentiert (SVR-G 2003, 55ff.; Krömmelbein/Nüchter 2006).

Hier wurde nun der Frage nachgegangen, welche Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten festzustellen sind. Zunächst wurde die Einstellung zu der Aussage: „In einem Gesundheitssystem sollten gesunde Versicherte Kranke unterstützen“ untersucht. Hier findet sich sowohl bei GKV- als auch PKV-Versicherten eine breite Zustimmung (*Tabelle 8.4*): Jeweils sechs von zehn Befragten (58,9 % der GKV- und 57,5 % der PKV-Versicherten) befürworten eine Unterstützung Kranker durch Gesunde – eine Einstellung, die mit dem Alter zunimmt. Bei über 60-Jährigen votieren 63,0 % (GKV) und 64,3 % (PKV) der Versicherten für einen Risikoausgleich.

Insofern erfasst der hier zunächst erfragte Solidaritätsaspekt nichts anderes als die grundlegende Zustimmung zum allgemeinen Versicherungsprinzip, das in gleicher Weise für gesetzliche wie für private Krankenversicherungen gilt. Erwartungsgemäß finden sich ähnliche Zustimmungsquoten bei gesetzlich und privat Versicherten.

Tabelle 8.4: In einem Gesundheitssystem sollten gesunde Versicherte Kranke unterstützen.

	ins- gesamt	Altersgruppen					allg. Gesundheit			Gesundheit im 1. Quartal 2006		Chro- niker ja
		<30	30 – <40	40 – <50	50 – <60	≥60	gut	nicht gut	gesund	krank		
											N	
GKV	2.005	257	417	402	316	613	1.207	776	1.091	897	876	
1 stimme voll und ganz zu	38,3	23,7	33,8	41,3	41,8	43,7	37,5	39,3	37,5	39,5	40,4	
2	20,5	28,0	22,3	18,9	16,8	19,2	21,9	18,8	21,1	20,1	18,5	
3	23,0	26,8	22,8	21,4	25,0	21,5	22,1	24,5	22,5	23,6	22,6	
4	6,0	10,1	6,7	4,7	5,7	4,7	5,9	6,3	6,2	5,7	5,9	
5 stimme überhaupt nicht zu weiß nicht / k. A.	10,5	10,9	13,4	12,2	8,9	8,0	11,1	9,7	11,1	9,6	11,1	
top-two	58,9	51,8	56,1	60,2	58,5	63,0	59,4	59,1	58,6	59,5	58,9	
bottom-two	16,5	21,0	20,1	16,9	14,6	12,7	17,0	16,0	17,3	15,3	17,0	
PKV	1.005	116	147	194	223	322	627	377	603	398	364	
1 stimme voll und ganz zu	37,3	24,1	29,9	33,5	40,8	45,3	37,2	37,7	36,0	39,4	41,2	
2	20,2	25,9	19,7	22,2	17,9	18,9	18,0	23,9	18,2	23,4	19,2	
3	24,1	30,2	24,5	27,8	23,3	19,9	24,7	23,1	25,0	22,1	23,1	
4	5,8	6,9	9,5	7,7	3,1	4,3	6,5	4,5	6,6	4,5	5,8	
5 stimme überhaupt nicht zu weiß nicht / k. A.	11,0	12,9	15,0	7,7	13,5	9,0	12,1	9,0	12,8	8,5	9,1	
top-two	1,6	—	1,4	1,0	1,3	2,5	1,4	1,9	1,3	2,0	1,7	
bottom-two	57,5	50,0	49,7	55,7	58,7	64,3	55,2	61,5	54,2	62,8	60,4	
	16,8	19,8	24,5	15,5	16,6	13,4	18,6	13,5	19,4	13,0	14,9	

Quelle: WIdDmonitor 2006

WIdD 2006

Die weiteren Fragen nach Solidaraspekten beziehen sich auf die Merkmale, die explizit den Solidargedanken der gesetzlichen Krankenversicherung vom PKV-System abgrenzen. So wurde nach dem Einkommensausgleich zwischen Besserverdienern und Geringverdienern gefragt, der ein charakteristisches Merkmal der solidarischen Finanzierung der GKV im Vergleich zum Äquivalenzprinzip der PKV darstellt. Hier zeigt sich, dass die befragten Versicherten einen Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Einkommen mehrheitlich befürworten. Fast zwei Drittel der GKV-Versicherten (64,1 %) und die Hälfte der privat Krankenversicherten (51,0 %) äußern Zustimmung zu der Aussage: „In einem Gesundheitssystem sollten Besserverdiener Geringverdiener unterstützen“ (*Tabelle 8.5*). Demnach stimmen auch große Teile der PKV-Versicherten einem solidarischen Finanzierungssystem zu, auch wenn sie selbst nach dem Äquivalenzprinzip versichert sind. Nochmals höher ist die Zustimmung bei privat versicherten Beamten: Hier begrüßen sechs von zehn (60,7 %) den Gedanken einer solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems.

Auch bei der Einstellung zu dem Prinzip, Ältere zu unterstützen, zeigen sich keine substantziellen Unterschiede in der Haltung von GKV- und PKV-Versicherten. Nahezu jeder zweite Versicherte (50,6 % der GKV- und 47,8 % der PKV-Versicherten) ist der Auffassung, dass in einem Gesundheitssystem junge Versicherte Alte unterstützen sollten, rund ein Viertel der Versicherten spricht sich dagegen aus (*Tabelle 8.6*). Die Zustimmung steigt mit der Schulbildung, die Auswertung nach dem Alter der Befragten ergibt kaum Abweichungen von den Durchschnittswerten.

Tabelle 8.5: In einem Gesundheitssystem sollten Besserverdiener Geringverdiener unterstützen.

	ins- gesamt	monatliches Bruttoeinkommen		Berufsstatus	
		<2.000	≥2.000	Arbeiter	ltd. Ang.
GKV <i>N</i>	2.005	1.002	561	213	133
1 stimme voll und ganz zu	41,1	43,4	39,4	46,9	32,3
2	22,9	21,7	26,6	19,2	26,3
3	20,4	20,4	19,4	19,7	21,8
4	6,1	5,1	7,3	4,2	10,5
5 stimme überhaupt nicht zu	8,1	8,1	7,0	8,9	9,0
weiß nicht / k. A.	1,2	1,4	0,4	0,9	–
top-two	64,1	65,1	66,0	66,2	58,6
bottom-two	14,2	13,2	14,3	13,1	19,5
PKV <i>N</i>	1.005	186	591	267	72
1 stimme voll und ganz zu	25,3	26,9	26,9	31,8	18,1
2	25,8	24,2	26,1	28,8	18,1
3	25,7	24,2	25,5	26,6	27,8
4	7,9	10,2	6,9	5,6	15,3
5 stimme überhaupt nicht zu	14,6	13,4	14,0	6,4	20,8
weiß nicht / k. A.	0,8	1,0	0,5	0,8	–
top-two	51,0	51,1	53,0	60,7	36,2
bottom-two	22,5	23,6	20,9	12,0	36,1
<i>Quelle: WIdOmonitor 2006</i>					
WIdO 2006					

Tabelle 8.6: In einem Gesundheitssystem sollten junge Versicherte Alte unterstützen.

	insgesamt	Schulbildung		
		einfach	mittel	hoch
GKV <i>N</i>	2.005	605	686	698
1 stimme voll und ganz zu	30,0	29,4	30,2	29,7
2	20,6	18,0	20,1	23,5
3	25,9	24,8	24,6	28,5
4	9,7	9,8	10,3	9,2
5 stimme überhaupt nicht zu	12,5	16,4	13,3	8,3
weiß nicht / k. A.	1,2	1,6	1,5	0,8
top-two	50,6	47,4	50,3	53,2
bottom-two	22,2	26,2	23,6	17,5
	insgesamt	einfach und mittel		hoch
PKV <i>N</i>	1.005	299		701
1 stimme voll und ganz zu	26,1	22,4		27,7
2	21,7	15,4		24,3
3	26,2	30,8		24,1
4	8,4	6,7		9,1
5 stimme überhaupt nicht zu	15,8	22,1		13,3
weiß nicht / k. A.	1,9	2,7		1,6
top-two	47,8	37,8		52,0
bottom-two	24,2	28,8		22,4
<i>Quelle: WIdOmonitor 2006</i>				
<i>WIdO 2006</i>				

Bei der Bewertung von Krankenversicherungsmerkmalen nehmen GKV- und PKV-Versicherte im Prinzip die gleiche Grundhaltungen ein: Sie bejahen das grundsätzliche Versicherungsprinzip. Erstaunlich ist aber, dass PKV-Versicherte fast in ähnlicher Weise wie gesetzlich Versicherte charakteristische Elemente des GKV-Solidarprinzips befürworten.

8.4 Systemmerkmale der PKV

Im Hinblick auf das in der privaten Krankenversicherung geltende Äquivalenzprinzip wurden ebenfalls einige Systemmerkmale hinsichtlich ihrer Bewertung bei GKV- und PKV-Versicherten untersucht:

- In der PKV zahlen die Versicherten je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand unterschiedliche Prämien.
- Die PKV hat das Recht, Kunden abzulehnen, z. B. wenn sie schon eine schwere Krankheit haben.
- Bei einem Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine andere verfallen die angesammelten Altersrückstellungen.

Für die privaten Krankenversicherungen ist die Eigenvorsorge auf der Basis des Äquivalenzprinzips maßgebend. Das bedeutet eine individuelle risikoadäquate Prämienkalkulation, die abhängig ist vom Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten bei Vertragsabschluss sowie vom individuellen Umfang des Versicherungsschutzes. Zudem werden die Beiträge in der PKV nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkuliert, d. h., es werden Alterungsrückstellungen gebildet.

Erwartungsgemäß ist die Zustimmung zum Äquivalenzprinzip in der PKV bei den befragten privat Versicherten stärker ausgeprägt als bei gesetzlich Versicherten. Der Blick auf die jeweilige persönliche Betroffenheit zeigt teilweise deutliche Differenzen sowohl zwischen GKV- und PKV-Versicherten als auch innerhalb der einzelnen Teilgruppen (*Tabelle 8.7*): So ist die Zustimmung zum Äquivalenzprinzip bei älteren Versicherten deutlich geringer als bei jüngeren Versicherten. Frauen, die privat krankenversichert sind, stimmen dieser Form der Beitragskalkulation grundsätzlich seltener zu als männliche Versicherte.

Tabelle 8.7: In der PKV zahlen die Versicherten je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand unterschiedliche Prämien.

		insgesamt	Alter		Frauen
			<40	≥40	
GKV	<i>N</i>	2.005	674	1.331	1.124
1 finde ich sehr gut		22,8	24,9	21,7	22,2
2		17,7	22,4	15,3	18,2
3		24,5	27,2	23,2	23,0
4		10,4	10,7	10,2	10,7
5 finde ich gar nicht gut		20,9	12,8	25,1	22,5
weiß nicht / k. A.		3,6	2,0	4,5	3,4
top-two		40,5	47,3	37,0	40,4
bottom-two		31,3	23,4	35,3	33,2
PKV	<i>N</i>	1.005	263	739	374
1 finde ich sehr gut		32,1	34,6	31,3	27,8
2		22,4	29,3	20,0	18,4
3		26,7	26,2	26,8	31,0
4		8,9	4,9	10,1	9,6
5 finde ich gar nicht gut		8,8	4,9	10,1	11,8
weiß nicht / k. A.		1,2	–	1,6	1,3
top-two		54,5	63,9	51,3	46,3
bottom-two		17,7	9,9	20,3	21,4

Quelle: WldOmonitor 2006

WldO 2006

Der für private Krankenversicherer fehlende Kontrahierungszwang² (Tabelle 8.8) wird von den Befragten durchweg kritisch bewertet und mehrheitlich abgelehnt (79,4 % der GKV- und 61,2 % der PKV-Versicherten). In beiden Versicherungssystemen lehnen Versicherte,

² Den „Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006“ (CDU/CSU/SPD 2006) zufolge sollen die privaten Krankenversicherungen künftig jeden freiwillig Versicherten ohne individuelle Risikozuschläge in einem „Basistarif“ versichern müssen.

die ihren Gesundheitszustand als „krank“ einstufen, diesen Sachverhalt zu einem höheren Prozentsatz ab als diejenigen, die sich als „gesund“ eingestuft haben.

Tabelle 8.8: Die PKV hat das Recht, Kunden abzulehnen, z. B. wenn sie schon eine schwere Krankheit haben.				
		insgesamt	subjektive Gesundheitseinschätzung	
			gesund	krank
GKV	<i>N</i>	2.005	1.091	897
1 finde ich sehr gut		5,0	6,0	3,7
2		3,3	4,1	2,5
3		10,7	10,5	11,1
4		14,8	16,3	13,0
5 finde ich gar nicht gut		64,6	61,6	68,0
weiß nicht / k. A.		1,5	1,3	1,7
top-two		8,4	10,2	6,1
bottom-two		79,4	77,9	81,0
PKV	<i>N</i>	1.005	603	398
1 finde ich sehr gut		9,7	10,3	8,8
2		10,6	11,3	9,5
3		18,1	20,2	15,1
4		19,6	19,1	20,1
5 finde ich gar nicht gut		41,6	38,6	46,2
weiß nicht / k. A.		0,4	0,5	0,3
top-two		20,3	21,6	18,3
bottom-two		61,2	57,7	66,3
<i>Quelle: WIdOmonitor 2006</i>				
<i>WIdO 2006</i>				

Im System der PKV wird der altersbedingt höheren Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bildung von Altersrückstellungen vorgebeugt. Deshalb werden die Beiträge für jeden Versicherten u. a. nach dem Alter der Versicherten kalkuliert. Die bislang fehlende Möglich-

keit der Mitnahme dieser Rückstellungen³ bei einem Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine andere (Tabelle 8.9) wird ebenfalls durchgängig von rund drei Viertel der Befragten kritisiert.

Lediglich bei Personen mit höherem Einkommen ist die Akzeptanz der fehlenden Portabilität der Altersrückstellungen bei privaten Krankenversicherungen etwas höher.

Tabelle 8.9: Bei einem Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine andere verfallen die angesammelten Altersrückstellungen.

	insgesamt	monatliches Bruttoeinkommen				
		<1.000	1.000 bis <2.000	2.000 bis <3.000	≥3.000	
GKV	<i>N</i>	2.005	509	493	298	263
1 finde ich sehr gut		3,5	2,4	3,2	4,0	6,5
2		2,8	2,9	2,4	2,0	4,6
3		14,1	15,5	14,4	11,7	16,0
4		15,4	15,3	15,6	15,8	14,4
5 finde ich gar nicht gut		60,4	60,7	60,9	63,4	55,5
weiß nicht / k. A.		3,6	3,2	3,6	3,0	3,1
top-two		6,4	5,3	5,7	6,0	11,0
bottom-two		75,8	76,0	76,5	79,2	70,0

...

³ Die Bundesregierung beabsichtigt, dass privat Versicherte künftig ihre individuellen Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Krankenversicherung mitnehmen können (CDU/CSU/SPD 2006).

Tabelle 8.9: Fortsetzung

	insgesamt	monatliches Bruttoeinkommen				
		<1.000	1.000 bis <2.000	2.000 bis <3.000	≥3.000	
PKV	<i>N</i>	1.005	86	100	194	397
1 finde ich sehr gut		5,7	5,8	1,0	7,2	6,0
2		4,9	2,3	7,0	7,2	4,0
3		12,3	16,3	16,0	11,3	11,6
4		18,0	19,8	28,0	16,5	16,9
5 finde ich gar nicht gut		57,2	53,5	47,0	57,2	59,7
weiß nicht / k. A.		1,9	2,3	1,0	0,5	1,8
top-two		10,5	8,1	8,0	14,4	10,1
bottom-two		75,2	73,3	75,0	73,7	76,6
<i>Quelle: WidOmonitor 2006</i>						
WidO 2006						

Damit werden zentrale Systemmerkmale der PKV – wie z. B. fehlen der Kontrahierungszwang und die fehlende Portabilität der Altersrückstellungen – auch von privat Versicherten in den weitaus meisten Fällen abgelehnt.

8.5 Einstellungen zu Reformoptionen

Nach der Betrachtung der unterschiedlichen Systemmerkmale lohnt ein Blick auf die Präferenzen bei den verschiedenen Gestaltungsoptionen des Gesundheitssystems. Bei der Debatte über künftige gesundheitspolitische Reformoptionen wird – neben möglichen Änderungen auf der Leistungsseite und strukturellen Reformen zur Qualitäts- und

Effizienzsteigerung – immer wieder auch die finanzielle Basis des GKV-Systems diskutiert. Da die aktuelle Finanzbasis der GKV durch eine anhaltende Wachstumsschwäche gekennzeichnet ist, wird gefordert, mehr Personengruppen an der solidarischen Finanzierung zu beteiligen bzw. zusätzliche Einkommensarten bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen (*siehe zur aktuellen Reformdebatte Jacobs 2006*).

So zielt insbesondere der Vorschlag einer Bürgerversicherung darauf ab, den Kreis derjenigen Personen zu erweitern, die an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, also neben allen Arbeitern und Angestellten auch Beamte und Selbstständige mit einzubeziehen.

Das Ergebnis der Umfrage zeigt, dass eine deutliche Mehrheit (69,3 %) der GKV-Versicherten für eine Beteiligung von Beamten, Selbstständigen und Besserverdienern an der Finanzierung der GKV votiert (*siehe hierzu auch Christoph/Ullrich 2006, 79ff.; Zok 2003, 48f.*), nur eine Minderheit der befragten gesetzlich Versicherten (13,8 %) stimmt dagegen (*Tabelle 8.10*). Bei den privat versicherten Befragten fällt das Votum genau umgekehrt aus: Hier votiert die Mehrheit (61,6 %) gegen eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Bürger.

Bei älteren Menschen und GKV-Versicherten aus den neuen Bundesländern fällt die Zustimmung zu einer erweiterten Versicherungspflicht deutlich höher aus als bei Jüngeren und Befragten aus den westlichen Ländern. Erwartungsgemäß geringer ist die Zustimmung zur Einbeziehung weiterer Personengruppen in die GKV bei den direkt Betroffenen. Das gilt insbesondere für Versicherten mit hohem Einkommen und für Selbstständige.

Tabelle 8.10: Auch Beamte, Selbstständige und Besserverdiener sollten sich künftig an der Finanzierung der GKV beteiligen.							
		ins- gesamt	>60	NBL	≥3.000	Selbst- ständi- ge	Beamte
GKV	<i>N</i>	2.005	613	327	263	100	–
1 stimme voll und ganz zu		56,6	69,2	68,2	55,5	41,0	–
2		12,7	11,3	9,8	11,0	13,0	–
3		15,5	9,5	10,7	16,0	19,0	–
4		4,6	2,9	4,6	5,7	5,0	–
5 stimme überhaupt nicht zu		9,2	4,7	6,1	11,4	22,0	–
weiß nicht / k. A.		1,4	2,5	0,6	0,4	-	–
top-two		69,3	80,4	78,0	66,5	54,0	–
bottom-two		13,8	7,6	10,7	17,1	27,0	–
PKV	<i>N</i>	1.005	322	100	397	200	267
1 stimme voll und ganz zu		13,2	17,1	12,0	13,6	11,0	10,1
2		9,7	10,2	6,0	8,6	7,5	10,9
3		14,0	12,4	15,0	10,3	13,0	15,4
4		10,0	7,8	12,0	10,1	8,0	10,9
5 stimme überhaupt nicht zu		51,5	49,1	53,0	57,2	59,0	52,1
weiß nicht / k. A.		1,5	3,5	2,0	0,3	1,5	0,4
top-two		22,9	27,3	18,0	22,2	18,5	21,0
bottom-two		61,6	56,9	65,0	67,3	67,0	62,9
<i>Quelle: WidOmonitor 2006</i>							
<i>WidO 2006</i>							

Die unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten werden noch deutlicher, wenn man das Antwortverhalten auf Vorschläge zur Finanzierungsreform des Gesundheitssystems miteinander vergleicht,

die zurzeit diskutiert werden (*Tabelle 8.11*). Die Befragten wurden gebeten, sich für eine der drei Antwortvorgaben zu entscheiden:

- Die gesamte Bevölkerung wird in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.
- Wie bislang können sich Besserverdiener, Beamte und Selbstständige in einer privaten Krankenversicherung versichern.
- Die gesetzliche Krankenversicherung wird abgeschafft und alle müssen sich privat versichern.

Reformmodell	GKV	PKV
<i>N</i>	2.005	1.005
gesamte Bevölkerung in die GKV	55,8 %	22,8 %
wie bislang	30,5 %	50,3 %
GKV abschaffen, jeder versichert sich privat	12,1 %	24,6 %
weiß nicht / k. A.	1,5 %	2,3 %

Quelle: WIdOmonitor 2006

WIdO 2006

Erwartungsgemäß gibt es große Unterschiede im Antwortverhalten der GKV- und PKV-Stichprobe: Die Versicherten der GKV entscheiden sich mehrheitlich dafür, die gesamte Bevölkerung in die GKV einzu-beziehen, privat Versicherte votieren dagegen mehrheitlich für die Aufrechterhaltung eines segmentierten Versicherungsmarktes: „Besserverdiener, Beamte und Selbstständige sollen sich wie bislang privat absichern können“. Der Vorschlag, die GKV abzuschaffen und alle Bürger privat zu versichern, bekommt in beiden Versichertengruppen nur wenig Zustimmung.

8.6 Fazit

Die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von GKV- und PKV-Versicherten zu zentralen Systemmerkmalen ergeben folgende Befunde: Zentrale Elemente der solidarischen Krankenversicherung sind in der Bevölkerung fest verankert, die Bürger sind sogar bereit, für einen umfassenden Versicherungsschutz bei Bedarf auch mehr zu bezahlen.

Allerdings ist – im Hinblick auf die gegenwärtige und weitere Entwicklung des Gesundheitssystems – die aktuelle Stimmung in der Bevölkerung von Pessimismus und Misstrauen geprägt: Die Mehrheit der GKV- und auch der PKV-Versicherten fürchtet weiter steigende Versicherungsbeiträge und einen Abbau von Umfang und Qualität der Versicherungsleistungen. Vor die Wahl gestellt, votieren die Versicherten durchweg häufiger für höhere Beiträge als für Einschränkungen des Versicherungsschutzes.

Die aktuellen Erhebungsergebnisse verzeichnen bei der Betrachtung von zentralen Systemmerkmalen der GKV ähnlich hohe Akzeptanzwerte – auch bei Versicherten privater Krankenversicherungen.

Dagegen werden charakteristische Elemente des Äquivalenzprinzips der PKV von den Versicherten beider Systeme tendenziell kritisch bewertet. Insbesondere die Akzeptanz zentraler PKV-Systemmerkmale wie der fehlende Kontrahierungszwang und die Portabilität von Altersrückstellungen ist sehr gering.

Neben der Beurteilung von verschiedenen zentralen GKV- und PKV-Systemmerkmalen richtete sich der Fokus auf die Frage, welcher Reform-Vorschlag für die künftige Finanzierung des Gesundheitssystems gewünscht wird. Die Präferenzen der Bürger sind eindeutig:

GKV-Versicherte plädieren für eine Beteiligung von privat versicherten Bevölkerungsgruppen am Solidarausgleich, privat Krankenversicherte halten dagegen an der Trennung der Krankenversicherungssysteme fest.

8.7 Literatur

CDU/CSU/SPD (2006), Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, Stand 4. Juli 2006. Zugriff am 16.08.06 unter http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf?param=reform2006

Christoph B/Ullrich CG (2006), Die GKV in den Augen der Bürger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen. Sozialer Fortschritt, 4/2006, 75–83.

Jacobs K (2006), Wer bezahlt die Gesundheit? Eine Analyse von Reformoptionen. Gesundheit und Gesellschaft 3/06, 22–28.

Krömmelbein S/Nüchter O (2006), Bürger wollen auch in Zukunft weit reichende soziale Sicherung, in: ZUMA (Hrsg.): Informationsdienst Soziale Indikatoren. Ausgabe 36, Juli 2006.

SVR-G (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2003), Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bundestags-Drucksache 15/530 vom 26.02.2003.

Zok K (2003), Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen. Bonn.

Abkürzungen

BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
DRG	Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IVS	Integriertes Versicherungssystem
Kal-V	Kalkulationsverordnung
MBO-Ä	Berufsordnung für Ärzte
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Sozialgesetzbuch 5. Buch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SVR-W	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VPG	Versicherungspflichtgrenze
ZUMA	Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen

Autoren

Hendrik Dräther

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Studium der Angewandten Systemwissenschaften am Fachbereich Mathematik der Universität Osnabrück. Danach wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO im Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“. Arbeitsschwerpunkte: Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems und Vergütung der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung.

Dr. Markus M. Grabka

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin)
Königin-Luise-Straße 5
14195 Berlin (Steglitz)

Studium der Soziologie und Informatik an der TU Berlin. Promotion zum Dr. p. h. im Rahmen des Graduiertenkollegs „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“ der drei Berliner Universitäten. Seit 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin in der Abteilung „Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)“. Arbeitsschwerpunkte: Mikrosimulation, Fragen der Einkommensverteilung und Gesundheitsökonomie.

Dr. Klaus Jacobs

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der Freien Universität Berlin. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und von 1988 bis 2002 als Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit März 2002 Geschäftsführer des WIdO und Leiter des Forschungsbereichs „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“. Arbeitsschwerpunkte: Organisation der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung auf einzel- und gesamtwirtschaftlicher Ebene.

Jürgen Klauber

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Studium der Sozialwissenschaften, Mathematik und Psychologie in Aachen und Bonn. Seit 1990 im WIdO. 1992 bis 1996 Leitung des Projektes GKV-Arzneimittelindex. 1997 bis 1998 Leitung des Referates Marktanalysen im AOK-Bundesverband. Zunächst stellvertretende, später kommissarische Leitung des WIdO. Seit März 2002 Geschäftsführer des WIdO.

Dr. Johannes Leinert

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Studium der Volkswirtschaftslehre in Hamburg, Trier und Dublin. Danach Tätigkeit in der Abteilung Wirtschaft und Soziales bei der Bertelsmann Stiftung. Daneben Promotion an der TU Berlin. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO im Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“.

Wolfgang Schuldzinski

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen
Mintropstraße 27
40215 Düsseldorf

Rechtsanwalt. Bereichsleiter Recht und Finanzdienstleistungen und Mitglied der Geschäftsleitung bei der Verbraucherzentrale NRW. Studium der Rechtswissenschaften in Köln und Tübingen. Danach wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Köln und Tätigkeit bei der Verbraucherzentrale NRW. Inhaltlicher Schwerpunkt: Gesundheits- und Pflegemarkt.

Sabine Schulze

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn

1996–2002 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik, und Arbeitsmarkttheorie. Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Dr. Stephanie Schlen

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES)
Wichmannstraße 5
10787 Berlin

Studium der Betriebs- und Volkswirtschaftslehre in Göttingen. Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Versicherungsökonomik und Volkswirtschaftslehre an der Universität Bamberg. Promotion im Bereich Versicherungs- und Gesundheitsökonomik. Seit Anfang 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Finanzierung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und Vergütung von Leistungserbringern.

Klaus Zok

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Kortrijker Str. 1

53177 Bonn

Studium der Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO. Arbeitsschwerpunkt Sozialforschung: Erstellung von Transparenzstudien in einzelnen Teilmärkten des Gesundheitssystems (z. B. Zahnersatz, Hörgeräte, IGeL) sowie strategische und unternehmensbezogene Erhebungen und Analysen im GKV-Markt.