

Klaus Jacobs · Sabine Schulze (Hrsg.)



# Die Krankenversicherung der Zukunft

Anforderungen an ein leistungsfähiges System

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

**KomPart**  
Ihr KommunikationsPartner

Klaus Jacobs · Sabine Schulze (Hrsg.)

# Die Krankenversicherung der Zukunft

Anforderungen an ein leistungsfähiges System

**WIdO** Wissenschaftliches Institut der AOK

Kontakt:

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
im AOK-Bundesverband GbR  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
E-Mail: wido@wido.bv.aok.de  
Internet: www.wido.de

Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.)

Mit Beiträgen von:

Konstantin Beck, Ralf Götze, Wolfgang Greiner,  
Stefan Greß, Dietmar Haun, Stephanie Heinemann,  
Jan-Marc Hodek, Klaus Jacobs, Franz Knieps, Hartmut  
Reiners, Heinz Rothgang, Sabine Schulze, Klaus Zok

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann,  
Miriam-M. Höltgen

Grafik und Satz: Ursula M. Mielke

Design und Umschlaggestaltung: Désirée Gensrich

Titelfoto: © ag visuell - Fotolia.com

Druck: Richter-Druck, Elkenroth

Internet: www.kompart.de

ISBN 978-3-940172-31-0

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<b>1 GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten</b> Klaus Zok.....	<b>15</b>
1.1 Einleitung .....	15
1.2 Zufriedenheit mit der Krankenversicherung.....	16
1.3 Systemische Unterschiede in der Wahrnehmung der Versorgung.....	20
1.4 Tarifwechsel in der PKV.....	23
1.5 Solidarprinzip der GKV.....	26
1.6 Bewertung von Reformoptionen.....	29
1.7 Entwicklungsperspektive Gesundheitssystem.....	41
1.8 Zusammenfassung .....	43
1.9 Literatur .....	44
<b>2 Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität</b> Klaus Jacobs.....	<b>47</b>
2.1 Die „Dualität“: Ausdruck oder Verhinderung von sinnvollem Wettbewerb? .....	47
2.2 Zwei Wettbewerbsdimensionen in der Krankenversicherung.....	49
2.2.1 Wettbewerb als Ausdruck individueller Wahl- und Wechseloptionen.....	50

2.2.2	Wettbewerb als versorgungsorientiertes Steuerungsinstrument .....	51
2.3	Zum wettbewerblichen Status quo im dualen Krankenversicherungssystem .....	53
2.3.1	Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten.....	53
2.3.2	Auswirkungen des „Systemwettbewerbs“ auf die Gesundheitsversorgung .....	62
2.4	Fazit und Ausblick.....	69
2.5	Literatur .....	71
<b>3</b>	<b>Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System</b> Dietmar Haun.....	<b>75</b>
3.1	Einleitung .....	75
3.2	Datenbasis.....	78
3.3	Erwerbs- und Einkommensstruktur der Versicherten in GKV und PKV 2000–2010 .....	81
3.4	Niedrigeinkommen in der PKV.....	94
3.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	100
3.6	Literatur .....	103
<b>4</b>	<b>Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Kranken- versicherung</b> Stefan Greß und Stephanie Heinemann .....	<b>107</b>
4.1	Einleitung .....	107
4.2	Traditionelle Kritik am Geschäftsmodell der PKV .....	109
4.3	Schwächen im Steuerungsinstrumentarium.....	111
4.3.1	Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite .....	113
4.3.2	Steuerungsinstrumente auf der Nachfrageseite .....	114

4.4	Aktuelle Entwicklungen.....	116
4.5	Fazit und Ausblick.....	120
4.6	Literatur .....	122
<b>5</b>	<b>Perspektiven der solidarischen Finanzierung</b>	
	Heinz Rothgang und Ralf Götze .....	125
5.1	Einleitung .....	125
5.2	Die Grundprobleme der GKV-Finanzierung.....	126
5.2.1	Strukturelle Einnahmeschwäche .....	127
5.2.2	Horizontale und vertikale Gerechtigkeit.....	131
5.3	Handlungsparameter.....	136
5.3.1	Einbeziehung weiterer Versichertengruppen .....	137
5.3.2	Einbeziehung weiterer Einkommensarten.....	142
5.3.3	Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze .....	145
5.3.4	Modellrechnungen zu den fiskalischen Effekten und Verteilungswirkungen einer Bürgerversicherung.....	148
5.3.5	Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten .....	157
5.3.6	Steuerfinanzierung .....	161
5.3.7	Bewertung der Reformoptionen .....	165
5.4	Reformperspektiven.....	166
5.5	Literatur .....	170
<b>6</b>	<b>Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung</b>	
	Hartmut Reiners.....	175
6.1	Einleitung .....	175

6.2	Demografische Entwicklung und Gesundheitsausgaben .....	176
6.2.1	Steigende Gesundheitsausgaben – ein Krisensymptom?.....	177
6.2.2	Tappt die moderne Medizin in eine Fortschrittsfalle? .....	178
6.2.3	Alterung der Bevölkerung: Auswirkungen auf die GKV- Ausgaben .....	180
6.3	Benachteiligt die Umlagefinanzierung der GKV die nachwachsenden Generationen?.....	183
6.4	Ist die Kapitaldeckung von Altersrisiken dem Umlageverfahren überlegen?.....	186
6.4.1	Die Kapitaldeckung und Mackenroths Gesetz .....	186
6.4.2	Die Kapitaldeckung und die globalen Finanzmärkte.....	189
6.5	Fazit .....	192
6.6	Literatur .....	193
<b>7</b>	<b>Solidarverträgliche Wettbewerbsfelder und -potenziale am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)</b> Wolfgang Greiner und Jan-Marc Hodek.....	<b>197</b>
7.1	Einleitung .....	197
7.2	Voraussetzungen des Wettbewerbs .....	201
7.3	Ein mögliches Wettbewerbsfeld: Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung .....	203
7.4	Möglichkeiten zur selektivvertraglichen Gestaltung der spezialfachärztlichen Versorgung.....	206
7.5	Fazit und Ausblick.....	219
7.6	Literatur .....	222

<b>8</b>	<b>Zur Rolle von Staat und Selbstverwaltung – Staatliche Institutionen zwischen Daseinsvorsorge, Systemsteuerung, Verbraucherschutz und Aufsicht</b>	
	Franz Knieps.....	225
8.1	Die Auswirkungen der Gesundheitspolitik auf staatliche Aufgaben und Funktionen .....	225
8.2	Die staatliche Letztverantwortung für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens .....	228
8.3	Ordnungspolitik und Steuerung durch Recht, Selbstverwaltung und Wettbewerb .....	230
8.4	Zentrale Handlungsfelder der Politik.....	231
8.5	Der Wandel der Institutionen .....	233
8.6	Selbstverwaltung in der Krise?.....	234
8.7	Die Rolle der Aufsicht .....	235
8.8	Nutzerorientierung und Verbraucherschutz.....	237
8.9	Fazit: Regulierung modernisieren, um Wettbewerb zu intensivieren .....	238
8.10	Weiterführende Literatur:.....	238
<b>9</b>	<b>Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz</b>	
	Konstantin Beck .....	241
9.1	Struktur der Schweizer Krankenversicherung.....	241
9.2	Wettbewerbsparameter der sozialen Krankensversicherer .....	243
9.2.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen .....	244
9.2.2	Prämiendifferenzierung.....	246
9.2.3	Produktdifferenzierung.....	247
9.3	Schwierigkeiten der Implementation .....	250
9.3.1	Vertrauensverhältnis Arzt/Versicherer .....	250
9.3.2	Finanzierung der Zusammenarbeit Arzt/Versicherer.....	251

9.3.3	Kontrahierungszwang zwischen Arzt und Versicherer .....	251
9.3.4	Selektionsanreiz des Versicherers.....	252
9.3.5	Vertrauensverhältnis Versicherungsnehmer/ Managed-Care-Anbieter .....	252
9.4	Die Rolle der Politik .....	253
9.4.1	Die Managed-Care-Vorlage .....	253
9.5	Das Ergebnis von Managed Care .....	256
9.5.1	Qualität .....	256
9.5.2	Einsparungen .....	257
9.6	Fazit .....	258
9.7	Literatur .....	260
<b>10</b>	<b>Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden</b>	
	– Eine Zwischenbilanz	
	Stephanie Heinemann und Stefan Greß .....	263
10.1	Zusammenfassung .....	281
10.2	Hintergrund.....	263
10.3	Methodisches Vorgehen .....	264
10.4	Ohne Risikoadjustierung geht es nicht .....	266
10.5	Wachsende Bedeutung von Gruppenverträgen .....	269
10.6	Instrumente zur Versorgungssteuerung stehen noch am Anfang.....	273
10.7	Schlussfolgerungen für den deutschen Krankenversicherungsmarkt.....	277
10.8	Literatur .....	282
	<b>Autoren.....</b>	<b>284</b>

## Vorwort

Das international weithin einzigartige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland steht seit einiger Zeit immer stärker in der Kritik. War es in der Vergangenheit vor allem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), deren Zukunftsfähigkeit angezweifelt wurde, gelten die Zweifel mittlerweile zunehmend dem System der privaten Krankenversicherung (PKV). Trotz milliardenschwerer Alterungsrückstellungen sind ihre Versicherungsprämien aufgrund hoher Ausgabenzuwächse seit Jahren stark gestiegen und bedeuten für eine wachsende Zahl von Privatversicherten eine erhebliche Belastung. Zudem stellt die internationale Finanzmarkt- und Schuldenkrise mit der Folge eines voraussichtlich noch längere Zeit anhaltenden Niedrigzinsniveaus das Geschäftsmodell der PKV vor zusätzliche Herausforderungen.

Obwohl die christlich-liberale Bundesregierung die Wechselmöglichkeiten von freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern zur PKV erleichtert hat, ist die Zahl der Vollversicherten in der PKV erstmals 2012 leicht gesunken, und die Zahl der Übertritte von der GKV zur PKV war kleiner als die Anzahl der Wechsel in umgekehrter Richtung. Zwar hat sich der Gesetzgeber nach Kräften bemüht, der PKV bei der Lösung ihrer Probleme zu helfen: Seit 2011 gelten gesetzliche Arzneimittelrabatte auch für die PKV; seit April 2012 sind Abschlussprovisionen in der PKV gesetzlich begrenzt; und seit August 2013 gibt es einen Notlagentarif für säumige Beitragszahler in der PKV. Trotzdem mehren sich in der öffentlichen Wahrnehmung die Zweifel an der Zukunftsfähigkeit der PKV.

Weil aber auch die GKV trotz aktuell hoher Rücklagen keineswegs sorgenfrei in die Zukunft blickt – genannt sei nur die anhaltende Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder –, werden Reformüberlegungen nicht mehr ausschließlich auf isolierte Maßnahmen innerhalb der beiden Krankenversicherungssysteme begrenzt. Sie nehmen vielmehr zunehmend das historisch gewachsene – und überhaupt nur noch historisch zu erklärende – Nebeneinander von GKV und PKV in den Blick: Die Dualität als solche steht auf dem Prüfstand.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es generell um die Zukunft der Krankenversicherung in Deutschland bestellt ist und welche Anforderungen ein leistungsfähiges System erfüllen muss. Die vorliegende Publikation versucht, einen Beitrag zur Beantwortung dieser Fragen zu leisten, indem unterschiedliche Aspekte der Ausgestaltung der Krankenversicherung durch zehn Fachbeiträge einschlägiger Experten beleuchtet werden.

Im ersten Beitrag untersucht **Klaus Zok** die Wahrnehmung und Präferenzen der Versicherten im Hinblick auf systemprägende Merkmale von GKV und PKV und mögliche Weiterentwicklungsoptionen des Krankenversicherungssystems. Dabei zeigt sich, dass sowohl das bestehende Solidarsystem der GKV als auch Reformperspektiven eines einheitlichen Krankenversicherungssystems bei GKV- wie PKV-Versicherten nennenswerte Zustimmung erfahren. **Klaus Jacobs** geht in seinem Beitrag der Frage nach, wie es derzeit um den Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland bestellt ist. Seine Analyse des vermeintlichen „Systemwettbewerbs“ zwischen GKV und PKV sowie des Wettbewerbs innerhalb der beiden Systeme offenbart eine Vielzahl von Defiziten und Dysfunktionalitäten, wodurch der Reformperspektive der Etablierung eines einheitlichen, sowohl solida-

risch als auch wettbewerblich ausgestalteten Krankenversicherungssystem im Interesse der großen Mehrheit der Versicherten und Patienten Nachdruck verliehen wird.

Die empirische Untersuchung der Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen der Versicherten in GKV und PKV steht im Zentrum des Beitrags von **Dietmar Haun**. Dabei zeigen sich speziell bei der Einkommenssituation der Versicherten erhebliche Unterschiede, die im Verlauf der letzten Dekade noch weiter zuungunsten der GKV-Mitglieder zugenommen haben. Gleichzeitig wird jedoch erkennbar, dass es unter den Privatversicherten in durchaus nennenswertem Umfang Menschen in prekären Einkommenslagen gibt, die es zunehmend unmöglich machen, die wachsenden Beitragslasten zu tragen.

Vor dem Hintergrund starker Ausgaben- und Prämiensteigerungen beleuchten **Stefan Greß** und **Stephanie Heinemann** in ihrem Beitrag konkrete Schwachstellen im Geschäftsmodell der PKV. Dazu zählen neben „klassischen“ Kritikpunkten wie Risikoselektion und Bevorzugung von Privatpatienten bei der ärztlichen Behandlung auch die gravierenden Defizite im Steuerungsinstrumentarium der PKV sowie aktuelle Herausforderungen durch die jüngsten Kapitalmarktentwicklungen und die Problematik der „Nichtzahler“.

Der Finanzierung einer leistungsfähigen Krankenversicherung sind die beiden nächsten Beiträge gewidmet. Zunächst untersuchen **Heinz Rothgang** und **Ralf Götze** Perspektiven der solidarischen Finanzierung. Sie beleuchten aktuelle Defizite der GKV-Finanzierung in Bezug auf die strukturelle Einnahmeschwäche sowie Probleme der Verteilungsgerechtigkeit und analysieren gezielte Reformvorschläge hinsichtlich ihrer fiskalischen und distributiven Wirkungen. Fragen der Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung stehen im Mittelpunkt des Beitrags von **Hartmut Reiners**. Darin geht

es ebenso um den Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben wie um die Frage, ob kapitalfundierte Versicherungssysteme umlagefinanzierten Systemen wie der GKV tatsächlich überlegen sind, wie vielfach postuliert wird.

Der Beitrag von **Wolfgang Greiner** und **Jan-Marc Hodek** hat die vertragswettbewerbliche Leistungs- und Ausgabensteuerung in der GKV vor dem Hintergrund des konkreten Beispiels der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Blick. Die Analyse behandelt die Fragen, ob und inwieweit schon heute zentrale Wettbewerbsvoraussetzungen für die ASV erfüllt sind bzw. wie sie in einem selektivvertraglich gestalteten System aussehen müssten. **Franz Knieps** befasst sich in seinem Beitrag mit der Rolle von Staat und Selbstverwaltung zur Steuerung des Gesundheitssystems. Dabei zeigt er auf, dass die Rahmenbedingungen der Regulierung einer ständigen Modernisierung bedürfen, insbesondere wenn die wettbewerbliche Steuerung weiter an Bedeutung gewinnen soll.

Die beiden abschließenden Beiträge dieser Publikation werfen einen Blick über den Tellerrand des deutschen Gesundheitssystems hinaus. Insbesondere unsere Nachbarn in den Niederlanden und in der Schweiz verfügen bereits über einheitliche Versicherungssysteme, die sowohl solidarisch als auch wettbewerblich ausgestaltet sind. Können wir von den dortigen Erfahrungen lernen? **Konstantin Beck** zeigt in seinem Beitrag, dass unterschiedliche Managed-Care-Modelle mittlerweile ihre feste Position im Schweizer Versorgungs- und Versicherungsmarkt gefunden haben und im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gut abschneiden. **Stephanie Heinemann** und **Stefan Greß** ziehen eine Zwischenbilanz des regulierten Wettbewerbs im 2006 geschaffenen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt der Niederlande. Dabei zeigen sie u. a. auf, dass noch

nicht alle Voraussetzungen für einen produktiven Wettbewerb vollständig implementiert sind. Beide Beiträge zu den Niederlanden und zur Schweiz geben wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem.

Insgesamt weisen die zehn Beiträge eine sehr große inhaltliche Spannweite auf und machen damit deutlich, dass die Frage nach der Krankenversicherung der Zukunft und den Anforderungen an ein leistungsfähiges System viele verschiedene Aspekte der Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes der Bevölkerung, seiner solidarischen und nachhaltigen Finanzierung sowie der zweckmäßigen wettbewerblichen Ausgestaltung der gezielten Versorgungssteuerung betrifft. Dabei wird zugleich aber auch erkennbar, dass das bestehende System der GKV schon heute viele zentrale Grundzüge aufweist, durch deren gezielte Weiterentwicklung auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung gesichert werden kann.

Wir hoffen, dass wir mit dieser Publikation dazu beitragen können, einige fruchtbare Impulse für die anhaltende Reformdebatte zu geben, und danken allen Autoren für ihren Input.

Im WIdO sei allen Kolleginnen und Kollegen gedankt, die an der Erstellung dieser Publikation beteiligt waren, insbesondere Ulla M. Mielke für die Erstellung der Grafiken, Satz und Layout, Susanne Sollmann und Miriam-M. Höltgen für die redaktionelle Bearbeitung sowie Hans-Peter Metzger und Henriette Weirauch für die organisatorische Unterstützung.

Berlin, im August 2013

Klaus Jacobs

Sabine Schulze



# 1 GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten

Klaus Zok

## 1.1 Einleitung

Zu einer Diskussion und Bewertung des deutschen Krankenversicherungsmarkts gehört auch die Erfassung von Präferenzen der Bevölkerung. Angesichts anhaltender Reformdebatten im deutschen Gesundheitssystem erscheinen empirische Untersuchungen dazu auf der Basis repräsentativer Daten von grundlegender Bedeutung. In diesem Beitrag werden Erwartungen und Einstellungen von Versicherten gesetzlicher wie auch privater Krankenversicherungen zu zentralen Merkmalen des GKV- und PKV-Systems dargestellt.

Für die vorliegende Studie wurden aktuell zwei repräsentative Zufallsstichproben sowohl unter GKV- als auch unter PKV-Versicherten gezogen (jeweils 1.000 Personen ab 18 Jahre). Die Erhebungen wurden jeweils als "Stand-alone"-Umfrage realisiert. Der Fragebogen wurde in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten entwickelt, diskutiert und vor Feldbeginn getestet.

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 30. März bis 29. Mai 2012.

## 1.2 Zufriedenheit mit der Krankenversicherung

Krankenversicherungen schneiden in der allgemeinen Beurteilung durch die Versicherten überwiegend gut ab. Die Mehrheit der Befragten in beiden Systemen beantwortet die Frage nach der Zufriedenheit mit der jeweiligen Krankenversicherung klar positiv (*siehe Deloitte 2011, 24; Zok 2010, 3*). Aktuell sind jeweils mehr als drei Viertel der Befragten mit ihrer Krankenversicherung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ (GKV: 76,0 %, PKV: 76,6 %). Lediglich 5,3 Prozent der GKV und 8,3 Prozent der PKV-Versicherten sind mit ihrer Krankenversicherung „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ (*vergleiche Continentale 2012, 34*).

Während die Teilgruppenanalyse in der GKV-Stichprobe keine Abweichungen vom Durchschnitt zeigt, differenzieren die Anteilswerte im PKV-Sample allerdings deutlich. Hier ist die Unzufriedenheit bei Geringverdienern mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 1.500 Euro monatlich überdurchschnittlich hoch (13,7 %). In der Auswertung nach dem beruflichen Status der Befragten äußert sich die Gruppe der Beamten am häufigsten zufrieden (84,0 %), die der privat versicherten Rentner dagegen am häufigsten kritisch: Hier sind lediglich knapp zwei Drittel mit ihrer Krankenversicherung zufrieden (63,3 %). Die geringe Zufriedenheit der Rentner in der PKV im Vergleich zur GKV dürfte ein Indiz für die häufiger erlebte, steigende finanzielle Belastungssituation im Alter sein, was im Folgenden noch deutlicher wird.

Im Gegensatz zu gesetzlich Versicherten, die – abgesehen von einer Bindungsdauer von 18 Monaten – fast jederzeit ihre Krankenkasse wechseln können, sind privat Versicherte vor allem aufgrund fehlender Möglichkeiten zur Mitnahme ihrer angesparten Alterungsrückstel-

lungen in aller Regel praktisch „auf Lebenszeit“ an ihre Versicherung gebunden, für die sie sich oftmals vor vielen Dekaden entschieden haben. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass die Zufriedenheit mit der getroffenen Kassenwahl in der GKV stärker ausgeprägt ist als in der PKV. Die Frage „Würden Sie sich wieder für Ihre Krankenkasse entscheiden?“ beantworten 83,5 Prozent der gesetzlich Versicherten mit „ja, bestimmt“ oder „ja, wahrscheinlich“ (siehe Tabelle 1-1).

<b>Tabelle 1-1: Zufriedenheit mit der eigenen Kassenwahl</b>				
<b>„Würden Sie sich wieder für Ihre Krankenkasse entscheiden?“</b>				
<b>Berufliche Stellung</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>ja, bestimmt bzw. wahrscheinlich</b>	<b>eventuell</b>	<b>nein, wahrscheinlich bzw. ganz bestimmt nicht</b>
<b>GKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>83,5</b>	<b>11,0</b>	<b>4,6</b>
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	82,8	12,4	4,4
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	89,3	10,7	–
Selbständige	35	88,6	2,9	5,7
Rentner	217	86,6	7,4	5,1
Nicht-Erwerbstätige	176	78,4	13,1	6,3
<b>PKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>75,4</b>	<b>11,6</b>	<b>10,8</b>
Arbeitnehmer	176	71,0	14,2	13,6
Selbständige	178	69,1	15,2	12,9
Beamte	219	83,1	8,7	5,9
Pensionäre	152	83,6	7,9	7,2
Rentner	79	57,0	16,5	24,1
Nicht-Erwerbstätige	197	77,7	10,2	9,1
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				
WIdO 2013				

Bei Privatversicherten gibt es deutlich mehr Unzufriedenheit mit der eigenen Kassenwahl: Hier stehen nur drei Viertel der Versicherten zu ihrer Wahl. Die Unzufriedenheit nimmt mit dem Alter zu und zeigt sich überdurchschnittlich häufig bei Versicherten ohne Beihilfeanspruch. Vor allem bei den Rentnern bereut jeder Vierte inzwischen seine Entscheidung, und nur etwas mehr als jeder Zweite würde sich wahrscheinlich bzw. bestimmt wieder für die eigene Krankenversicherung entscheiden, während der entsprechende Zustimmungswert bei Rentnern in der GKV deutlich höher liegt. Bei der Frage nach der konkreten Entscheidung wird also die von bestimmten Berufsgruppen erlebte Belastungssituation im Alter noch deutlicher. Bei Beamten und Pensionären ist die Kassenbindung in der PKV dagegen – wohl aufgrund ihrer beruflichen Umstände, der finanziellen Absicherung und bestehender Beihilfeansprüche – deutlich größer.

Ein zentrales Merkmal für die Zufriedenheit mit einer Krankenversicherung ist die Einschätzung ihres Leistungsspektrums, der Leistungsgewährung (*siehe Tabelle 1–2*). Rückblickend hat sich für die Mehrheit der Befragten in beiden Systemen der persönliche Krankenversicherungsschutz nicht geändert, sondern ist „gleich geblieben“.

Rund ein Fünftel der GKV-Versicherten nimmt eine Verschlechterung wahr, der Anteil der Kritiker nimmt mit Einkommen und Schulbildung zu. Bei den Besserverdienern und Personen mit hoher Schulbildung vertritt nahezu jeder Vierte eine kritische Auffassung (> 3.000 Euro: 26,8 %; Abitur: 25,7 %). Allerdings ist die Quote deutlich niedriger als vor zwei Jahren (33,2 %). Im Vergleich zum Jahr 2010 neh-

men aktuell deutlich mehr eine Verbesserung ihres Krankenversicherungsschutzes wahr (11,0 % in 2012 gegenüber 6,6 % in 2010).<sup>1</sup>

In der PKV hingegen konstatiert jeder Vierte eine Verschlechterung des Versicherungsschutzes in den letzten Jahren. Geringverdiener (< 1.500 Euro/Monat) vertreten diese Ansicht mit 33,2 Prozent besonders oft. Auch Beamte und Nichterwerbspersonen (Hausfrauen, Frührentner, Arbeitslose) geben überdurchschnittlich häufig an, dass sich ihr Versicherungsschutz verschlechtert habe (31,5 bzw. 29,9 %). Für 7,9 Prozent der PKV-Versicherten hat sich der Versicherungsschutz verbessert, vor zwei Jahren lag dieser Anteilswert noch bei 12,1 Prozent.

Mit Blick auf die Zukunft zeigen sich deutlich pessimistischere Einschätzungen der Versicherten – in beiden Systemen: Bei den GKV-Versicherten erwarten zwei Fünftel eine Verschlechterung des Leistungsspektrums. Zwei Jahre zuvor hatte dieser Anteil allerdings noch bei 60 Prozent gelegen. Jeder sechste GKV-Versicherte kann sich sogar ein wachsendes Leistungsspektrum vorstellen.

In der PKV ist der Anteil der Pessimisten größer als in der GKV: 44,9 Prozent erwarten für die Zukunft weniger Leistungen, nur 8,2 Prozent glauben an ein Wachstum. Die Befürchtung eines abnehmenden Leistungsspektrums ist bei Geringverdienern und Beamten mit 52,2 bzw. 48,2 Prozent am stärksten ausgeprägt.

---

<sup>1</sup> Auch *Allensbach* bestätigt im Zeitverlauf eine „zunehmend bessere Einschätzung der gesetzlichen Krankenkassen“ (siehe *IJD* 2011, 7).

Tabelle 1–2: Bewertung in der Rückschau, Erwartung an die Zukunft		
„Hat sich Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Krankenversicherungsschutz in den letzten Jahren ...?“		
Bewertung	Angaben in % der Befragten*	
	GKV	PKV
... verbessert	11,0	7,9
... verschlechtert	21,7	25,4
... oder ist er gleich geblieben?	65,5	66,2
„Was erwarten Sie? Glauben Sie, dass das allgemeine Leistungsspektrum Ihrer Krankenversicherung künftig ...?“		
Bewertung	Angaben in % der Befragten*	
	GKV	PKV
... wächst	15,2	8,2
... abnimmt	40,8	44,9
... oder gleich bleibt?	42,1	45,4
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.		
* Anzahl Befragte insgesamt: 1.002 GKV-Versicherte; 1.001 PKV-Versicherte		WIdO 2013

### 1.3 Systemische Unterschiede in der Wahrnehmung der Versorgung

Bei der Beurteilung von zentralen Versorgungsdimensionen des deutschen Gesundheitssystems wie Zugang, Qualität und Patientenorientierung liegen die Einschätzungen der Versicherten beider Systeme nah beieinander: Die Mehrheit attestiert dem deutschen Gesundheitssystem Verbesserungspotenziale bei der medizinischen Versorgung (siehe Tabelle 1–3).

„Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?“						
Aussagen	Angaben in % der Befragten*					
	trifft voll und ganz zu/trifft zu		teils, teils		trifft nicht zu/trifft überhaupt nicht zu	
	GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
Das deutsche Gesundheitssystem bietet jedem Versicherten ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen.	36,5	37,7	35,8	36,0	25,9	25,4
Im deutschen Gesundheitssystem arbeiten die Beteiligten – z. B. niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser – gut zusammen.	42,5	36,7	36,4	39,7	16,7	18,5
Das deutsche Gesundheitssystem berücksichtigt ausreichend die Interessen der Patienten.	26,7	24,6	43,1	43,2	29,5	30,9
Im deutschen Gesundheitssystem ist der Zugang zu modernen Technologien und neuen Therapien für alle Versicherten gewährleistet.	28,4	24,5	34,8	29,3	34,1	43,0
Im deutschen Gesundheitssystem sind die medizinischen Leistungen für alle Patienten gleichermaßen verfügbar.	19,1	15,2	29,5	25,4	49,2	57,7
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.						
* Anzahl Befragte insgesamt: 1.002 GKV-Versicherte; 1.001 PKV-Versicherte						WIdO 2013

Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt mit den getrennten Systemen der GKV und PKV führt auch dazu, dass PKV-Versicherte tendenziell einen bevorzugten Zugang zu ambulant tätigen Ärzten erhalten und GKV-Versicherte länger auf einen Arzttermin warten. Dass die Erfahrungen dazu von den Versicherten beider Systeme unterschiedlich bewertet werden, kann kaum überraschen – sowohl was die Wartezeiten auf einen Arzttermin als auch in der Arztpraxis selbst anbelangt (*siehe Tabelle 1–4*). Erwartungsgemäß verteilen PKV-Versicherte deutlich häufiger bessere Noten als GKV-Versicherte (*siehe auch Ernst & Young 2010, 15*).

Tabelle 1–4: Bewertung von Wartezeiten				
„Wie würden Sie nach Schulnoten von 1 bis 5 die Wartezeiten ... beim niedergelassenen Arzt bewerten?“				
Wartezeit ...	Angaben in % der Befragten*			
	... auf einen Arzttermin		... in der Arztpraxis	
Schulnoten	GKV	PKV	GKV	PKV
„1“	9,5	26,3	7,6	16,9
„2“	27,5	41,8	33,8	44,5
„3“	33,1	20,4	35,4	26,7
„4“	17,8	6,6	15,9	8,4
„5“	10,5	3,3	6,5	1,8
<b>Durchschnittsnote</b>	<b>2,9</b>	<b>2,2</b>	<b>2,8</b>	<b>2,3</b>

Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.

\* Anzahl Befragte insgesamt: 1.002 GKV-Versicherte; 1.001 PKV-Versicherte

WiDO 2013

Systemische Unterschiede zwischen GKV und PKV zeigen sich auch in der subjektiven Wahrnehmung von nicht notwendigen Untersuchungen in der Arztpraxis (*siehe Tabelle 1–5*). 6,4 Prozent der GKV-Versicherten mit Arztkontakt in den letzten zwölf Monaten hatten den Eindruck, dass vom behandelnden Arzt Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt wurden, die aus ihrer Sicht nicht notwendig waren. Der entsprechende Anteilswert fällt bei privat Versicherten – wie bereits 2010 – mehr als doppelt so hoch aus und deutet auf eine merklich größere angebotsinduzierte Nachfrage bei PKV-Patienten hin. Zumindest haben diese deutlich mehr Zweifel, ob alle durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen notwendig sind.

Tabelle 1–5: Wahrnehmung von nicht notwendigen Untersuchungen				
„Hatten Sie den Eindruck, dass Untersuchungen bzw. Behandlungen, die vom Arzt durchgeführt wurden, nicht notwendig waren?“				
	GKV		PKV	
	2012	2010	2012	2010
Anzahl Befragter mit Arztkontakt*	815	2.284	837	343
	Angaben in % der Befragten			
Ja	6,4	8,1	13,9	17,5
Nein	92,9	91,3	85,4	81,6
Weiß nicht mehr	0,7	0,6	0,7	0,9
* Filter: nur Befragte mit Arztkontakt in den letzten 12 Monaten				WIdO 2013

## 1.4 Tarifwechsel in der PKV

In der PKV kommt es aufgrund von Ausgabenzuwächsen regelmäßig zu Prämiensteigerungen, die insbesondere für einkommensschwächere Versicherte eine zunehmende Belastung darstellen (*vergleiche Grabka 2006*).<sup>2</sup>

Mehr als ein Fünftel der befragten PKV-Versicherten gibt an, in diesem oder letzten Jahr zur Vermeidung einer höheren Prämie eine höhere Selbstbeteiligung akzeptiert zu haben. Fast jeder achte Privatversicherte hat sein versichertes Leistungsspektrum eingeschränkt (*siehe Tabelle 1–6*). Besonders betroffen sind ausgerechnet die Versichertengruppen mit einem potenziell größeren Versorgungsbedarf und schlechten finanziellen Möglichkeiten. Vor allem Rentner ohne Bei-

<sup>2</sup> „Steigende Prämien bzw. die hohen Kosten sind aktuell die beherrschenden Themen bzw. Ärgernisse bei den Privatversicherten“ (*siehe Barmer GEK 2011, 14*).

hilfeanspruch haben ihre Eigenanteile erhöht bzw. Leistungen reduziert. In der Gruppe der Selbständigen sind die Anteile der Tarifwechsler ebenfalls etwas überdurchschnittlich.

Tabelle 1–6: Anteil Tarifwechsel in der PKV			
<i>Frage 1: „Haben Sie in diesem oder letztem Jahr zur Vermeidung einer höheren Prämie eine Erhöhung Ihrer Selbstbeteiligung akzeptiert?“ (ja/nein)</i>			
<i>Frage 2: „Haben Sie in diesem oder letztem Jahr zur Vermeidung einer höheren Prämie eine Einschränkung Ihres Leistungsanspruches akzeptiert?“ (ja/nein)</i>			
Berufliche Stellung PKV-Versicherte	Anzahl Befragte	Anteil Ja-Nennungen Angaben in % der Befragten	
		Frage 1 Erhöhung Selbstbeteiligung	Frage 2 Einschränkung Leistungsanspruch
Insgesamt	1.001	22,9	12,9
Arbeitnehmer	176	22,2	9,7
Selbständige	178	28,7	15,2
Beamte	219	14,6	11,4
Pensionäre	152	25,0	14,5
Rentner	79	40,5	24,1
Nicht-Erwerbstätige	197	18,8	9,6

WIdO 2013

Insgesamt haben drei von zehn Privatversicherten (29,2 %) in diesem oder im letzten Jahr eine Form des Tarifwechsels vollzogen (Selbstbeteiligung erhöht und/oder ihre versicherten Leistungen reduziert, siehe Tabelle 1–7). Der Anteil der Tarifwechsler nimmt mit dem Alter stetig zu, in der Gruppe der über 65-Jährigen geben fast zwei Fünftel (38,8 %) mindestens eine von beiden Tarifwechsel-Optionen an. Bei Rentnern ohne Beihilfeanspruch hat fast jeder Zweite seinen Vertrag in mindestens einer Form angepasst. 16,5 Prozent der Rentner haben sowohl ihre Selbstbeteiligung erhöht als auch die Versicherungsleistungen reduziert.

Berufliche Stellung PKV–Versicherte	Anzahl Befragte	Anteil mit erhöhter Selbstbeteiligung ...	
		<u>oder</u> reduziertem Leistungsanspruch in %	<u>und</u> reduziertem Leistungsanspruch in %
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>29,2</b>	<b>6,6</b>
Arbeitnehmer	176	25,6	6,3
Selbständige	178	35,4	8,4
Beamte	219	22,8	3,2
Pensionäre	152	31,6	7,9
Rentner	79	48,1	16,5
Nicht-Erwerbstätige	197	24,4	4,1

WIdO 2013

Jeder zehnte Privat-Versicherte beabsichtigt, in nächster Zeit in einen preiswerteren Versicherungstarif zu wechseln (*siehe Tabelle 1–8*). Auch hier zeigt sich die Gruppe der Rentner als besonders wechselaffin: Ihr Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie der Durchschnitt. Auch bei den Selbständigen ist die Quote der potenziellen Tarifwechsler überdurchschnittlich hoch.

„Haben Sie die Absicht, in nächster Zeit in einen günstigeren, preiswerteren Versicherungstarif zu wechseln?“ (ja/nein)		
Berufliche Stellung PKV–Versicherte	Anzahl Befragte	Ja–Nennungen Angaben in % der Befragten
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>10,9</b>
Arbeitnehmer	176	12,5
Selbständige	178	18,0
Beamte	219	3,2
Pensionäre	152	6,6
Rentner	79	22,8
Nicht-Erwerbstätige	197	10,1

WIdO 2013

Fasst man erfolgte und beabsichtigte Tarifanpassungen zusammen, ergibt sich das folgende Bild (*siehe Tabelle 1–9*): Mehr als ein Drittel der PKV-Versicherten hat den Tarif schon angepasst oder beabsichtigt dies in nächster Zeit. Bei den Rentnern und den Selbständigen liegen die entsprechenden Anteilswerte besonders hoch.

Berufliche Stellung PKV-Versicherte	Anzahl Befragte	Angaben in % der Befragten
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>35,2</b>
Arbeitnehmer	176	34,1
Selbständige	178	46,6
Beamte	219	24,2
Pensionäre	152	34,9
Rentner	79	57,0
Nicht-Erwerbstätige	197	29,4

WIdO 2013

## 1.5 Solidarprinzip der GKV

Für die Finanzierung der GKV ist das Solidarprinzip maßgebend. Danach werden die Beiträge unabhängig von Alter und Geschlecht sowie individuellen Risikofaktoren bis zur Beitragsbemessungsgrenze in Abhängigkeit vom Arbeitsentgelt bzw. der Rente erhoben. Alle quantitativen und qualitativen Erhebungen seit Anfang der 1990er Jahre haben durchgängig eine starke Verankerung des Solidarprinzips als Leitgedanken entlang dieser Dimensionen dokumentiert (*zusammenfassend SVR-G 2003, Ziffern 42 ff.; Marstedt 2005; ferner KBV 2010, 38; Böcken/Altenhöner 2011*).

Das Solidarprinzip der Finanzierung umfasst insgesamt vier Dimensionen einer Ex-ante-Umverteilung:

- von niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Einkommen zu solchen mit niedrigen (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu Familien mit Kindern (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Tabelle 1–10: Einstellungen zu verschiedenen Elementen des Solidarprinzips der GKV						
„Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“						
Aussagen	Angaben in % der Befragten*					
	stimme voll und ganz zu/stimme zu		teils, teils		stimme nicht zu/stimme überhaupt nicht zu	
	GKV	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV
In einem Gesundheitssystem sollen ...						
... Gesunde den gleichen Beitrag zahlen wie Kranke.	71,2	74,0	17,8	14,5	9,7	9,6
... Junge den gleichen Beitrag zahlen wie Ältere.	62,0	54,4	21,1	22,2	15,7	21,5
... Kinder und Jugendliche kostenfrei mitversichert sein.	94,0	84,0	3,9	8,5	1,7	7,1
... nichterwerbstätige Ehepartner kostenfrei mitversichert sein.	70,6	53,9	16,9	19,1	11,9	25,4
... Besserverdiener mehr bezahlen als Geringverdiener.	76,4	71,4	12,8	13,9	10,6	13,8

Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.  
 \* Anzahl Befragte: 1.002 GKV-Versicherte; 1.001 PKV-Versicherte

WIdO 2013

Die aktuellen Befragungsergebnisse zeigen (siehe Tabelle 1–10), dass die zentralen Umverteilungselemente des Solidarprinzips in der GKV nach wie vor nicht nur einen starken Rückhalt bei GKV-Versicherten

finden, sondern auch sehr hohe Zustimmungswerte bei PKV-Versicherten erzielen, obwohl diese Elemente der systemeigenen Beitragsgestaltung nach dem Äquivalenzprinzip fremd sind.

Der Vorschlag „In einem Gesundheitssystem sollen gesunde Versicherte den gleichen Beitrag zahlen wie Kranke“ fokussiert mit dem Stimulus „gleicher Beitrag für alle, unabhängig vom Gesundheitszustand“ auf einen Leitgedanken des Solidarprinzips in der GKV. Die Zustimmung fällt in beiden Stichproben ähnlich hoch aus. Allerdings äußern sich jüngere GKV-Versicherte deutlich weniger häufig zustimmend (< 30 Jahre: 61,7 %). In der PKV-Stichprobe ergeben sich keine Abweichungen vom Durchschnitt – die einzige Ausnahme betrifft Privatversicherte, die eine chronische Krankheit angegeben haben (78,0 % Zustimmung).

Eine knappe Mehrheit der PKV-Versicherten plädiert dafür, dass junge Versicherte den gleichen Krankenversicherungsbeitrag wie ältere zahlen sollen – was der Beitragsgestaltung in der PKV widerspricht. In der GKV stützen deutlich mehr Versicherte dieses Systemmerkmal eines Generationenausgleichs, wobei die Zustimmung mit dem Alter und der Schulbildung zunimmt.

Die Familienmitversicherung ist ein weiteres zentrales Systemmerkmal der GKV, das Personen mit Kindern und Verheiratete mit einem nicht erwerbstätigen Ehepartner ohne höheres Einkommen finanziell begünstigt. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen ist dabei unumstritten und wird jeweils von einer breiten Mehrheit der Versicherten beider Systeme gestützt – obwohl es auch dies in der PKV nicht gibt.

Bei der beitragsfreien Mitversicherung von nichterwerbstätigen Ehepartnern ist der Unterschied zwischen beiden Versicherungssystemen

noch am größten. In der GKV-Stichprobe liegt die Zustimmung über 70 Prozent. In der PKV-Stichprobe fällt die Akzeptanz für die beitragsfreie Mitversicherung von nichterwerbstätigen Ehepartnern zwar deutlich niedriger aus, ist aber auch hier bei mehr als der Hälfte der Befragten gegeben.

Ein weiteres zentrales Merkmal des Solidarprinzips ist der Einkommensausgleich zwischen Besserverdienenden und Geringverdienern. Hier zeigt sich deutlich, dass die Mehrheit der Befragten in beiden Systemen eine einkommensabhängige Finanzierung des Gesundheitssystems befürwortet. Drei Viertel der GKV-Versicherten stehen hinter einer solidarischen Finanzierung, am häufigsten äußern sich Rentner zustimmend (*siehe auch Christoph/Ullrich 2006, 79*). Aber auch große Teile der PKV-Versicherten stimmen der Idee einer einkommensabhängigen Finanzierung des Gesundheitssystems zu, auch wenn sie selbst nach dem Äquivalenzprinzip versichert sind. Der größte Zustimmungsteil stammt mit mehr als 80 Prozent von Beamten, einer Berufsgruppe, die aufgrund der Beihilferegelungen praktisch als „PKV-pflichtversichert“ bezeichnet werden könnte.

## 1.6 Bewertung von Reformoptionen

Bei der Mehrheit der Versicherten zeigt sich nach wie vor eine hohe Akzeptanz für eine Beteiligung von Beamten, Selbständigen und Besserverdienern an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung (*siehe Christoph/Ullrich 2006, 79; Schnee 2009, 232*). GKV-Versicherte halten den Vorschlag mit mehr als zwei Drittel für gut bzw. sehr gut (*siehe Tabelle 1-11*). Bei PKV-Versicherten befindet sich die Akzeptanz für ein einheitliches solidarisches Finanzierungssystem über alle Bevölkerungsgruppen auf einem deutlich niedrigeren

Zustimmungsniveau, zwei Fünftel lehnen diesen Vorschlag ab. Allerdings begrüßt immerhin ein gutes Drittel diesen Vorschlag und kritisiert damit explizit den Status quo.

Vor allem die Gruppe der Rentner spricht sich überdurchschnittlich häufig für das Konzept einer einheitlichen solidarischen Finanzierung über alle Bevölkerungsgruppen hinweg aus. In der PKV-Stichprobe ist die Akzeptanz dieses Vorschlages bei Geringverdienern am höchsten. Privatversicherte Selbständige äußern sich am häufigsten kritisch; fast jeder zweite lehnt den Vorschlag ab.

<b>Tabelle 1–11: Finanzierungsvorschlag: erweiterte Versicherungspflicht</b>				
<b>„Auch Beamte, Selbständige und Besserverdiener, die heute privat versichert sind, sollten sich künftig an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung beteiligen.“</b>				
<b>GKV-Versicherte</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>Zustimmung</b>	<b>teils, teils</b>	<b>Ablehnung</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>68,1</b>	<b>17,1</b>	<b>13,7</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	67,9	18,8	12,6
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	69,3	14,7	16,0
Selbständige	35	62,9	20,0	17,1
Rentner	217	73,7	11,1	12,0
Nicht-Erwerbstätige	176	61,9	19,9	17,0
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	242	66,1	18,6	12,8
1.500 bis unter 3.000 Euro	379	68,1	18,5	12,7
3.000 Euro und mehr	153	71,9	11,1	17,0

*Fortsetzung...*

<b>Fortsetzung Tabelle 1–11: Finanzierungsvorschlag: erweiterte Versicherungspflicht</b>				
<b>„Auch Beamte, Selbständige und Besserverdiener, die heute privat versichert sind, sollten sich künftig an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung beteiligen.“</b>				
PKV-Versicherte	Anzahl Befragte	Angaben in % der Befragten		
		Zustimmung	teils, teils	Ablehnung
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>34,8</b>	<b>21,1</b>	<b>41,6</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Arbeitnehmer	176	40,9	15,9	43,2
Selbständige	178	27,0	24,7	48,3
Beamte	219	32,4	23,3	41,1
Pensionäre	152	34,9	18,4	40,1
Rentner	79	49,4	10,1	39,2
Nicht-Erwerbstätige	197	33,0	26,4	36,5
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	51	41,2	19,6	37,3
1.500 bis unter 3.000 Euro	268	37,7	21,2	38,4
3.000 Euro und mehr	442	35,5	20,8	41,9
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				
WIdO 2013				

Zur Verbreiterung der Finanzierungsbasis wird auch diskutiert, weitere Einkommensarten in die Beitragserhebung einzubeziehen. Dieser Vorschlag wird allerdings von den Versicherten beider Systeme insgesamt eher kritisch aufgefasst (*siehe Tabelle 1–12*). Knapp ein Drittel der GKV-Versicherten stimmt einem solchen Vorschlag zu, ein Viertel antwortet mit „teils, teils“ und zwei Fünftel lehnen ihn ab. Bei PKV-Versicherten ergibt sich ein ähnliches Meinungsbild, wenn auch die Verteilung der Antworten stärker polarisiert: Jeweils zwei Fünftel sprechen sich für, aber auch gegen diese Idee aus. Die Gruppe der Unentschlossenen ist deutlich kleiner als bei GKV-Versicherten.

<b>Tabelle 1–12: Finanzierungsvorschlag: Einbeziehung weiterer Einkommensarten</b>				
<b>„Um die Beiträge zur Krankenversicherung gerechter zu finanzieren, sollten prinzipiell alle Einkommensarten, also auch Miet- und Zinseinnahmen, bei der Beitragsgestaltung einbezogen werden.“</b>				
<b>GKV-Versicherte</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>Zustimmung</b>	<b>teils, teils</b>	<b>Ablehnung</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>31,0</b>	<b>24,1</b>	<b>42,8</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	28,5	23,6	46,3
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	33,3	20,0	46,7
Selbständige	35	31,4	31,4	37,1
Rentner	217	33,2	23,5	40,6
Nicht-Erwerbstätige	176	34,7	26,1	35,2
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	242	34,7	25,2	37,2
1.500 bis unter 3.000 Euro	379	28,5	27,4	43,3
3.000 Euro und mehr	153	34,0	20,9	45,1
<b>PKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>43,3</b>	<b>14,2</b>	<b>41,3</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Arbeitnehmer	176	44,9	11,4	43,2
Selbständige	178	37,6	16,3	44,4
Beamte	219	47,5	11,9	39,7
Pensionäre	152	45,4	13,2	38,8
Rentner	79	51,9	6,3	40,5
Nicht-Erwerbstätige	197	37,1	21,3	40,6
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	51	33,3	19,6	47,1
1.500 bis unter 3.000 Euro	268	43,7	17,1	38,1
3.000 Euro und mehr	442	48,6	9,9	40,3
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				
WIdO 2013				

Die Aussagen zur Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht differenziert in beiden Stichproben vor allem nach dem Geschlecht, bei Männern ist die Akzeptanz deutlich größer als bei Frauen. GKV-Versicherte weichen sonst kaum von den Durchschnittswerten ab, während bei PKV-Versicherten die Akzeptanz dieses Vorschlages mit dem Alter, der Bildung und dem Einkommen zunimmt.

In der Debatte um künftige Finanzierungsoptionen für die GKV wird auch immer wieder die beitragsfreie Mitversicherung nichterwerbstätiger Ehepartner in der GKV hinterfragt. Die Reaktionen der Befragten sind hier nicht so einheitlich wie bei anderen Gestaltungsvorschlägen (*siehe Tabelle 1-13*): In der GKV plädieren weniger als die Hälfte der Versicherten für einen eigenen Beitrag für nichterwerbstätige Ehepartner. PKV-Versicherte, für die dieses GKV-Element beitragsfreier Mitversicherung per se nicht zutrifft, plädieren nochmals stärker für einen eigenen Beitrag. Eine klare Mehrheit von ihnen spricht sich für diesen Vorschlag aus. Die Sympathie für den Vorschlag einer Beitragspflicht für mitversicherte Ehepartner bei höheren Familieneinkommen nimmt bei den Befragten jeweils mit dem Alter zu, der Zustimmunganteil in der Gruppe der GKV-Rentner beträgt 51,6 Prozent, bei PKV-Rentnern 65,6 Prozent. Auch bei Befragten mit hoher Schulbildung und hohem Einkommen ist die Akzeptanz jeweils überdurchschnittlich hoch.

<b>Tabelle 1–13: Finanzierungsvorschlag: Beitragspflicht für mitversicherte Ehepartner</b>				
<b>„Nichterwerbstätige Ehepartner, die heute in der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert sind, sollen – wenn das Familieneinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt – einen eigenen Beitrag zahlen.“</b>				
<b>GKV-Versicherte</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>Zustimmung</b>	<b>teils, teils</b>	<b>Ablehnung</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>44,9</b>	<b>26,6</b>	<b>26,9</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	45,3	27,7	26,1
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	46,7	18,7	34,7
Selbständige	35	45,7	25,7	28,6
Rentner	217	51,6	24,0	21,2
Nicht-Erwerbstätige	176	34,7	30,7	33,0
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	242	43,4	28,1	25,6
1.500 bis unter 3.000 Euro	379	46,7	24,5	28,2
3.000 Euro und mehr	153	47,1	26,1	26,8
<b>PKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>59,4</b>	<b>21,0</b>	<b>18,0</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Arbeitnehmer	176	61,9	21,0	17,0
Selbständige	178	64,0	19,1	14,6
Beamte	219	56,2	20,1	22,8
Pensionäre	152	61,2	19,1	15,8
Rentner	79	70,9	12,7	16,5
Nicht-Erwerbstätige	197	50,8	28,4	18,8
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	51	45,1	39,2	13,7
1.500 bis unter 3.000 Euro	268	56,0	26,8	16,4
3.000 Euro und mehr	442	64,3	16,7	18,1
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				

WIdO 2013

Der Vorschlag eines pauschalen Risikozuschlags, wonach Menschen, die häufiger krank sind, höhere Beiträge zahlen sollen als Gesunde, stößt auf breite Ablehnung bei den Versicherten beider Systeme – nur etwa jeder Zehnte antwortet zustimmend (*siehe Tabelle 1–14*). Auch dieses Antwortverhalten unterstreicht nochmals die breite Verankerung des Solidarprinzips bei den Bürgern.

<b>Tabelle 1–14: Finanzierungsvorschlag: Risikozuschlag</b>				
<b>„Versicherte, die häufig krank sind, sollten höhere Beiträge bezahlen.“</b>				
GKV-Versicherte	Anzahl Befragte	Angaben in % der Befragten		
		Zustimmung	teils, teils	Ablehnung
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>12,6</b>	<b>18,8</b>	<b>67,2</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	13,0	21,2	64,5
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	13,3	25,3	61,3
Selbständige	35	8,6	14,3	74,3
Rentner	217	11,1	13,8	72,4
Nicht-Erwerbstätige	176	13,6	15,9	69,3
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	242	14,0	19,0	64,9
1.500 bis unter 3.000 Euro	379	12,7	20,1	66,0
3.000 Euro und mehr	153	9,2	15,7	74,5
<b>PKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>10,1</b>	<b>16,8</b>	<b>71,9</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Arbeitnehmer	176	13,6	24,4	61,9
Selbständige	178	14,0	19,7	64,6
Beamte	219	9,6	13,2	76,7
Pensionäre	152	6,6	10,5	80,9
Rentner	79	6,3	16,5	74,7
Nicht-Erwerbstätige	197	8,1	16,2	74,1

Fortsetzung...

<b>Fortsetzung Tabelle 1–14: Finanzierungsvorschlag: Risikozuschlag</b>				
<b>„Versicherte, die häufig krank sind, sollten höhere Beiträge bezahlen.“</b>				
<b>PKV-Versicherte</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>Zustimmung</b>	<b>teils, teils</b>	<b>Ablehnung</b>
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	51	9,8	19,6	68,6
1.500 bis unter 3.000 Euro	268	9,3	16,4	72,4
3.000 Euro und mehr	442	11,8	16,3	71,7
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				
WIdO 2013				

Das Thema Selbstbehalt wurde in der Befragung durch eine pauschale Beschreibung der Selbstbehaltmechanik operationalisiert (Eigenbeteiligung bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung). Für GKV-Versicherte ist der Vorschlag einer möglichen Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten nur mäßig attraktiv: Weniger als ein Drittel stimmt zu (siehe Tabelle 1–15). Aber auch in der Gruppe der PKV-Versicherten findet dieses PKV-typische Gestaltungselement nur bei gut der Hälfte der Versicherten klaren Rückhalt.

Die Analyse nach demografischen Merkmalen offenbart deutliche Unterschiede in den einzelnen Teilgruppen. So zeigen beide Stichproben einen Einkommens- und Bildungseffekt: Die Akzeptanz des Vorschlags steigt jeweils mit zunehmendem Haushaltseinkommen und höherer Schulbildung kontinuierlich an. Bei freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern, die in die PKV wechseln können, ist die Zustimmungquote am höchsten. In der PKV-Stichprobe wird der Vorschlag am häufigsten von Selbständigen begrüßt und von Befragten mit geringem Einkommen am häufigsten schlecht bewertet. Bei gesetzlich Versicherten wächst die Skepsis mit dem Alter: Am größten ist die Ablehnung bei Rentnern.

<b>Tabelle 1–15: Finanzierungsvorschlag: Selbstbehalt</b>				
<b>„Versicherte sollten die Möglichkeit haben, sich an ihren Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe selbst zu beteiligen. Als Ausgleich dafür wird der Beitrag zur Krankenversicherung ermäßigt.“</b>				
<b>GKV–Versicherte</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>Zustimmung</b>	<b>teils, teils</b>	<b>Ablehnung</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>30,3</b>	<b>28,6</b>	<b>39,5</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	31,1	29,9	38,1
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	40,0	26,7	33,3
Selbständige	35	37,1	31,4	31,4
Rentner	217	20,7	23,0	53,0
Nicht-Erwerbstätige	176	34,7	32,4	31,3
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	242	23,1	34,3	40,9
1.500 bis unter 3.000 Euro	379	31,1	27,9	39,6
3.000 Euro und mehr	153	39,9	22,2	37,3
<b>PKV–Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>54,1</b>	<b>22,6</b>	<b>21,7</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Arbeitnehmer	176	64,2	18,8	15,3
Selbständige	178	68,0	19,1	11,8
Beamte	219	48,4	26,0	25,1
Pensionäre	152	46,7	22,4	28,3
Rentner	79	58,2	15,2	21,5
Nicht-Erwerbstätige	197	43,1	28,4	27,4
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	51	37,3	27,5	29,4
1.500 bis unter 3.000 Euro	268	48,1	25,4	25,4
3.000 Euro und mehr	442	58,4	20,8	19,7
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				
WIdO 2013				

Eine Kostenerstattungsregelung für ärztliche Behandlungen oder Medikamente, bei der die Patienten die Kosten – ähnlich wie in der PKV – zunächst beim Arzt oder in Apotheke selbst begleichen, dann die Belege bei der Versicherung einreichen und diese anschließend anteilig erstattet bekommen, findet nur wenig Zustimmung in der Bevölkerung (*siehe Tabelle 1-16*). Knapp zwei Drittel der GKV-Versicherten (64,0 %) stimmen gegen diesen Vorschlag. Auffällig ist, dass das PKV-Prinzip der Kostenerstattung auch bei den eigenen Versicherten keine Mehrheit findet und von einem guten Drittel explizit abgelehnt wird. Eine andere Umfrage kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: „Knapp zwei Drittel der Gesetzlich Krankenversicherten sehen im Kostenerstattungsprinzip der PKV überwiegend Nachteile. Auch mehr als jeder dritte Privatversicherte ist dieser Ansicht“ (*siehe Barmer GEK 2011, 5*).

Die Analyse in den einzelnen PKV-Teilgruppen dokumentiert über alle Versichertengruppen hinweg eine skeptische Haltung zum PKV-eigenen Kostenerstattungsprinzip. In der GKV-Stichprobe hingegen steigt die Akzeptanz mit dem Einkommen und sinkt mit dem Alter: Vor allem Gutverdiener und jüngere Versicherte unter 30 Jahre zeigen sich dem Vorschlag gegenüber aufgeschlossen. Die größte Ablehnungsquote findet sich bei GKV-Versicherten, die im Rahmen der Befragung mindestens eine chronische Erkrankung angegeben haben (fast 70 %), und bei Versicherten, die pflegebedürftig oder behindert sind (80 %).

<b>Tabelle 1–16: Finanzierungsvorschlag: Kostenerstattung</b>				
<b>„Patienten sollten die Kosten für Behandlungen und Medikamente zunächst selbst beim Arzt oder in der Apotheke bezahlen anschließend von ihrer Krankenkasse erstatten lassen.“</b>				
<b>GKV-Versicherte</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>Zustimmung</b>	<b>teils, teils</b>	<b>Ablehnung</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>23,3</b>	<b>12,3</b>	<b>64,0</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	24,6	10,4	64,5
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	25,3	16,0	57,3
Selbständige	35	25,7	20,0	54,3
Rentner	217	18,4	12,9	67,7
Nicht-Erwerbstätige	176	23,9	13,6	62,5
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	242	20,7	12,0	67,4
1.500 bis unter 3.000 Euro	379	23,2	10,8	65,2
3.000 Euro und mehr	153	30,7	16,3	52,9
<b>PKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>47,9</b>	<b>15,8</b>	<b>35,0</b>
<b>Berufliche Stellung</b>				
Arbeitnehmer	176	56,3	18,8	24,4
Selbständige	178	55,1	11,8	31,5
Beamte	219	42,9	16,9	37,9
Pensionäre	152	46,7	15,1	37,5
Rentner	79	50,6	13,9	34,2
Nicht-Erwerbstätige	197	39,1	16,8	42,6
<b>Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro</b>				
unter 1.500 Euro	51	45,1	17,6	33,3
1.500 bis unter 3.000 Euro	268	44,8	16,0	38,1
3.000 Euro und mehr	442	48,4	14,7	35,5
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				
WIdO 2013				

Die Umfrageergebnisse zeigen erneut deutlich (siehe Tabelle 1–17), dass bei allen Fragen zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitssystems Einschränkungen des versicherten Leistungsspektrums in der Krankenversicherung nach wie vor abgelehnt werden (siehe auch IfD 2009). Denn vor die Alternative gestellt, eher auf Leistungen zu verzichten oder höhere Beiträge zu bezahlen, spricht sich lediglich eine Minderheit der Befragten für einen Leistungsverzicht aus. Die Mehrheit der Versicherten votiert damit für den Erhalt eines möglichst umfassenden Krankenversicherungsschutzes, auch wenn Ausgabensteigerungen unvermeidbar sind. GKV- und PKV-Versicherte unterscheiden sich hinsichtlich dieser grundsätzlichen Einschätzung kaum.

Tabelle 1–17: Leistungsverzicht oder Beitragserhöhung?			
„Wenn Sie sich zwischen zwei Möglichkeiten entscheiden müssten, um die Finanzierungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitssystem zu lösen, würden Sie dann ...“			
GKV-Versicherte	Anzahl Befragte	...auf Leistungen verzichten oder	...höhere Beiträge bezahlen?
		Angaben in % der Befragten	
2012	1.002	23,4	66,1
2006	2.595	20,8	67,4
2006	2.005	26,0	65,8
2002	3.000	19,4	70,7
PKV-Versicherte			
2012	1.001	26,2	63,9
2006	412	27,2	62,1
2006	1.005	28,4	67,2
2002	–	nicht erhoben	nicht erhoben
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.			

WIdO 2013

## 1.7 Entwicklungsperspektive Gesundheitssystem

Im Rahmen der Erhebung wurde – bezogen auf die bestehenden beiden Krankenversicherungssysteme GKV und PKV – auch nach den grundsätzlichen Reformpräferenzen der Versicherten gefragt (*siehe Tabelle 1–18*). Die Befragten wurden gebeten, sich für eine der drei folgenden Antwortvorgaben zu entscheiden:

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

Erwartungsgemäß gibt es große Unterschiede im Antwortverhalten der GKV- und PKV-Versicherten: Befragte der GKV entscheiden sich mehrheitlich dafür, die gesamte Bevölkerung in die GKV einzubeziehen, privat Versicherte votieren am häufigsten für die Aufrechterhaltung eines segmentierten Versicherungsmarktes.

Betrachtet man GKV und PKV als mögliche Generalmodelle, so ist die Zustimmung zur GKV nach wie vor tendenziell hoch (*siehe IfD 2009, 37; Zok 2010, 11*). Der Vorschlag, die GKV abzuschaffen und alle Bürger privat zu versichern, bekommt in beiden Versicherten-gruppen am wenigsten Zustimmung.

Die Teilgruppendarstellung zeigt, dass in beiden Systemen vor allem Rentner dafür plädieren, die gesamte Bevölkerung in die GKV einzubeziehen. Dagegen präferieren Beamte und Pensionäre am häufigsten

die Beibehaltung der bestehenden Systemtrennung. Aber immerhin rund ein Drittel von ihnen zeigt sich auch aufgeschlossen für ein einheitliches Gesundheitssystem nach dem Muster der GKV.

<b>Tabelle 1–18: Entwicklungsperspektive Gesundheitssystem</b>				
<b>„Wie stehen Sie zu den zwei Krankenversicherungssystemen: Für welche der drei Möglichkeiten entscheiden Sie sich?“</b>				
<b>Berufliche Stellung</b>	<b>Anzahl Befragte</b>	<b>Angaben in % der Befragten</b>		
		<b>gesamte Bevölkerung in die GKV</b>	<b>wie bislang</b>	<b>GKV abschaffen, jeder versichert sich privat</b>
<b>GKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.002</b>	<b>56,9</b>	<b>35,5</b>	<b>5,4</b>
Pflichtvers. Arbeitnehmer	499	54,5	36,9	6,2
Freiwillig vers. Arbeitnehmer	75	58,7	33,3	8,0
Selbständige	35	68,6	22,9	2,9
Rentner	217	67,7	26,7	2,3
Nicht-Erwerbstätige	176	47,2	46,0	6,3
<b>PKV-Versicherte</b>				
<b>Insgesamt</b>	<b>1.001</b>	<b>34,6</b>	<b>45,8</b>	<b>16,8</b>
Arbeitnehmer	176	29,5	39,8	26,1
Selbständige	178	33,1	39,9	25,3
Beamte	219	32,9	51,1	14,2
Pensionäre	152	34,2	50,7	10,5
Rentner	79	50,6	38,0	8,9
Nicht-Erwerbstätige	197	36,0	49,7	11,7
Die an 100 Prozent fehlenden Anteile entfallen auf „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“.				

WIdO 2013

## 1.8 Zusammenfassung

Die Zufriedenheit mit der eigenen Krankenversicherung der Versicherten ist im Allgemeinen hoch, bei privatversicherten Rentnern allerdings z. B. deutlich geringer als bei Rentnern in der GKV. Insgesamt hat fast jeder dritte Privat-Versicherte in diesem oder letzten Jahr mindestens einen Tarifwechsel vollzogen, bei dem der Leistungsanspruch reduziert oder der Selbstbehalt erhöht wurde. Der Tarifwechsleranteil nimmt mit dem Alter zu, in der Gruppe der privatversicherten Rentner ohne Beihilfeanspruch hat schon fast jeder Zweite seinen Tarif in diesem Sinne angepasst.

In der allgemeinen Einschätzung bewerten die Versicherten beider Systeme Verbesserungspotenziale in der gesundheitlichen Versorgung ähnlich. Hingegen unterscheiden sie sich aber deutlich in der Bewertung konkreter Themen wie Wartezeiten oder der Wahrnehmung nicht notwendiger Untersuchungen.

Bei den Fragen zur systemischen Weiterentwicklung zeigt sich, dass die zentralen Ausprägungen des Solidarprinzips der GKV nicht nur einen starken Rückhalt in der GKV haben, sondern auch viel Zustimmung bei den PKV-Versicherten finden. Ein Drittel der PKV-Versicherten zeigt sich aufgeschlossen gegenüber einem einheitlichen Gesundheitssystem nach dem Muster der GKV. Dagegen werden "klassische" PKV-Elemente wie Selbstbeteiligung und Kostenerstattung nicht nur von GKV-Versicherten, sondern auch in der PKV in erheblichem Umfang kritisch bewertet.

## 1.9 Literatur

Barmer GEK (2011), Bevölkerungsumfrage „Meinungsbild PKV-GKV“. Ergebnisse der telefonischen Omnibus-Befragung durch TNS Infratest, Foliensatz vom 22.01.2011, o.O.

Böcken J/Altenhöner T (2011), Solidarität in der Krankenversicherung. Was unterscheidet freiwillige GKV-Versicherte von anderen Gruppen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung? Sozialer Fortschritt 60 (4-5), 87-91.

Christoph B/Ullrich CG (2006), Die GKV in den Augen der Bürger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen. Sozialer Fortschritt 55 (4), 75-83.

Continentale Krankenversicherung (2012), Positive Dualität: PKV und GKV aus Sicht der Bevölkerung, Dortmund; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.continentale.de](http://www.continentale.de) -> Presse -> Continentale Studien.

Deloitte (2011), Das deutsche Gesundheitssystem aus Sicht der Patienten und Versicherten – Studienergebnisse 2011; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.deloitte.com/view/de\\_DE/de/branchen/lifesciences\\_healthcare/a3b8d66e76cf2310VgnVCM2000001b56f00aRCRD.htm](http://www.deloitte.com/view/de_DE/de/branchen/lifesciences_healthcare/a3b8d66e76cf2310VgnVCM2000001b56f00aRCRD.htm).

Ernst & Young (2010), Gesundheitsbarometer 2010. Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer\\_2010/\\$FILE/Gesundheitsbarometer\\_2010.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer_2010/$FILE/Gesundheitsbarometer_2010.pdf).

Grabka M (2006), Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. DIW-Wochenbericht 73 (46), 653-659.

IfD (Institut für Demoskopie Allensbach) (2009), MLP Gesundheitsreport 2009. Präsentation, Berlin, 05.08.2009; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2009](http://www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2009).

IfD (Institut für Demoskopie Allensbach) (2011), MLP Gesundheitsreport 2011. Präsentation, Berlin, 23.11.2011; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2011](http://www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2011).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2010), Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, Berlin; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.kbv.de/publikationen/versichertenbefragung2010.html](http://www.kbv.de/publikationen/versichertenbefragung2010.html).

Marstedt G (2005), Solidarität und Eigenverantwortung: Unser Gesundheitssystem im Urteil der Bürger. Internetportal Forum Gesundheitspolitik; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0092](http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0092).

Schnee M (2009), Freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus Sicht einer heterogenen Gruppe, in: Böcken J/Braun B/Landmann J (2009), Gesundheitsmonitor 2009 - Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 221-238.

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.

Teevs C (2012), Patienten verzweifeln an privater Versicherung. SPIEGEL Online; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.spiegel.de/wirtschaft/service/private-krankenversicherung-die-tricks-beim-tarifwechsel-a-840113.html](http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/private-krankenversicherung-die-tricks-beim-tarifwechsel-a-840113.html).

Zok K (2006), Einstellungen der Bevölkerung, in: Jacobs K/Klauber J/Leinert, J (2006), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 135-156.

Zok K (2010), Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung. WIdOmonitor 7 (1), Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO); Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.wido.de/wido\\_monitor\\_1\\_2010.html](http://www.wido.de/wido_monitor_1_2010.html).



## 2 Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität

Klaus Jacobs

### 2.1 Die „Dualität“: Ausdruck oder Verhinderung von sinnvollem Wettbewerb?

Nachdem 2006 in den Niederlanden ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt geschaffen wurde, ist das in Deutschland bestehende Nebeneinander („Dualität“) von zwei getrennten Vollversicherungssystemen – der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) – zumindest europaweit ein Unikat. Während in der Vergangenheit vor allem die GKV in der öffentlichen Wahrnehmung oftmals als problembehaftetes System ohne stabile Zukunftsfähigkeit gegolten hatte, ist zuletzt das Geschäftsmodell der PKV verstärkt in Misskredit geraten – sei es aufgrund stark steigender Beiträge für ältere Versicherte, offenkundiger Lücken im versicherten Leistungsspektrum, überhöhter Abschlussprovisionen, sinkender Zinserträge oder anderer Gründe mehr (*vergleiche den Beitrag von Greß und Heinemann in diesem Band*). Mittlerweile scheint die Frage, ob an einem dualen Krankenversicherungssystem festgehalten oder ein einheitliches System für alle Einwohner geschaffen werden soll, eine zentrale Zukunftsfrage für die deutsche Gesundheitspolitik geworden zu sein.

Worin besteht überhaupt die Legitimation für die Dualität des deutschen Krankenversicherungssystems, abgesehen von seiner faktischen Existenz aufgrund historischer Entwicklungen über viele Dekaden (*vergleiche dazu Pfister 2010*)? Folgt man den Befürwortern der Beibehaltung des dualen Systems, ist das Nebeneinander von GKV und PKV Ausdruck von Freiheitlichkeit und Wettbewerb. So hatte die christlich-liberale Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag von 2009 – unter der Überschrift „Wettbewerb im Krankenversicherungswesen“ – das explizite Bekenntnis abgegeben: „Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind für uns die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherung ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen“ (*siehe CDU/CSU/FDP 2009, 86*). Im Wahljahr 2013 meldete sich auch die Bundeskanzlerin zu diesem Thema zu Wort. In einem Interview betonte Angela Merkel, dass sich das „Zwei-Säulen-Prinzip alles in allem bewährt“ habe und es dank der Gesamteinnahmen aus beiden Systemen eine dichte und gute ärztliche Versorgung in Deutschland gebe (*siehe Apotheken Umschau, Juli 2013*).

Diesen Bekundungen zur vermeintlichen Vorteilhaftigkeit der Dualität von GKV und PKV stehen allerdings auch diametral entgegengesetzte Einschätzungen gegenüber. So hat sich insbesondere der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinen Jahresgutachten wiederholt mit den Allokations- und Verteilungswirkungen des dualen Krankenversicherungssystems befasst und ist dabei zu folgendem Urteil gelangt: „Bezüglich der Abgrenzung des Versichertenkreises sieht der Sachverständigenrat ein Krankenversicherungssystem, in dem alle Bürger versicherungspflichtig sind, dem derzeitigen System mit seinem segmentierten Krankenversicherungsmarkt sowohl aus allokativer als auch aus verteilungspolitischer Sicht als überlegen an.“ (*siehe SVR-W 2004, Ziffer 34*).

Wie lassen sich derart gegensätzliche Positionen erklären? Wenn der PKV-Verband behauptet, die Bürgerversicherung, also die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, schaffe Wettbewerb und Wahlfreiheiten ab (*siehe PKV 2011, 3*) – oftmals ist in diesem Kontext auch von einer „Einheitskasse“ die Rede –, steht diese Sicht jedenfalls in krassem Gegensatz zum Sachverständigenrat Wirtschaft, der umgekehrt „die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes (...) für einen funktionierenden Kassenwettbewerb“ für notwendig hält (*siehe SVR-W 2009, Ziffer 311*), mit anderen Worten der Auffassung ist, dass der derzeitige Wettbewerb gar nicht funktioniert.

Im Folgenden soll versucht werden, die offensichtlich diametral verschiedenen Einschätzungen zum Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem auf ihre Substanz zu überprüfen. Dazu werden zunächst die beiden zentralen Wettbewerbsdimensionen in der Krankenversicherung dargestellt, darauf folgt eine konkrete Analyse des wettbewerblichen Status quo im dualen Krankenversicherungssystem Deutschlands. Ein kurzer Ausblick schließt den Beitrag ab.

## 2.2 Zwei Wettbewerbsdimensionen in der Krankenversicherung

Wenn es im Kontext der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung um „mehr Wettbewerb“ geht, werden davon in der Regel zwei Dimensionen berührt: zum einen individuelle Wahl- und Wechseloptionen der Versicherten sowie zum anderen die möglichst effektive und effiziente Steuerung der Versorgung in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit.

### 2.2.1 Wettbewerb als Ausdruck individueller Wahl- und Wechseloptionen

In der ersten Lesart ist Wettbewerb unmittelbarer Ausdruck von individuellen Wahlmöglichkeiten und hat insoweit durchaus einen Wert an sich, soweit es unterschiedliche Präferenzen der Bürger in ihrer Rolle als Versicherte oder Patienten gibt. Ein praktisches Beispiel hierfür gibt Gesundheitsminister Daniel Bahr. Auf die Frage, warum er privat krankenversichert sei, antwortete er: „Weil ich frei wählen und meinen Versicherungsschutz selbst zusammenstellen wollte. Ich habe zusätzliche Leistungen gewählt und bekomme zum Beispiel einen Bonus, wenn ich nicht so oft zum Arzt gehe“ (DIE WELT vom 30.05.2011).

Allerdings gibt es bei der Gewährung individueller Wahloptionen im System der Krankenversicherung von vornherein bestimmte Grenzen, die zum einen mit der Versicherungspflicht und zum anderen mit der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes zu tun haben.

Die seit 2009 in Deutschland für alle Einwohner geltende Krankenversicherungspflicht bedeutet im Ergebnis, dass die individuellen Wahlmöglichkeiten beschränkt sind – nicht nur, weil es grundsätzlich keine Möglichkeit der (bewussten) Nichtversicherung mehr gibt, sondern weil zugleich ein zu versichernder Mindestleistungsumfang gesetzlich vorgegeben werden musste. Dies geschieht für den Bereich der PKV in Paragraph 193 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), wonach eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten ist, „die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen

Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist“. Unabhängig davon, ob man diese Verpflichtung für ausreichend hält oder nicht – der Abschluss eines weniger umfangreichen Versicherungsschutzes ist jedenfalls nicht möglich, wenn man einmal von dem „Notlagentarif“ für säumige Beitragszahler absieht.

Eine noch größere Einschränkung der individuellen Wahlfreiheit bezüglich des Umfangs des Versicherungsschutzes ergibt sich im Fall der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes, die sich auf ein einheitlich definiertes Leistungspaket beziehen muss. Praktisch umgesetzt wird die Einkommenssolidarität in der GKV durch einkommensabhängige Beiträge sowie – wenngleich bislang nur auf dem Papier – durch den steuerfinanzierten Sozialausgleich zur Begrenzung der Belastung der GKV-Mitglieder durch pauschale Zusatzbeiträge. Elemente solidarischer Finanzierung gibt es mittlerweile aber auch in PKV durch den 2009 eingeführten Basistarif. Hier können einkommensschwache Versicherte unter bestimmten Bedingungen eine Beitragsreduktion zu Lasten der übrigen Privatversicherten erhalten; der Basistarif ist deshalb auf den GKV-Leistungskatalog normiert (*vergleiche hierzu auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zum Basistarif; BVerfGE 123, 186 <185>*).

### 2.2.2 Wettbewerb als versorgungsorientiertes Steuerungsinstrument

Die zweite Dimension, die gemeinhin mit der Forderung nach mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung verbunden wird, hat in

erster Linie instrumentellen Charakter. In dieser Sicht wird Wettbewerb nicht um seiner selbst willen, sondern als Mittel zum Zweck befürwortet, wobei der angestrebte Zweck in erster Linie darin liegt, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung zu verbessern (*dazu ausführlich etwa Cassel 2003; 2006*). Diese Sichtweise ist mit der Einschätzung verbunden, dass sich diese Ziele über wettbewerbliche Allokationsmechanismen besser erreichen lassen als durch plan- und kollektivwirtschaftliche Steuerungsstrukturen. Auch dieses instrumentelle Wettbewerbsverständnis kommt in einer Passage des Koalitionsvertrags von 2009 zum Ausdruck: „Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung“ (*siehe CDU/CSU/FDP 2009, 85*). Der folgende Satz: „Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden“ verweist zudem auf den besonderen Stellenwert des Wettbewerbs auf dem Leistungsmarkt, also in den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Das ist gerade in dem hier betrachteten Kontext von besonderem Interesse, weil es solche Vertragsbeziehungen im PKV-System nicht gibt – weder „einheitlich und gemeinsam“ noch wettbewerblich.

Aber auch bei der instrumentellen Sicht gibt es Grenzen des Wettbewerbs, die sich nur zum Teil durch eine klare wettbewerbliche Rahmenordnung einschließlich eines umfassenden Risikostrukturausgleichs „heilen“ lassen. Das gilt etwa für die Sicherstellung der flächendeckenden Vorhaltung bestimmter Versorgungsangebote, sei es für die Notfallversorgung, bei eher selten auftretenden Unfallfolgen oder generell für die Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten Regionen. Dass speziell für solche Gestaltungsaufgaben eine wett-

bewerbliche Versorgungssteuerung wenig erfolgsversprechend erscheint, liegt auf der Hand – doch lässt sich hieraus keineswegs die generelle Steuerungsunfähigkeit vertragswettbewerblicher Instrumente ableiten, etwa in Ballungszentren mit einer meist hohen Angebotsdichte und vergleichsweise kurzen Wegen.

## 2.3 Zum wettbewerblichen Status quo im dualen Krankenversicherungssystem

Vor dem Hintergrund dieser beiden zentralen Dimensionen hinsichtlich eines wettbewerblich ausgestalteten Krankenversicherungsmarkts soll nachfolgend der Status quo des Wettbewerbs im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland betrachtet werden: zum einen in Bezug auf die bestehenden Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten sowie zum anderen hinsichtlich der wettbewerblichen Versorgungssteuerung.

### 2.3.1 Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten

#### **„Systemwechsel“ an der Schnittstelle GKV/PKV**

Wer darf überhaupt zwischen GKV und PKV wechseln und nach welchen Kriterien werden die entsprechenden rechtlichen und faktischen Möglichkeiten bestimmten Versichertengruppen zuerkannt bzw. vor-enthalten? Diese Frage ist schon wiederholt thematisiert worden (*siehe u. a. Jacobs/Schulze 2004; Pfister 2010*).

2012 waren von den gut 80 Millionen Einwohnern in Deutschland fast 47 Millionen in der GKV pflichtversichert. Damit hatten bereits

über 58 Prozent der Wohnbevölkerung rein rechtlich kein individuelles Wahlrecht zwischen GKV und PKV – um diese Versicherten wird deshalb von vornherein kein „Systemwettbewerb“ geführt. Weitere 17,5 Millionen Menschen sind in der GKV als Familienangehörige mitversichert sind, also weitere 22 Prozent der Bevölkerung, die ebenfalls kein eigenständiges Wechselrecht haben. Aber auch die knapp 4,3 Millionen PKV-Versicherten mit Beihilfeberechtigung – Beamte, Pensionäre und deren Angehörige – haben anreiztechnisch betrachtet keine wirkliche Wahloption. Für sie kann man im Prinzip von einer „faktischen PKV-Versicherungspflicht“ sprechen, weil eine freiwillige Versicherung in der GKV für diese Versicherten finanziell ausgesprochen unattraktiv wäre, denn sie müssten den vollständigen GKV-Beitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung allein entrichten.

Um die rund 4,7 Millionen sonstigen PKV-Vollversicherten wird ebenfalls kein „Systemwettbewerb“ geführt, weil die Ausübung der Wechseloption von der GKV in Richtung PKV vom Grundsatz her eine Einbahnstraße ist. Zwar haben 2012 161.700 wieder versicherungspflichtig gewordene Personen von der PKV zurück in die GKV gewechselt (und der PKV damit erstmals seit Langem einen negativen Wanderungssaldo beschert), doch stellen diese Wechsel insofern keine unabhängigen freien Wahlakte dar, als sie weitreichende Veränderungen im Berufsumfeld voraussetzen, die eine Versicherungspflicht in der GKV begründen – wobei es für PKV-Versicherte ab 55 Jahre generell keine Wechselmöglichkeit zur GKV mehr gibt. Aus Sicht der GKV handelt es sich bei diesen Versicherten eher um „schlechte Risiken“, die zumindest in ihrer Gesamtheit keinen positiven (Deckungs-) Beitrag zur Solidargemeinschaft leisten dürften, und zwar insbesondere auch wegen ihrer offenkundig vergleichsweise schlechten Morbiditätsstruktur (*siehe Grunow/Nuscheler 2013*).

Da somit weder die Pflichtmitglieder und die mitversicherten Familienangehörigen der GKV noch die PKV-Versicherten über „echte“ – rechtliche oder faktische – Wechseloptionen in Richtung des jeweils anderen Krankenversicherungssystems verfügen, ist der Kreis der aktuell potenziell Wechselfähigen innerhalb der gesamten Wohnbevölkerung bereits deutlich geschrumpft. Schließlich hat aber auch unter den verbleibenden rund 5,2 Millionen freiwillig GKV-Versicherten letztlich nur ein vergleichsweise kleiner Anteil tatsächlich eine reale Wahloption: Mit zunehmendem Alter kommt ein Wechsel von der GKV zur PKV in aller Regel nicht mehr infrage, weil die in der PKV zu zahlenden Prämien angesichts der nur noch kurzen Zeitspanne zur Bildung von Alterungsrückstellungen schlicht zu hoch wären. Wenn man einmal pauschal unterstellt, dass dies vom 45. Lebensjahr an der Fall ist, verbleiben noch etwas mehr als 1,7 Millionen freiwillig versicherte GKV-Mitglieder unterhalb dieser Altersgrenze. Doch auch diese können keineswegs alle wechseln, denn speziell für Versicherte mit Behinderungen bzw. Vorerkrankungen sind die Wechseloptionen durch Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse faktisch stark eingeschränkt, wenn nicht sogar völlig ausgeschlossen.

Damit schrumpft die Zahl der GKV-Versicherten, die aktuell sowohl rechtlich als auch faktisch über eine Wechseloption zur PKV verfügen, noch weiter zusammen, sodass es schließlich insgesamt nur einige wenige Prozent der deutschen Wohnbevölkerung sind, um die unmittelbar „Systemwettbewerb“ zwischen der GKV und PKV geführt wird, und zwar – wie schon erwähnt – immer nur in Bezug auf einen möglichen Wechsel von der GKV zur PKV, aber nicht in umgekehrter Richtung. Es sind jedoch nicht nur relativ wenig freiwillige GKV-Versicherte, um die sich beide Krankenversicherungssysteme bemühen – es handelt sich zudem auch um eine vergleichsweise homogene Versichertengruppe mit weit überwiegend jungen und gesunden Men-

schen, denn andernfalls wären die PKV-Beiträge von vornherein zu hoch.

Früher konnte man die potenziellen Wechsler zudem meist noch mit dem Attribut „einkommensstark“ kennzeichnen. Das gilt inzwischen aber nur noch für eine Teilgruppe von ihnen, nämlich Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt jenseits der Versicherungspflichtgrenze, die 2013 4.350 Euro pro Monat bzw. 52.200 Euro pro Jahr beträgt. Diese Grenze gilt jedoch nicht für Selbständige, die unabhängig von ihrem Einkommen in der GKV nicht versicherungspflichtig sind und dort 2013 günstigstenfalls – bei einer Einstufung als Härtefall nach Nachweis eines Einkommens von weniger als 2.021,25 Euro (das sind 75 Prozent der Recheneinheit „monatliche Bezugsgröße“) – mindestens einen Monatsbeitrag von fast 209 Euro bezahlen müssen, andernfalls deutlich mehr. Deshalb ist es gerade für die wachsende Zahl von Solo-Selbständigen mit sehr geringen Einkommen oft deutlich attraktiver, einen „Billigtarif“ in der PKV abzuschließen. Dessen Angebot wird vom PKV-Verband nicht gern gesehen, denn der Leistungsumfang ist gering und die Aussicht auf stark steigende Prämien im höheren Alter hoch, doch macht eine Reihe von PKV-Unternehmen weiterhin entsprechende „Lockvogelangebote“. Schließlich hat der Bundestag Mitte 2013 angesichts der hohen und stetig weiter gewachsenen Zahl säumiger Beitragszahler für die PKV die Einführung eines Notlagentarifs beschlossen, der nur noch Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände vorsieht.

Dass es sich bei den individuellen Wechseloptionen im dualen Krankenversicherungssystem um eine Einbahnstraße handelt, spüren aber nicht nur Solo-Selbständige, die ihren Beitrag nicht mehr bezahlen können und anstelle von solidarischer Unterstützung durch einkom-

mensstärkere Versicherte auf einen abgespeckten Notlagentarif verwiesen werden, sondern auch immer mehr weitere Privatversicherte (*vergleiche den Beitrag von Zok in diesem Band*). Haben sie sich aber letztlich nicht selbst in diese Lage gebracht? Das scheint zumindest die christlich-liberale Bundesregierung so zu sehen, wie eine namens der Bundesregierung abgegebene Antwort von Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE (*siehe Bundestags-Drs. 17/8757*) vom 15.03.2012 nahelegt: „Der Gesetzgeber hat den Personenkreis der Versicherungspflichtigen in der GKV nach den Gesichtspunkten ‚soziale Schutzbedürftigkeit‘ und ‚finanzielle Stabilität der Solidargemeinschaft‘ abgegrenzt. Soweit Personen danach nicht versicherungspflichtig in der GKV sind, haben sie in der Regel zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens die Wahl gehabt, sich eigenverantwortlich für eine Absicherung in der Solidargemeinschaft der GKV oder für die PKV zu entscheiden. Personen, die sich für die PKV entscheiden, treffen grundsätzlich eine Lebensentscheidung. (...) Ein erneuter Zugang zur GKV z. B. allein aufgrund eines verringerten Einkommens oder steigender Prämien zur PKV im Alter würde zu einer Risikoselektion zu Lasten der GKV bei gleichzeitiger Entlastung der PKV führen. Die finanzielle Stabilität der GKV würde dadurch gefährdet.“

Wer sich mit Mitte 20 oder mit 30 Jahren für die PKV entscheidet, trifft somit eigenverantwortlich eine Lebensentscheidung, auch wenn es letztlich niemandem möglich ist, alle relevanten Lebensumstände – gesamtwirtschaftlich wie individuell – über 30, 40 oder gar 50 Jahre hinweg vorzusehen. Das gilt zum Beispiel für die geschiedene Beamtengattin in „fortgeschrittenem Alter“, die plötzlich ohne Beihilfeanspruch dasteht und hohe Beiträge zur PKV entrichten muss, aber keine Chance hat, sich in der GKV zu versichern. Und bei den Solo-

Selbständigen mit kleinem Einkommen stimmt bereits die Prämisse nicht, dass sie generell nicht „sozial schutzbedürftig“ sind, nur weil das für die Gesamtheit der Selbständigen einmal so festgelegt worden ist.

Die von der Bundesregierung geäußerte Sorge um die finanzielle Stabilität der GKV aufgrund von Risikoselektion zu Lasten der GKV wäre im Übrigen weithin gegenstandslos, wenn diese Versicherten ihre in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen im Umfang des Versicherungsschutzes der GKV mitnehmen könnten, wie es etwa Ulrich Meyer schon vor etlichen Jahren vorgeschlagen hat: „Eine solche Übertragung ist angemessen, da der als älterer Versicherter zur GKV Wechselnde der GKV als Ganzes (dem Erwartungswert nach) relativ hohe Versicherungsleistungen aufbürdet, ohne selbst (als jüngerer Versicherter) sich an der Umlage innerhalb des ‚Generationenvertrags‘ beteiligt zu haben. Die individuelle prospektive Alterungsrückstellung stellt hierzu – in Abhängigkeit vom Risiko des Wechselnden – gerade ein angemessenes ‚Eintrittsgeld‘ in die GKV dar.“ (*siehe Meyer 2001, 75*) So könnte ein individuelles Wechselrecht in Richtung GKV geschaffen werden, ohne dadurch deren finanzielle Stabilität zu gefährden.

### **Wechsoptionen innerhalb der Versicherungssysteme**

Die „Lebensentscheidung“, von der in der Antwort der Bundesregierung die Rede war, betrifft aber nicht nur generell die Zugehörigkeit zur PKV, sondern darüber hinaus in aller Regel auch zu einem ganz bestimmten Versicherungsunternehmen. Denn die individuellen Alterungsrückstellungen stehen als „Eintrittsgeld“ nicht nur für eine Rückkehr zur GKV nicht zur Verfügung, sondern können auch bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens nicht mitgenommen werden – zumindest nicht bei Privatversicherten, deren Versiche-

rungsvertrag vor 2009 abgeschlossen wurde. Ihnen geht es genauso wie Ulrich Meyer, der – als verbeamteter Hochschullehrer zwangsläufig privatversichert – diesen Zustand aus seiner Sicht so beschrieben hat: „Ich habe mich vor 30 Jahren, als ich noch überhaupt nichts von privater Krankenversicherung verstand, für ein Unternehmen entschieden – und egal, was das Unternehmen jetzt macht, welche Geschäftspolitik das Unternehmen jetzt verfolgt, kann ich aus diesem Unternehmen nicht mehr heraus; ich bin dem Unternehmen mit Haut und Haaren ausgeliefert. Ich könnte mich von meiner Frau scheiden lassen; das wäre teuer (und ich habe es auch gar nicht vor). Aber das PKV-Unternehmen zu wechseln, wäre noch teurer, wenn nicht gar völlig unmöglich. Dieser Zustand widerspricht fundamental dem Freiheitsgedanken der Marktwirtschaft“ (Meyer 2001, 60).

Dass es in der PKV wegen der fehlenden Portabilität der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens praktisch keinen Wettbewerb um Bestandsversicherte gibt und sich der PKV-Wettbewerb deshalb fast ausschließlich auf das Neukundengeschäft beschränkt, hatte den Gesetzgeber zur Zeit der großen Koalition bewogen, wenigstens für Neuverträge ab 2009 eine „partielle Portabilität“ vorzuschreiben. Danach werden die kalkulierten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens im Umfang der Leistungen des Basistarifs an den neuen Versicherer übertragen. Weil aber der privaten Versicherungswirtschaft selbst diese Erweiterung der Freiheitsgrade ihrer Kunden schon zu weit ging, zog sie vor das Bundesverfassungsgericht und sorgte damit für ein Urteil, das dem Gesetzgeber für künftige Reformen noch einige Spielräume eröffnen dürfte. Denn wie das Gericht in seiner Urteilsbegründung in Bezug auf die – als verfassungsgemäß bestätigte – partielle Portabilität der Alterungsrückstellungen deutlich gemacht hat, führt diese zwar zu einer Verbesserung des Wettbewerbs zwi-

schen den Versicherungsunternehmen, bewirkt aber noch lange keinen umfassenden Wettbewerb, u. a. weil „die Wechselchancen eines Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko auch durch die Mitgabe eines Teils der Alterungsrückstellung nicht erheblich verbessert (werden), weil der Betreffende in einem Normaltarif keinen aufnahmebereiten Versicherer finden wird“ (BVerfGE 123, 186 <204>). Zudem sieht die Neuregelung „nicht die Übertragung der vollen kalkulierten Alterungsrückstellung, sondern lediglich deren Übertragung im Umfang der dem Basistarif entsprechenden Leistungen vor. Bei einem Versichererwechsel wird daher auch unter der Geltung des neuen Rechts ein erheblicher Anteil der für den Versicherungsnehmer in seinem Normaltarif gebildeten Alterungsrückstellung bei dem bisherigen Unternehmen verbleiben“ (ebenda, Nr. 208).

Bemerkenswert ist aber auch eine weitere Einschätzung des Gerichts, wonach die „faktisch lebenslange Bindung an einen Versicherer (...) kein von den Versicherungsnehmern bei Vertragsschluss akzeptierter Teil der Versicherungsbedingungen (ist). In der Regel dürfte sie Versicherungsnehmern erst bewusst werden, wenn sie sich nach einer längeren Vertragszeit um einen Versicherungswechsel bemühen und dabei feststellen, dass dies wirtschaftlich nahezu ausgeschlossen ist“ (ebenda, Nr. 209). Wenn Versicherte mit der Geschäftspolitik ihres Unternehmens unzufrieden sind – sei es, dass ihnen keine speziellen Versorgungstarife angeboten werden, dass geringere Zinserträge im Vergleich zum Branchendurchschnitt erwirtschaftet werden, dass weiterhin Billigtarife angeboten werden, dass den Mitglieder bestimmter politischer Parteien Sonderkonditionen gewährt werden, dass Vergünstigungsreisen für erfolgreiche Versicherungsmakler auf Geschäftskosten veranstaltet werden oder warum auch immer –, es gibt praktisch keine Sanktionsmöglichkeit für unzufriedene Kunden in der PKV. Deshalb ist es zwar verständlich, wenn etwa in einer Kleinen

Anfrage der Bundestagsfraktion DIE LINKE (*siehe BT-Drs. 17/11501*) gefragt wird, ob es für die Kunden bzw. den Verbraucherschutz nicht hilfreich wäre, wenn bestimmte Unternehmenskennziffern – etwa die Höhe des individuellen Rechnungszinses – von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) als zuständiger Aufsichtsinstanz veröffentlicht würden und angesichts der Geheimhaltung dieser Informationen der Schutz der Unternehmen nicht mehr wiege als der Schutz der Verbraucher. Doch würden auch solche Informationen den potenziellen PKV-Versicherten letztlich nur beim Vertragsabschluss einen gewissen Nutzen stiften können, aber nicht mehr zu späteren Zeitpunkten, wenn ein Wechsel des Unternehmens faktisch verwehrt wird.

Demgegenüber können die GKV-Mitglieder praktisch jederzeit frei ihre Krankenkasse wechseln – bei einer lediglich 18-monatigen Bindungsfrist, wobei im Fall einer (Zusatz-)Beitragserhöhung überdies ein sofortiges Sonderkündigungsrecht besteht. Es gibt weder Ablehnungsentscheide durch die aufnehmende Kasse noch Leistungsausschlüsse oder Beitragsaufschläge aufgrund von Alter oder Morbidität. Dass von den Wechselmöglichkeiten lebhaft Gebrauch gemacht wird, bekamen unmittelbar diejenigen Krankenkassen zu spüren, die 2010 und 2011 Zusatzbeiträge erheben mussten. So verloren z. B. allein zwischen dem 1.1.2010 und dem 1.4.2011 – bei einem monatlichen Zusatzbeitrag von 8 Euro – die DAK über 8 und die BKK Gesundheit über 24 Prozent ihrer Mitglieder; die BKK für Heilberufe büßte bei einem Zusatzbeitrag von 10 Euro pro Monat im selben Zeitraum sogar fast die Hälfte ihrer Mitglieder ein und musste zum Jahresende 2011 von der Aufsicht geschlossen werden.

Schließlich sei aber auch noch darauf verwiesen, dass die GKV-Mitglieder nicht nur jederzeit über ein nahezu unbeschränktes Wech-

selrecht zwischen den Krankenkassen verfügen, sondern darüber hinaus auch die Möglichkeit haben, sich für verschiedene Wahltarife zu entscheiden – etwa für bestimmte Angebote der Hausarztversorgung, strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management) oder integrierter Versorgung. Selbst die von Gesundheitsminister Daniel Bahr in der eingangs zitierten Aussage als ein Grund für seine Versicherung in der PKV genannte Möglichkeit, einen Bonus bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen zu erhalten, hätte er – genauso wie zusätzliche Leistungen – auch als GKV-Mitglied haben können.

### 2.3.2 Auswirkungen des „Systemwettbewerbs“ auf die Gesundheitsversorgung

Die gravierenden Einschränkungen der individuellen Wechselmöglichkeiten der Versicherten – sowohl zwischen den beiden Systemen von GKV und PKV als auch innerhalb der PKV – haben unmittelbare Auswirkungen auf die Inhalte des „Systemwettbewerbs“. Wenn fast nur vergleichsweise junge und gesunde Versicherte rechtlich und faktisch über eine Wahloption verfügen, stehen naturgemäß andere Inhalte im Zentrum des Wettbewerbs, als wenn es sich um alle Versicherten handeln würde, einschließlich von Personen, die selbst schon konkrete Erfahrungen mit dem praktischen Versorgungsgeschehen gesammelt haben oder dies aufgrund einer chronischen Erkrankung fortwährend tun. Die bereits angesprochene Möglichkeit der GKV-Versicherten, einen Bonus zu erhalten, wenn sie und ihre Mitversicherten innerhalb eines Jahres keine GKV-Leistungen in Anspruch genommen haben, ist ein typisches Beispiel für Wettbewerb um junge und gesunde Versicherte, der mit einer Verbesserung der Versorgung wenig zu tun hat.

Natürlich bemühen sich die Krankenkassen im intensiven GKV-Wettbewerb auch aktiv um Qualitäts- und Effizienzvorteile in der Versorgung, doch wird gerade an der Schnittstelle zur PKV vielfach Geld für „versorgungsferne“ Aktivitäten verwendet, um Versicherte zu halten, die als abwanderungsgefährdet in Richtung PKV gelten. Die PKV verfügt in Ermangelung direkter Vertragsbeziehungen zu den Anbietern von Gesundheitsleistungen ohnehin kaum über Möglichkeiten, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung unmittelbar zu steuern (*siehe Sehlen 2006*). Außerdem braucht sie sich wegen ihres Geschäftsmodells keine ernsthaften Sorgen um den Verbleib von Versicherten zu machen, die mit den Leistungen im Krankheitsfall unzufrieden sind. Und sollte es diesen über den Umweg der Wiedererlangung der GKV-Versicherungspflicht doch irgendwie gelingen, zur GKV zurückzukehren, dürfte der Weggang dieser inzwischen kränker und teurer gewordenen Versicherten leicht zu verschmerzen sein, zumal ihre Alterungsrückstellungen ja nicht mitgenommen werden können, sondern als Stornogewinne verbucht werden können.

Auch wenn der direkte Wettbewerb um Versicherte zwischen GKV und PKV im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung somit weitgehend funktionslos ist, werden der Existenz des Nebeneinanders der beiden Versicherungssysteme gleichwohl positive Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung zugeschrieben, die angeblich allen Versicherten zugutekommen – ob diese nun selbst über individuelle Wechselmöglichkeiten verfügen oder nicht. Dabei geht es im Wesentlichen um zwei Argumente:

1. Das hochwertige Versorgungssystem in Deutschland – einschließlich des Zugangs zu Innovationen – könne für die gesamte Bevölkerung nur aufgrund der höheren Privathonorare speziell in der

ambulanten ärztlichen Versorgung aufrechterhalten werden. Diese Sicht reicht bis hinunter zur Perspektive der einzelnen Arztpraxis, von der es heißt, dass sie ohne die Honorare der Privatpatienten oft gar nicht mehr finanzierbar sei. In diesen Kontext fällt auch die sogenannte „Quersubventionierungs-These“ (*vergleiche etwa Niehaus/Weber 2005*). Zwar sind die Privatversicherten nicht direkt an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes beteiligt, doch trügen sie durch ihre höheren Leistungsvergütungen zur Stabilisierung des Versorgungssystems für alle Versicherten bei, was sogar auch schon als „indirekter Finanzausgleich der PKV“ bezeichnet worden ist (*siehe Schulte 2005, 172*).

2. Die Dualität der beiden Krankenversicherungssysteme und der damit verbundene "Systemwettbewerb" verhinderten Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV, die unmittelbar zu einer "Zwei-Klassen-Medizin" führen würden, da es sich nur ein Teil der Versicherten leisten könne, die aus dem solidarisch finanzierten GKV-Leistungskatalog ausgeschlossenen Leistungen im Rahmen privater Zusatzversicherungen zu finanzieren.

Was ist hierzu zu sagen? Dass die Ärzte für die ambulante Versorgung von Privatpatienten für identische Leistungen eine höhere Vergütung erhalten als für gesetzlich Versicherte, ist unstrittig. Doch wohin fließen die entsprechend generierten „Mehrumsätze“ überhaupt, die seitens des Wissenschaftlichen Instituts der PKV im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung für 2011 auf immerhin fast 5,4 Milliarden beziffert werden (*siehe Niehaus 2013*)? Dass zumindest Zweifel daran bestehen, dass diese Mittel primär dorthin fließen, wo sie für die Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, hat vor allem zwei Gründe: Zum einen gibt es begründete Hinweise auf medizinisch zumindest fragwürdige (Über-)Diagnostik und Therapien für

viele Privatpatienten, denen aufgrund der für sie geltenden Einzelleistungsvergütung ohne Mengengrenzungen kaum entgegengewirkt werden kann, und zum anderen gibt es eine starke regionale Konzentration der Privatversicherten.

Zum Verdacht der „Überdiagnostik“ gibt es zwei Studien des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) mit bemerkenswerten Ergebnissen. So hat das WIP ermittelt, dass die Ausgaben für ambulante Laborleistungen je PKV-Versicherten 2008 rund fünfmal so hoch waren wie je GKV-Versicherten (*siehe KeBler 2010, 8*). Da es bei den ambulanten Laborleistungen aber kaum Preisdifferenzen für gesetzlich und privat versicherte Patienten gibt, ist dieser Unterschied fast ausschließlich auf Mengenunterschiede zurückzuführen. Wenn man davon ausgeht, dass den GKV-Versicherten keine notwendigen ambulante Laborleistungen vorenthalten werden, scheint dieser bemerkenswerte Mengenunterschied auf ein beträchtliches Maß an „Überdiagnostik“ hinzuweisen. So sieht es zumindest das WIP, das die Reformbedürftigkeit der privatärztlichen Gebührenordnung damit „eindrucksvoll unterstrichen“ sieht (*siehe ebenda, 9*). Grundsätzlich in dieselbe Richtung – wenngleich vom Ergebnis weniger ausgeprägt – verweisen Vergleiche des WIP zu ambulanten radiologischen Leistungen für GKV- und PKV-Versicherte (*siehe KeBler 2009*). Wieso die GKV-Versicherten von den so generierten „Mehrumrätsen“ in irgendeiner Weise profitieren sollen, will sich nicht recht erschließen. Die zentralen Nutznießer der höheren Honorare der Privatpatienten auf der Basis einer reinen Einzelleistungsvergütung sind sie sicher nicht, aber auch die Privatversicherten nur sehr bedingt, auf jeden Fall aber die Ärzte, die hiervon unmittelbar profitieren können.

Dass dies keineswegs die Gesamtheit der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist, sondern manche stärker und andere sehr viel weniger

betroffen sind, gilt auch angesichts der regionalen Verteilung der Mehrumsätze, die aus den höheren PKV-Vergütungen resultieren. Eine hohe Korrelation zwischen der Fachärztedichte und dem Anteil an PKV-Versicherten in der Wohnbevölkerung spricht jedenfalls eine deutliche Sprache. Viele Regionen mit hohen Anteilen an Privatversicherten gelten als überversorgt, und es ist mehr als plausibel, dass die Mehrumsätze aufgrund der höheren PKV-Honorare vor allem dorthin fließen, wo viele Privatversicherte leben. Dadurch wird es aber letztlich noch schwieriger, Ärzte in Regionen mit schon bestehenden oder drohenden Versorgungsengpässen zu bekommen. In diesen überwiegend ländlich strukturierten Regionen – vornehmlich, aber keineswegs nur in Ostdeutschland – ist es vielmehr so, dass die meist wenigen hier lebenden Privatversicherten von den gezielten Anstrengungen profitieren, die seitens der GKV zur Sicherstellung der Versorgung unternommen werden, z. B. auch auf der Grundlage von neuen Möglichkeiten, die mit dem Versorgungsstrukturgesetz geschaffen wurden.

Die Aussage, dass mit den Gesamthonoraren aus GKV und PKV genügend Geld für eine qualitativ hochwertige Versorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht, bedeutet somit noch lange nicht, dass es diese Versorgung auch tatsächlich für alle GKV- und PKV-Versicherten gleichermaßen gibt. Dazu wären zugleich auch wirksame Steuerungsmechanismen notwendig, die dafür sorgen, dass das Geld gezielt nach dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung eingesetzt wird. Hierzu trägt das duale Krankenversicherungssystem aber nicht nur nichts bei, sondern es erweist sich teilweise sogar als ausgesprochen kontraproduktiv.

Vor diesen Hintergrund entpuppt sich auch die „Quersubventionierungs-These“ schnell als Fiktion. Sie ist aber auch noch aus einem

anderen Grund nicht haltbar: Würden die Privatversicherten, die im Durchschnitt über deutlich höhere Einkommen verfügen als die gesetzlich Versicherten (*siehe dazu den Beitrag von Haun in diesem Band*), gemäß ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes beteiligt, würden die so erzielten Mehreinnahmen die durch die höheren Privathonorare generierten Mehrumsätze deutlich übertreffen. Dies hat das WIdO schon vor einigen Jahren gezeigt (*siehe Leinert 2006*), wobei die damaligen Ergebnisse angesichts des noch weiter gewachsenen Unterschieds im Durchschnittseinkommen von PKV- und GKV-Versicherten unverändert aktuell sind.

Dass die derzeitige „duale Vergütungskonstellation“ – insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung – jedenfalls kein Grund für das Festhalten am weithin unverbundenen Nebeneinander von GKV und PKV ist, wird auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ausdrücklich betont: „Durch die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes und die unterschiedlichen Honorierungssysteme leidet (...) die Behandlungsqualität und die Effizienz der Leistungserstellung: Ärzte werden nicht gemäß ihren Fähigkeiten und den medizinischen Erfordernissen eingesetzt, sondern gemäß der Versicherungszugehörigkeit der Patienten. Es kommt zu einer Fehlallokation von knappen Ressourcen und Qualitätsdefiziten, die bei einer einheitlichen Honorierung auf einem einheitlichen Markt in geringerem Maße auftreten würden“ (*siehe SVR-W 2004, Ziffer 492*).

Bleibt das zweite Argument zugunsten der Dualität des Krankenversicherungssystems, wonach der Leistungskatalog der GKV nur wegen der Existenz der PKV und des daraus resultierenden „Systemwettbewerbs“ auf seinem heutigen hohen Niveau läge, andernfalls aber

schon längst zusammengestrichen worden sei. So unbewiesen diese Behauptung ist, so wenig lässt sich naturgemäß auch ihr Gegenteil belegen. Aber warum sollte der solidarisch finanzierte Leistungskatalog in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem gegenüber dem heutigen GKV-Niveau ausgerechnet dann substantziell gesenkt werden, wenn auch alle Abgeordneten, Ministerialbeamten, Ärztenfunktionäre, Journalisten usw., die heute zu einem Großteil privatversichert sind, in diesem einheitlichen System versichert wären und die Leistungskürzungen unmittelbar selbst zu spüren bekämen?

Als gründlich missglückt muss zudem der Versuch bezeichnet werden, wissenschaftlich nachzuweisen, dass alle „Einheitssysteme“ anderer Länder gewissermaßen automatisch zu mehr Rationierung und Versorgungsunterschieden führen als das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland (*vergleiche Finkenstädt/Neuhaus 2013*). Diese Argumentation weist gleich zwei grobe Schwächen auf (*vergleiche Jacobs/Schulze 2013*). Zum einen konnte keineswegs schlüssig gezeigt werden, dass es in allen anderen Ländern tatsächlich größere Zugangsprobleme zu notwendigen Versorgungsleistungen bzw. ein substantziell kleineres Leistungsspektrum im jeweiligen „Einheitssystem“ im Vergleich zur GKV gibt (wobei weitere Beurteilungskriterien von Gesundheitssystemen wie etwa Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz ohnehin nicht betrachtet wurden). Und zum anderen wäre – selbst wenn es in Deutschland tatsächlich mehr Leistungen und weniger Zugangsprobleme gäbe als anderswo – damit noch lange nicht der Nachweis erbracht, dass dies mehr oder weniger unmittelbar aus der Dualität auf dem hiesigen Krankenversicherungsmarkt resultiert.

## 2.4 Fazit und Ausblick

Im Prinzip ist die Idee eines internationalen Vergleichs aber nicht dumm. Die Botschaft, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt habe, hat gerade in Wahlkampfzeiten Hochkonjunktur. Damit schmücken sich nicht nur Politiker der amtierenden Regierungsparteien – auch kaum ein Oppositionspolitiker wagt es, das bestehende System zu scharf zu kritisieren, weil das von den zahlreichen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft als Kritik an ihnen verstanden werden und entsprechende Wählerstimmen kosten könnte. Aber auch viele Verbandsfunktionäre stimmen bereitwillig in das Loblied auf das deutsche Gesundheitssystem mit ein – in der Erwartung, dass ihnen selbst ein Anteil an diesem Erfolg zugerechnet wird. Zudem ist das Risiko gering: Wer kennt schon die Gesundheitssysteme anderer Länder im Detail? Und ist Deutschland nicht auch in anderen „Systemfragen“ oft besser aufgestellt als viele andere Länder?

Internationalen Studien zufolge gibt es in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem keinen Grund zu Überheblichkeit, denn von einem leuchtenden Benchmark kann keine Rede sein (*vergleiche etwa OECD 2012*). Das soll hier keineswegs pauschal dem dualen Krankenversicherungssystem zugeschrieben werden, aber dass dessen vermeintliche Vorzüge einer eingehenderen Analyse nicht standhalten, sollte in diesem Beitrag zumindest ein Stück deutlich geworden sein. Von einem Ausbund an Freiheitlichkeit kann ebenso wenig die Rede sein wie von produktivem Wettbewerb im Interesse der Versicherten und Patienten. Nicht einmal im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit des Versicherungshandelns scheint der „Systemwettbewerb“ zu funktionieren, denn wie anders wäre es sonst zu erklären, dass das Geschäft der GKV für insgesamt rund 70 Millionen Versicherten von maximal 150.000 Beschäftigten (einschließlich bei den Kassenärztlichen Ver-

einigungen und Apotheken-Abrechnungsstellen) bestritten wird, während die PKV für rund 9 Millionen Versicherte rund 60.000 Beschäftigte plus anteilig 10.000 und mehr selbständige Versicherungsvermittler benötigt (*siehe Paquet 2013, 8*), also vergleichsweise mehr als dreimal so viel.

Wenn das duale Krankenversicherungssystem aber nicht in erster Linie den Versicherten und Patienten nutzt – zumindest nicht in ihrer Gesamtheit –, wem nutzt es dann bzw. für wen hat es sich „alles in allem bewährt“, um noch einmal an Angela Merckels eingangs zitierte Einschätzung zu erinnern? Es sind im Wesentlichen drei Gruppen, die am Erhalt des bestehenden dualen Krankenversicherungssystems interessiert sind: Neben gutverdienenden und beihilfeberechtigten Privatversicherten (einschließlich vieler Abgeordneter) zählen dazu ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit vielen Privatpatienten und natürlich die private Versicherungswirtschaft, der es wie wohl kaum einer anderen Branche bis heute gelungen ist, die Politik immer wieder zur Absicherung ihres Geschäftsmodells zu bewegen, obwohl unübersehbar ist, dass dieses Geschäftsmodell geradezu verbraucherfeindliche Züge trägt.

Politiker, die sich nicht Partikularinteressen verpflichtet fühlen (einschließlich ihrer eigenen), sondern dem Gemeinwohl, sollten sich deshalb nicht länger mit der rückwärtsgewandten Frage befassen, ob das duale Krankenversicherungssystem nicht auch in Deutschland in ein einheitliches – zugleich solidarisch wie wettbewerblich ausgestaltetes – System transformiert werden sollte; ihr Hauptaugenmerk sollte vielmehr darauf gerichtet sein, welche zentralen Strukturmerkmale dieses einheitliche System aufweisen muss (*vergleiche Graalman 2013*) und wie die Transformation dorthin mit realistischen Schritten erreicht werden kann (*vergleiche Greß/Bieback 2013*).

## 2.5 Literatur

Cassel D (2003), Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: Arnold M/Klauber J/Schellschmidt H (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart/New York: Schattauer, 3–20.

Cassel D (2006), Risikostrukturausgleich und solidarische Wettbewerbsordnung: Zur Irenik von Solidarität und Wettbewerb in der GKV, in: Göpf-fahrt D/Greß S/Jacobs K/Wasem J (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin: Asgard-Verlag, 55–93.

CDU/CSU/FDP (2009), Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 26.09.2009; Zugriff am 10.07.2013 unter: [www.csu.de/politik/beschluesse/koalitionsvertrag-zwischen-csu-csu-und-fdp/](http://www.csu.de/politik/beschluesse/koalitionsvertrag-zwischen-csu-csu-und-fdp/).

Dräther H (2006), Zur Bedeutung der Familienversicherung, in: Jacobs K/Klauber J/Leinert J (Hrsg.), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 49–65.

Finkenstädt V/Niehaus F (2013), Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.

Graalmann J (2013), Mehr Gesundheit für den Euro durch Qualitäts- und Patientenorientierung: Plädoyer für einen integrierten Krankenversicherungsmarkt. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 18 (3), 111–122.

Greß S/Bieback K-J (2013), Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt; Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.awo.org](http://www.awo.org) -> Aktuelles und Presse -> Presse -> 18.07.2013: Pflege-Bürgerversicherung funktioniert.

Grunow M/Nuscheler R (2013), Public and Private Health Insurance in Germany: The Ignored Risk Selection Problem. Health Economics, published online: 21 May 2013, DOI: 10.1002/hec.2942.

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

Jacobs K/Schulze S (2013), Systemvergleich mit der Brechstange. G+G, 16 (4), 16–17.

Keßler T (2009), Radiologie. Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ. WIP-Diskussionspapier 11/09. Köln.

Keßler T (2010), Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor. Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008. WIP-Diskussionspapier 4/10. Köln.

Leinert J (2006), Einkommenselektion und ihre Folgen, in: Jacobs K/Klauber J/Leinert J (Hrsg.), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 31–48.

Meyer U (2001), Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloptionen, in: Scholz R/Meyer U/Beutelmann J (Hrsg.), Zu den Wechseloptionen der PKV. PKV-Dokumentation 25. Köln: PKV-Verband, 58–76.

Niehaus F (2013), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat Versicherter Patienten. Die Entwicklung von 2006 bis 2011. WIP-Diskussionspapier 1/13. Köln.

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

Paquet R (2013), Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Arbeitspapier 284 der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.

Pfister F (2010), Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Frankfurt/Main: Verlag Peter Lang.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2012), Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing; Zugriff am 10.07.2013 unter: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896>.

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung e. V.) (2011), Gut ist nur der Name: Die Bürgerversicherung. Anspruch und Wirklichkeit einer politischen Idee. Köln.

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004), Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05, Bundestags-Drucksache 15/4300 vom 18.11.2004.

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2009), Die Zukunft nicht aufs Spiel setzen. Jahresgutachten 2009/10, Bundestags-Drucksache 17/44 vom 18.11.2009.

Schulte R (2005), Die PKV vor der neuen Gesundheitsreform. Vortrag anlässlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung am 3.6.2004 in Berlin, in: Verband der privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung im Jahre 2004, Rechenschaftsbericht. Köln: PKV-Verband, 165–174.

Sehnen S (2006), Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zur Leistungs- und Ausgabensteuerung, in: Jacobs K/Klauber J/Leinert J (Hrsg.), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 77–101.



## 3 Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System

Dietmar Haun

### 3.1 Einleitung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über den Gesundheitsfonds erscheint aktuell recht stabil. Gleichwohl bestehen unter Gesundheitsökonomern und Gesundheitspolitikern erhebliche Zweifel an der Zukunftsfähigkeit des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland.

Aus Sicht der politischen Oppositionsparteien sowie – außerparlamentarisch – des DGB kann eine nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung der steigenden Gesundheitsausgaben nur sichergestellt werden, wenn die Systemtrennung aufgegeben und das Krankenversicherungssystem in eine einheitliche Bürgerversicherung überführt wird. Der durch die Alterung der Gesellschaft und den medizinisch-technischen Fortschritt erwartete Anstieg der Gesundheitsausgaben solle von allen gesellschaftlichen Gruppen solidarisch getragen werden. Auch in der CDU/CSU mehren sich die Stimmen für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, hat die Debatte um

den Fortbestand der bisherigen Trennlinie zwischen GKV und PKV am deutlichsten forciert: Laut Spahn ist die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung „nicht mehr zeitgemäß“ (*siehe Stuttgarter Nachrichten vom 16.03.2012*).

Ausgangspunkt der konservativen Kritik sind allerdings nicht die Probleme einer nachhaltigen Finanzierung der GKV, sondern die in den vergangenen Jahren zu beobachtenden massiven Prämiensteigerungen in der PKV. Nachdem der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren die Rückkehrmöglichkeiten von der PKV in die GKV vor allem für ältere Versicherte eingeschränkt und eine generelle Versicherungspflicht etabliert hat, gerät das Geschäftsmodell der PKV zunehmend unter Druck. Seitdem wächst auch in der PKV die Anzahl säumiger Kunden. Nach Angaben des PKV-Verbandes waren bis Ende September 2009 144.000 Versicherte mit ihren Prämienzahlungen im Rückstand. Die Außenstände für die PKV summierten sich bis dahin bereits auf einen Betrag von 554 Mio. Euro (*siehe Deutscher Bundestag, 2012, 2*).

Ungeachtet dieser Probleme im System der privaten Krankenversicherung ist keineswegs absehbar, dass sich am Fortbestand des dualen Systems mittelfristig etwas ändert. Die Regierungskoalition hält – wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Legislaturperiode formuliert – an der PKV als ein „konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen“ fest und vertritt immer häufiger die Position, dass der Gesetzgeber die PKV bei der Lösung ihrer „sozialen“ Probleme mit verschiedenen Maßnahmen zu unterstützen habe. Mit den Worten von Jens Spahn sind in der PKV „eben nicht nur die Leistungsfähigen ... [versichert]. ... Insofern gilt es, auch in der PKV soziale Fragen zu lösen, wie etwa Überforderung mit dem Beitrag, Kostensteigerung,

decken die Tarife wirklich das ab, was derjenige in der Zukunft brauchen wird?“ (*siehe Spahn 2012, 23*).

Die Vorlage zu dieser Einschätzung lieferten Ergebnisse einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), die nahelegen, dass sich die soziale Selektivität in der Struktur der PKV-Versicherten vermindert habe. So gelangen *Finkenstädt und Kebler (2012)* in ihrer Analyse von Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zu dem Ergebnis, dass „nur 20 % aller PKV-Versicherten im Jahr 2008 Einnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (4.012,50 Euro/Monat) (hatten). Damit könne widerlegt werden, dass in der PKV hauptsächlich Personen mit hohem Einkommen versichert sind“ (*ebenda, 24*). Jens Spahn schlussfolgert aus diesen Ergebnissen: „Der große Teil in der PKV ist jedenfalls nicht gut verdienend“ (*Ärzte Zeitung vom 25.01.2012*).

Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit dieses Bild der nivellierten Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten zutrifft. Denn zum einen stützen sich die Ergebnisse des WIP nicht auf einen systematischen empirischen Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten<sup>1</sup>. Zum anderen widersprechen die Ergebnisse bisherigen Befunden, die ein erhebliches Ausmaß an sozialer Selektivität beim Zugang zur PKV etwa in Bezug auf Einkommen, Gesundheitszustand und Anzahl mitversicherter Familienangehöriger feststellen (*siehe u. a. Jacobs et al. 2006*). Hinzu kommt, dass in der aufgeführten Studie des WIP unklar bleibt, durch welche Mechanismen eine Vermin-

---

<sup>1</sup> Auch ist die EVS als Datenbasis für diese Fragestellung wenig geeignet. So handelt es sich bei der EVS nicht um eine repräsentative Stichprobe. Bezieher sehr hoher Einkommen sind gar nicht in der Stichprobe erfasst, Ausländer und Migranten sind unterrepräsentiert (*siehe Becker/Hauser 2004*).

derung der strukturellen Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten zustande gekommen sein soll.

Was ist dran an der These, dass sich die Erwerbs- und Einkommensstrukturen der GKV- und der PKV-Versicherten angleichen? Jung, gut verdienend, ledig, männlich – waren das die typischen Attribute der PKV von gestern oder bestimmen sie noch heute die Mitgliederstruktur der PKV? In den nachfolgenden Abschnitten wird auf Grundlage repräsentativer Daten des Sozio-oekonomischen Panels der Status quo der Erwerbs- und Einkommensstruktur der Versicherten in PKV und GKV für das Jahr 2010 empirisch analysiert und über einen Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2000 in seiner Entwicklung betrachtet. Nach Prüfung der „Nivellierungsthese“ soll anschließend empirisch auch auf den Aspekt der Niedrigeinkommen und „sozialen“ Problemlagen in der PKV eingegangen werden, mithin auf die Fragen, für welche Personengruppen hohe und steigende PKV-Prämien z. B. aufgrund ihrer prekären Beschäftigungs- und Einkommenslage problematisch sind und wie deren quantitative Dimension einzuschätzen ist.

## 3.2 Datenbasis

Grundlage für die Untersuchung der Versichertenstruktur bilden die Mikrodaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), eine seit dem Jahr 1984 in jährlichem Abstand durchgeführte repräsentative Wie-

derholungsbefragung von Personen in privaten Haushalten in Deutschland.<sup>2</sup>

Für die Analyse der Versichertenstrukturen wurden die Befragungswellen der Jahre 2010 und 2000 in den Daten vergleichbar aufbereitet. Persönlich befragt werden im SOEP in den ausgewählten Panelhaushalten sämtliche Personen im Alter von 17 Jahren und älter. Da die Entscheidung für eine private oder gesetzliche Krankenversicherung außerhalb des Familienkontexts erst mit der Teilnahme am Erwerbsleben und i. d. R. nach der Ausbildung stattfindet, wird hier als Analysepopulation die Wohnbevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter in den Jahren 2000 und 2010 betrachtet.

In *Tabelle 3-1* sind die Ergebnisse des SOEP auf die Frage nach dem individuellen Krankenversicherungsschutz der Befragten im Erwachsenenalter ausgewiesen. Vorab dargestellt ist die den Ergebnissen für die Population zugrunde liegende Stichprobengröße des SOEP, die im Jahr 2000 aus 24.179 Befragten und 2010 aus 18.913 Befragten im Alter von 18 Jahren und älter bestand. Diese und nachfolgende Ergebnisse des SOEP werden personengewichtet und zugleich auf den Querschnitt der Bevölkerung hochgerechnet ausgewiesen<sup>3</sup>.

So waren im Jahr 2010 insgesamt 60,8 Mio. Menschen bzw. 88,2 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter gesetzlich versichert, während rund 8,1 Mio. Menschen bzw. 11,7 Prozent einer privaten Krankenversicherung angehörten. Gegen-

---

<sup>2</sup> Zur Beschreibung der Methode und Datenstruktur des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) siehe *Goebel et al. (2008)*.

<sup>3</sup> Zu den erforderlichen Designgewichten des SOEP sowie zum Hochrechnungsverfahren siehe *Pischner (2007)*.

über dem Jahr 2000 konnte die PKV ihren Versichertenbestand um 762.000 bzw. 10,4 Prozent erwachsene Personen in der Vollversicherung erhöhen und ihren Marktanteil auf 11,7 Prozent an den vollversicherten Erwachsenen ausweiten. Der Zuwachs bei den GKV-Versicherten von 2000 bis 2010 entwickelt sich hingegen unterproportional zum allgemeinen Anstieg der Zahl der Versicherten. Die nachfolgenden Ergebnisse berücksichtigen nur Befragte im Erwachsenenalter mit Zuordnung zur GKV oder PKV.<sup>4</sup>

Art der KV	2000			2010		
	Stichprobe Anzahl	Population in Tsd.	%	Stichprobe Anzahl	Population in Tsd.	%
GKV	21.503	59.576	88,5	16.119	60.821	88,2
PKV	2.510	7.328	10,9	2.778	8.090	11,7
weder noch	140	377	0,6		0	0,0
keine Angabe	26	73	0,1	16	79	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>24.179</b>	<b>67.354</b>	<b>100</b>	<b>18.913</b>	<b>68.990</b>	<b>100</b>

\* Frage im SOEP: „Wie sind Sie krankenversichert? Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung? (mit oder ohne private Zusatzversicherung) oder sind Sie ausschließlich privat versichert?“

Datenquelle: Sozio-ökonomisches Panel SOEPv27, Hrsg. DIW Berlin, eigene Berechnungen WIdO 2013

<sup>4</sup> Der PKV-Verband weist in seinen Zahlenberichten für das Jahr 2010 einen Bestand von 8,9 Mio. und für das Jahr 2000 von 7,5 Mio. Versicherten in der Krankenvollversicherung aus. Die Anzahl der PKV-Versicherten im Alter von 18 Jahren und älter auf Grundlage der Selbsteinstufung des SOEP scheint insbesondere im Jahr 2000 über der Anzahl in den PKV-Daten zu liegen. Auf mögliche Gründe für diese Abweichung hat bereits *Leinert (2006, 38)* hingewiesen: So werden z. B. Versicherte der Postbeamten- und Bundesbahnbeamtenkrankenversicherung vom PKV-Verband nicht zu den Vollversicherten gezählt.

### 3.3 Erwerbs- und Einkommensstruktur der Versicherten in GKV und PKV 2000–2010

Die Erwerbstätigkeit, ob in abhängiger oder selbständiger Beschäftigung, bildet die ökonomische Basis für den Lebensunterhalt wie auch die Finanzierung der Krankenversicherung. In *Tabelle 3–2* sind die Ergebnisse aus dem SOEP zum **Erwerbsstatus der Versicherten** im Erwachsenenalter in GKV und PKV dargestellt.

Erwerbsstatus	2000				2010			
	GKV %	PKV %	Gesamt		GKV %	PKV %	Gesamt	
			in Tsd.	%			in Tsd.	%
Voll erwerbstätig	38,3	57,2	26.957	40,3	35,1	56,3	25.848	37,6
Teilzeit erwerbstätig	9,2	7,3	5.984	9,0	11,1	6,9	7.320	10,6
Unregelm., geringf.	3,5	2,8	2.268	3,4	5,8	4,0	3.872	5,6
Nicht erwerbstätig**	49,1	32,7	31.615	47,3	48,0	32,8	31.771	46,2
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>	<b>100,0</b>
<b>in Tsd. Personen</b>	<b>59.496</b>	<b>7.328</b>	<b>66.824</b>	<b>–</b>	<b>60.721</b>	<b>8.090</b>	<b>68.811</b>	<b>–</b>
<b>in %</b>	<b>89,0</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>	<b>88,2</b>	<b>11,8</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>

\* Population: Personen in Privathaushalten in Deutschland 18 Jahre und älter; Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen sind nicht berücksichtigt  
 \*\* nicht erwerbstätig oder in beruflicher Ausbildung

Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels, SOEPv2 WIdO 2013

Nahezu jeder zweite Versicherte in der GKV ging im Jahr 2000 keiner Erwerbstätigkeit nach, nur 38 Prozent der GKV-Versicherten waren voll erwerbstätig. Demgegenüber waren 57 Prozent der PKV-Versicherten im Jahr 2000 voll erwerbstätig, nur ein Drittel war nicht erwerbstätig. 2010 waren diese Strukturunterschiede kaum weniger ausgeprägt: Fast zwei Drittel der Versicherten in der PKV waren in Voll- oder Teilzeit regelmäßig erwerbstätig, demgegenüber nicht ein-

mal die Hälfte der GKV-Versicherten. Hinzu kommt jedoch parallel zu einer Zunahme des Anteils der Erwerbstätigen im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 2000 ein signifikanter Anstieg der Versicherten in unregelmäßiger oder geringfügiger Beschäftigung. Dieser betrifft nicht nur die GKV-, sondern auch die PKV-Versicherten.

In *Tabelle 3–3* sind die Ergebnisse zur **Stellung im Erwerbssystem** der Versicherten von GKV und PKV in den Jahren 2000 und 2010 gegenübergestellt. Die Variable fasst verschiedene Originaldaten aus dem SOEP zur beruflichen Stellung und zum aktuellen Erwerbsstatus der Befragten zusammen. Die dargestellten Spaltenprozentage geben Aufschluss über die Zusammensetzung der beiden Teilpopulationen der PKV- und GKV-Versicherten in Bezug auf die beruflichen Erwerbsstatusgruppen.

Infolge der gesetzlichen Rahmenbedingungen und des eingeschränkten Wettbewerbs zwischen GKV und PKV konzentrieren sich die der Versicherungspflicht unterliegenden Erwerbsstatusgruppen in der GKV. So sind im aktuellen Beobachtungsjahr 2010 über 40 Prozent der GKV-Versicherten als einfache oder qualifizierte Arbeiter in Handwerk und Industrie bzw. im Rahmen eines einfachen oder mittleren Angestelltenverhältnisses beschäftigt.

In der PKV sind Arbeiter mit einem Anteil von 2,1 Prozent dagegen nur rudimentär und einfache bzw. mittlere Angestellte mit einem Anteil von 6,3 Prozent nur selten versichert. Beamte und Pensionäre bilden infolge des Beihilferechts einen Anteil von zusammen 44 Prozent an den PKV-Versicherten des Jahres 2010. Ihr Anteil in der GKV ist – relativ betrachtet – in beiden Jahren marginal. Fast ein Drittel der PKV-Versicherten sind im Jahr 2010 als Selbständige oder Freiberufler bzw. als hochqualifizierte und leitende Angestellte tätig.

Tabelle 3–3: Stellung im Erwerbssystem von Versicherten in GKV und PKV 2000 und 2010\*

Stellung im Erwerbssystem	2000				2010			
	GKV %	PKV %	Gesamt		GKV %	PKV %	Gesamt	
			in Tsd.	%			in Tsd.	%
Arbeiter	19,5	1,4	11.686	17,5	17,9	2,1	10.961	16,0
einfache, mittlere Angestellte	20,3	5,7	12.471	18,7	22,7	6,3	14.189	20,8
hochqualifizierte und leitende Angestellte	6,7	11,2	4.815	7,2	7,2	13,4	5.430	7,9
Beamte	0,3	26,0	2.060	3,1	0,5	27,2	2.454	3,6
Selbständige, Freie B. (mit Mitarbeitern)	1,5	13,3	1.876	2,8	1,1	9,8	1.422	2,1
Selbständige, Freie B. (ohne Mitarbeiter)	2,2	9,3	2.013	3,0	2,5	8,9	2.232	3,3
Rentner	27,7	6,0	16.911	25,4	27,5	5,7	17.041	24,9
Pensionär (Bezieher v. Beihilfe)	0,8	12,8	1.435	2,2	0,8	16,7	1.809	2,6
Azubis, Studenten	6,2	5,5	4.078	6,1	7,5	4,9	4.886	7,2
Arbeitslos gemeldet	5,4	0,6	3.263	4,9	6,5	0,5	3.927	5,7
(sonst.) Nichterwerbstätige	9,2	8,3	6.095	9,1	6,0	4,6	3.960	5,8
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>	<b>100,0</b>
<b>in Tsd. Personen</b>	<b>59.413</b>	<b>7.289</b>	<b>66.702</b>	<b>–</b>	<b>60.292</b>	<b>8.017</b>	<b>68.309</b>	<b>–</b>
<b>in %</b>	<b>89,1</b>	<b>10,9</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>	<b>88,3</b>	<b>11,7</b>	<b>100,0</b>	<b>–</b>

\* Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter

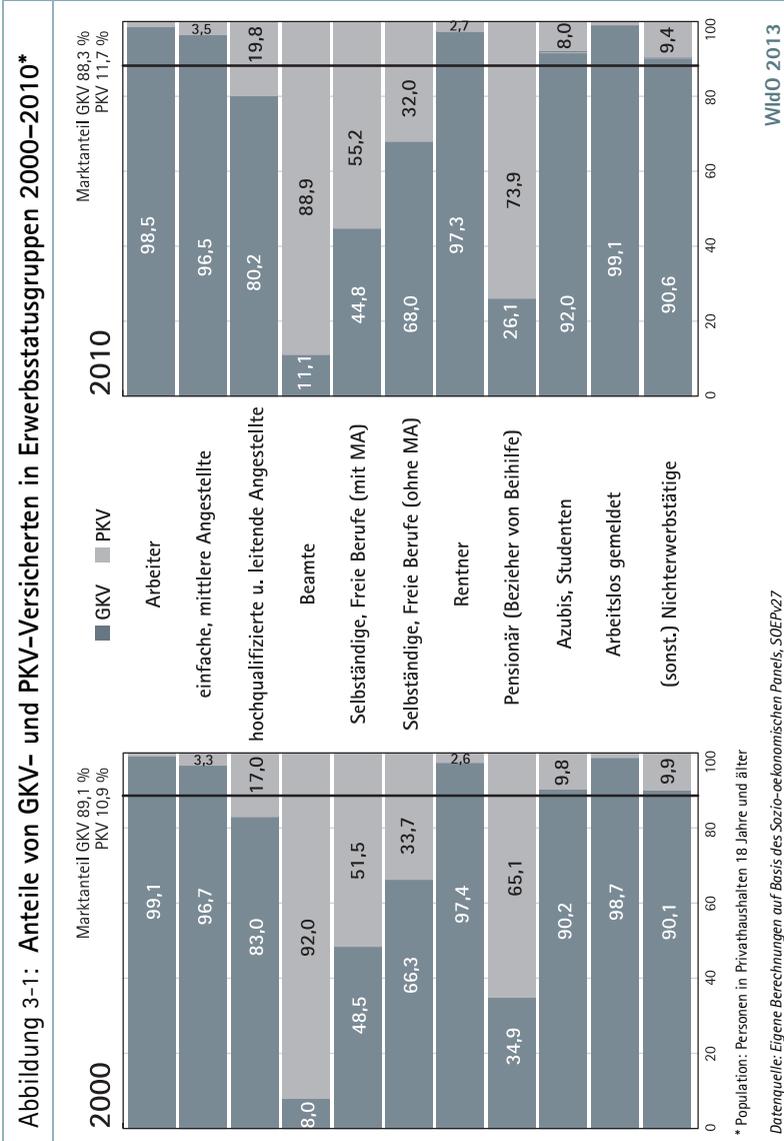
Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPv27

WIdO 2013

Demgegenüber sind Selbständige sowie hochqualifizierte und leitende Angestellte unter den Versicherten der GKV im Jahr 2010 mit einem Anteil von zusammen 10,8 Prozent deutlich seltener vertreten als in der PKV. Neben Arbeitern und Angestellten bilden Rentner mit einem Anteil von rd. 28 Prozent die zweitgrößte Teilgruppe unter den gesetzlich Versicherten. Arbeitslos gemeldete Personen sind fast ausnahmslos gesetzlich versichert. Zusammen mit Auszubildenden und Studenten sowie Nichterwerbstätigen zählt 2010 jeder fünfte GKV-Versicherte zu den sonstigen, nicht im Arbeitsmarkt aktiven Personen. Ihr Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie in der PKV.

Noch deutlicher treten die Strukturunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten in *Abbildung 3-1* hervor. Für jede berufliche Erwerbsstatusgruppe sind die prozentualen Anteile der in der GKV oder PKV versicherten Personen im Jahr 2000 (linke Hälfte) bzw. 2010 (rechte Hälfte) dargestellt.

So waren 2010 rund 99 Prozent der Arbeiter und 97 Prozent der einfachen bzw. mittleren Angestellten wie auch 97 Prozent der Rentner gesetzlich krankenversichert. Im Vergleich zu dem Gesamtmarktanteil der GKV von 88,3 Prozent im Jahr 2010 waren auch Nichterwerbstätige und Arbeitslose sowie Auszubildende und Studenten überproportional in der GKV versichert. Demgegenüber gehörten 89 Prozent der Beamten und 74 Prozent der Pensionäre einer privaten Krankenversicherung an. Über die Hälfte der Selbständigen und Freiberufler mit Mitarbeitern sowie fast ein Drittel der „Solo-Selbständigen“ waren 2010 privat versichert. Auch die hochqualifizierten und leitenden Angestellten waren mit einem Anteil von rund 20 Prozent überproportional privat versichert.



Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse eine hohe Segregation der Versichertenpopulationen von GKV und PKV, was die Beschäftigungslage und die berufliche Position ihrer Versicherten anbetrifft. Eine Nivellierung dieser Segmentierung ist im Zeitvergleich nicht festzustellen. Vielmehr sprechen die zunehmenden Anteile von PKV-Versicherten unter den Selbständigen mit Mitarbeitern sowie unter den hochqualifizierten und leitenden Angestellten für eine Verfestigung der Strukturunterschiede zu Ungunsten der GKV. Der zunehmende Anteil von Pensionären in der PKV weist darauf hin, dass auch die PKV – nicht zuletzt aufgrund der verschärften gesetzlichen Regelungen zu Rückkehroptionen älterer Versicherter in die GKV – zunehmend von Alterungseffekten in ihrem Versichertenbestand betroffen ist.

Ein Gesamtbild ergibt sich allerdings erst, wenn man diese Strukturunterschiede der beruflichen Statuslage von GKV- und PKV-Versicherten im Zusammenhang mit den sich hieraus ergebenden unterschiedlichen Einkommenslagen von GKV- und PKV-Versicherten betrachtet. Bei der Bestimmung der persönlichen Einkommenslage steht nicht die in der GKV maßgebliche Perspektive der beitragspflichtigen Einnahmen im Zentrum des Interesses. Vielmehr wird ein Einkommenskonzept zugrunde gelegt, das die ökonomische Lage der Versicherten umfassend abbildet. Im Fokus stehen die Entwicklung der Leistungsfähigkeit der Versicherten im dualen Krankenversicherungssystem und mögliche Auswirkungen auf Beitragssatz- und Prämienstabilität bzw. die Nachhaltigkeit der Finanzierung in GKV und PKV.

Die Messung der persönlichen Einkommenslage erfolgt auf Grundlage der differenzierten Abfrage im SOEP zu den erzielten Vorjahreseinkommen der Befragten<sup>5</sup>. Hierbei finden die qualitätsgeprüften und mit Hilfe von verschiedenen Imputationstechniken (*siehe Grabka/Frick 2003; Frick et al. 2010*) vervollständigten Einkommensdaten des SOEP Verwendung. Im Unterschied zu der in Befragungen häufig auftretenden Problematik hoher Non-Response-Quoten bei Fragen zum persönlichen Einkommen kann auf Basis des SOEP in beiden Jahren die Einkommenslage von 99 Prozent der GKV- und PKV-Versicherten im Erwachsenenalter ermittelt werden. Neben den persönlichen Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit werden auch persönlich zuordenbare Transferzahlungen wie öffentliche Renten oder Sozialtransfers (z. B. ALG I, Sozialhilfeleistungen) sowie Einkünfte aus privaten oder betrieblichen Renten und Versicherungen zum persönlichen Einkommen gezählt. Hinzu kommen anteilige haushaltsbezogene Einkünfte, die im SOEP über die Befragung des Haushaltsvorstands ermittelt werden. Hierzu zählen

- jährliche Einnahmen aus Miet-, Zins- und Kapitaleinkünften der Haushaltsmitglieder und
- Einkünfte aus öffentlichen sozialen Transfers wie ALG II, Wohngeld oder Kindergeld.

---

<sup>5</sup> Die jährliche persönliche Befragung der Panelteilnehmer erfolgt in den Frühjahrsmonaten, sodass sich eine mögliche Diskrepanz der zum Befragungszeitpunkt erhobenen Statusvariablen gegenüber den zum Vorjahr ermittelten Jahreseinkommen in Grenzen hält.

Die haushaltsbezogenen Einkommen werden anteilig den individuellen Einkommen der einzelnen Haushaltsmitglieder zugeordnet<sup>6</sup>. Die Einkommensdaten beziehen sich auf die Bruttoeinkommen. Nur bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung werden Instandhaltungskosten des Mieteigentums gegengerechnet. In *Tabelle 3-4* sind die Ergebnisse der Einkommensanalyse zu den durchschnittlichen Vorjahreseinkommen der GKV- und PKV-Versicherten für das Jahr 2000 und 2010 insgesamt sowie in Abhängigkeit von der Stellung im Erwerbssystem der Versicherten dargestellt.

Nach den Ergebnissen des SOEP ist für das Jahr 2000 ein jährliches Durchschnittseinkommen der GKV-Versicherten im Alter von 18 Jahren und älter von rund 19.000 Euro festzustellen. Das Jahreseinkommen der PKV-Versicherten im Erwachsenenalter fällt mit durchschnittlich rund 36.000 Euro fast doppelt so hoch aus. Die Ursachen dieser beobachteten Einkommensunterschiede sind vielfältig. Sie können u. a. auf die unterschiedliche Arbeitsmarktpartizipation von GKV- und PKV-Versicherten, den Umfang der Beschäftigung (z. B. Vollzeit, Teilzeit), auf zusätzliche Einkommensquellen wie Einkünfte aus Kapitalanlagen und Immobilienbesitz oder auf Unterschiede in der Berufstätigkeit und den Vergütungen im Erwerbssystem zurückzuführen sein.

---

<sup>6</sup> Einnahmen aus Miet-, Zins- und Kapitaleinkünften wurden regelhaft dem Haushaltsvorstand zugewiesen oder bei Mehrpersonenhaushalten zwischen Haushaltsvorstand und Ehe-/Lebenspartner aufgeteilt. Einnahmen aus Sozialtransfers wurden gleichmäßig auf die Haushaltsmitglieder im Erwachsenenalter verteilt.

**Tabelle 3–4: Jährliches Durchschnittseinkommen nach Stellung im Erwerbssystem von Versicherten in GKV und PKV 2000 und 2010\***

Stellung im Erwerbssystem	Durchschnittseinkommen pro Jahr je Versicherten in Euro			
	2000		2010	
	GKV	PKV	GKV	PKV
Arbeiter	22.598	23.460	23.772	16.444
einfache, mittlere Angestellte	23.633	31.014	26.670	40.333
hochqualifizierte und leitende Angestellte	47.031	67.778	48.809	81.749
Beamte	35.878	39.122	35.812	40.934
Selbständige, Freie Berufe (mit MA)	44.379	52.234	50.389	99.511
Selbständige, Freie Berufe (ohne MA)	24.089	36.205	26.235	47.728
Rentner	13.341	23.871	15.745	28.966
Pensionär (Bezieher von Beihilfe)	19.984	29.479	23.161	34.018
Azubis, Studenten	5.412	3.635	6.013	4.075
Arbeitslos gemeldet	11.298	9.985	11.799	6.689
(sonst.) Nichterwerbstätige	4.968	6.023	7.147	9.173
<b>Durchschnittseinkommen Gesamt in Euro</b>	<b>18.966</b>	<b>36.117</b>	<b>21.410</b>	<b>46.934</b>
<b>Gesamtzahl in Tsd. Personen</b>	<b>59.413</b>	<b>7.289</b>	<b>60.292</b>	<b>8.017</b>
* Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter				
Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPv27				WIdO 2013

Aufschlussreich sind die Einkommensunterschiede zwischen den beruflichen Statusgruppen. Wie in der vorausgehenden Analyse gezeigt wurde, bestand die Versichertenpopulation der PKV im Jahr 2000 zu fast drei Vierteln aus Beamten, Pensionären, Selbständigen und hochqualifizierten und leitenden Angestellten. Es sind die Erwerbsstatusgruppen, die nach den Ergebnissen des SOEP über die höchsten jährlichen Durchschnittseinkommen unter den Versicherten verfügen.

So erzielten z. B. die Beamten in der PKV ein Durchschnittseinkommen von 39.122 Euro pro Jahr. Das Einkommen von Selbständigen mit Mitarbeitern in der PKV erreichte durchschnittlich ein Niveau von rund 52.000 Euro. Das Jahreseinkommen der gesetzlich versicherten Arbeiter betrug demgegenüber im Mittel rund 22.600 Euro, einfache und mittlere Angestellte verdienten rund 23.600 Euro. Der Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten offenbart zudem für nahezu jede Statusgruppe ein höheres durchschnittliches Jahreseinkommen der PKV-Versicherten<sup>7</sup>. Das Durchschnittseinkommen der privat versicherten Rentner und Pensionäre im Jahr 2000 lag z. B. um rund 10.000 Euro über dem der gesetzlich Versicherten.

Wenn wir die zeitliche Entwicklung betrachten, so stieg das durchschnittliche Jahreseinkommen je GKV-Versicherten in dem hier betrachteten Zehn-Jahres-Zeitraum bis 2010 um rund 13 Prozent auf einen Betrag von 21.410 Euro. Der Anstieg der Einkommen in der PKV war mit rund 30 Prozent demgegenüber mehr als doppelt so hoch. Das Jahreseinkommen je PKV-Versicherten steigt bis 2010 auf rund 47.000 Euro. Der Abstand zum Durchschnittseinkommen der GKV-Versicherten vergrößerte sich in zehn Jahren von 90 auf 120 Prozent.

Mit Ausnahme der Pensionäre weisen die Einkommen der in der PKV überproportional vertretenen Erwerbsstatusgruppen die höchsten durchschnittlichen Einkommenszuwächse in dieser Zeitperiode auf. Das Durchschnittseinkommen der privat versicherten Selbständigen

---

<sup>7</sup> Das geringere Durchschnittseinkommen der PKV-Versicherten unter den Studenten und Auszubildenden ist darin begründet, dass private Transferzahlungen im Einkommenskonzept nicht berücksichtigt sind. Bei den privatversicherten Arbeitern und arbeitslos Gemeldeten ist die geringe Fallzahl zu berücksichtigen.

mit Mitarbeitern verdoppelte sich bis 2010 auf fast 100.000 Euro je Versicherten. Das Einkommen der Solo-Selbständigen nahm um 32 Prozent zu. Die Durchschnittseinkommen der hochqualifizierten und leitenden Angestellten stiegen um über 20 Prozent auf ein Jahreseinkommen von rund 82.000 Euro. So weiteten sich die Einkommensdifferenzen zwischen PKV- und GKV-Versicherten in den Erwerbsstatusgruppen bis 2010 weiter aus.

Die Ergebnisse zeigen, dass von einer Annäherung zwischen GKV- und PKV-Versicherten in Bezug auf die individuelle Einkommenslage in dem hier betrachteten Zeitraum keine Rede sein kann. Nicht nur sind in der GKV vorwiegend die Erwerbsstatusgruppen mit geringeren Durchschnittseinkommen vertreten, in der PKV die Statusgruppen mit hohem Einkommen. Auch die Zuwächse der Einkommen in diesen zehn Jahren entfallen überproportional auf die Versicherten in der PKV. Die unterschiedliche Dynamik der Einkommensentwicklung von GKV- und PKV-Versicherten weist eine beachtliche Parallelität auf zu der von verschiedenen Autoren festgestellten Zunahme der Einkommensungleichheit in Deutschland. So stellte z. B. der Sachverständigenrat für Wirtschaft in seinem Jahresgutachten (*siehe SVR-W 2012*) eine rückläufige Lohnquote zugunsten der Kapital- und Vermögenseinkommen in Deutschland, eine zunehmende Ungleichheit bei den Lohneinkommen (Anstieg des Niedriglohnanteils, niedriges Lohnwachstum) und eine wachsende Ungleichheit der Einkommensverteilung fest (*siehe SVR-W 2012, Ziffern 547 ff.*). Nach den Befunden von Geißler (2010, 14 f.) ist in Deutschland eine zunehmende Polarisierung der Einkommens- und Vermögensverteilung zu beobachten: Das Nettovermögen konzentriert sich zunehmend auf das reichste Zehntel der Bevölkerung. Die Ergebnisse des SOEP belegen, dass das Auseinanderdriften der Einkommen zu Lasten der GKV-Versicherten erfolgt.

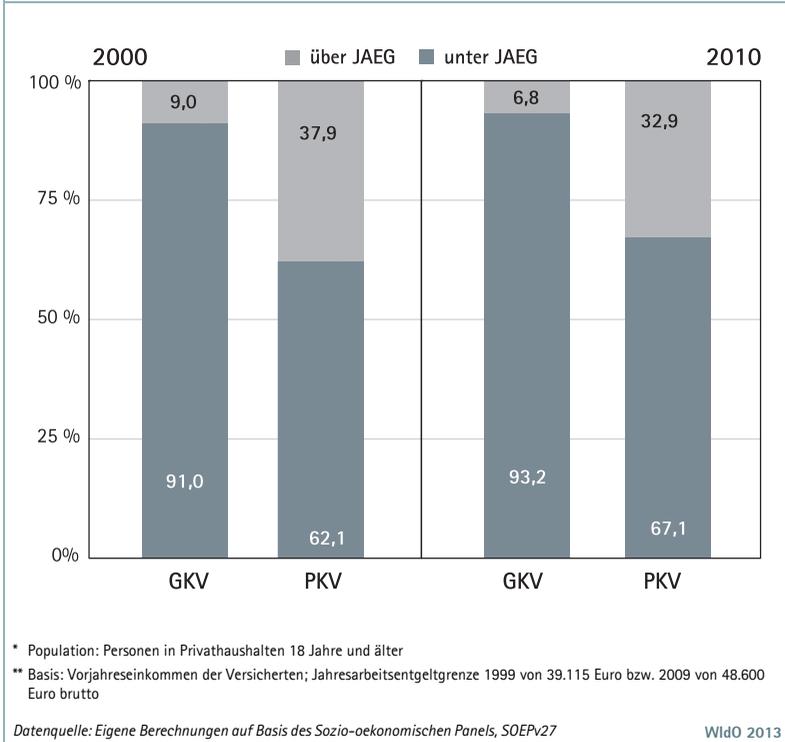
Wie viele Personen in der GKV und der PKV erzielen ein **Jahreseinkommen**, das **über der Jahresarbeitsentgeltgrenze** von 2000 und 2010 liegt? Die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) markiert den Betrag, ab der für Arbeitnehmer keine Versicherungspflicht in der GKV mehr besteht.<sup>8</sup> In der bereits einleitend erwähnten Studie des WIP wurde auf Basis der EVS-Daten 2008 für die PKV-Versicherten im Erwachsenenalter ein Anteil von 22,3 Prozent mit Einkommen oberhalb der JAEG berechnet (*siehe Finkenstädt/Keßler 2012, 23*). Auf Grundlage der Gesamtjahreseinkommen nach vorausgehender Definition führt die Analyse des SOEP zu den in *Abbildung 3-2* dargestellten Ergebnissen.

So verfügten im Jahr 2000 exakt 9,0 Prozent der Versicherten in der GKV über ein Vorjahreseinkommen, das über der JAEG von 39.115 Euro lag. Der Anteil der Versicherten in der PKV mit einem Jahresdurchschnittseinkommen über der JAEG war mit rund 38 Prozent viermal höher als in der GKV. Bis 2010 sank der Anteil der Versicherten mit Vorjahreseinkommen über der JAEG sowohl in der GKV als auch in der PKV. Nur mehr 6,8 Prozent der gesetzlich Versicherten verfügten 2010 über ein Jahreseinkommen, das über der JAEG von 48.600 Euro liegt. Demgegenüber überstieg das Jahreseinkommen von etwa einem Drittel der PKV-Versicherten die JAEG. Dies ist ein fast fünfmal so hoher Anteil wie unter den Versicherten der GKV.

---

<sup>8</sup> Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die hier zugrunde liegende Einkommensdefinition nur partiell mit der für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgeblichen Definition der beitragspflichtigen Einkommen übereinstimmt.

Abbildung 3-2: Anteil der Versicherten in GKV und PKV mit jährlichem Durchschnittseinkommen unter bzw. über der Jahresarbeitsentgeltgrenze\* 2000 und 2010\*\*



Verantwortlich für die aktuell in beiden Systemen zu beobachtenden geringeren Versichertenanteile mit Jahreseinkommen über der JAEG sind einerseits eine zunehmende Zahl von Rentnern und Pensionären, deren Einkommen meist unter dem Niveau ihrer aktiven Erwerbstätigkeitsphase liegen. Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass die auf Grundlage von Befragungsdaten ermittelten Einkommen der Versicherten vor allem in Bezug auf die Höhe der Vermögens- und Un-

ternehmenseinkommen systematisch unterschätzt sind<sup>9</sup>. Wie die Analyse zeigt, nimmt der Abstand zwischen GKV- und PKV-Versicherten bis 2010 jedoch weiter zu. Ein wesentlicher Grund hierfür ist der fortbestehende Wechsel von gut verdienenden Selbständigen und freiwillig Versicherten von der GKV zur PKV. Nach Angaben des PKV-Verbands (*siehe PKV 2012, 90 f.*) beträgt der jährliche Saldo zwischen Zu- und Abgängen von der GKV zur PKV in dem hier berücksichtigten Zeitraum von 2000 bis 2010 rund 1,6 Millionen Versicherte zugunsten der PKV.

### 3.4 Niedrigeinkommen in der PKV

Nach den Ergebnissen des SOEP ist im Zeitraum von 2000 bis 2010 ein zunehmendes Auseinanderdriften der ökonomischen Lage von GKV- und PKV-Versicherten festzustellen. Doch auch innerhalb der Gruppe der PKV-Versicherten ist eine zunehmende Disparität der Einkommenslage zu beobachten. Für einen Teil der PKV-Versicherten stellt die Zahlung der in den vergangenen Jahren stark ansteigenden privaten Krankenversicherungsprämien ein erhebliches Problem dar. Wie ist deren quantitative Dimension einzuschätzen? Welche Personengruppen sind betroffen?

---

<sup>9</sup> Nach einer Studie von *Schwahn/Schwarz (2012)* werden die Unternehmens- und Vermögenseinkommen in Haushaltsbefragungen (wie SOEP, EU-SILC, EVS) im Vergleich zu den über die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung ermittelten Einkommensdaten nur zu einem geringen Anteil erfasst. Dies betrifft vor allem Einkommen von Selbständigen, Freiberuflern und – infolge des höheren Sparanteils – Bezieher von hohem Einkommen, somit die Erwerbsstatusgruppen, die überproportional privat versichert sind.

Bei der Identifikation der PKV-Versicherten in potenziell prekärer ökonomischer Lage wird hier ein weitgehend induktiver datengeleiteter Ansatz gewählt. In einem ersten Schritt soll in einer Verteilungsanalyse die Gruppe der PKV-Versicherten mit geringen Einkommen spezifiziert werden. In einem zweiten Schritt ist zu berücksichtigen, dass viele der Versicherten mit geringen Einkommen über einen besser verdienenden Ehe-, Lebenspartner oder Angehörigen abgesichert sein können. Durch den im SOEP möglichen Bezug auf die Haushaltsebene des Befragten können die Personen mit niedrigem Einkommen bestimmt werden, die über keine Unterstützung im Familienkontext verfügen. Schließlich werden Versicherte, deren niedriges Einkommen auf eine vorübergehende Phase einer Ausbildung, eines Studiums oder eines Praktikums zurückgeht, nicht als PKV-Versicherte in prekärer ökonomischer Lage betrachtet.

In *Tabelle 3–5* sind die Ergebnisse einer Verteilungsanalyse der **Vorjahreseinkommen der PKV-Versicherten im Jahre 2010** dargestellt. Grundlage sind wiederum die individuellen Bruttogesamteinkommen der Versicherten nach vorausgehender Definition. Die Jahreseinkommen sind nach Quintilen ausgewiesen und umfassen jeweils rund 1,6 Millionen PKV-Versicherte. Im unteren Einkommensquintil sind die PKV-Versicherten zusammengefasst, die über ein Jahreseinkommen bis maximal 15.550 Euro verfügen. Das Durchschnittseinkommen in dieser Versichertengruppe betrug 6.099 Euro im Jahr. Der Abstand zu den PKV-Versicherten mit höheren Einkommen ist erheblich. Das Durchschnittseinkommen der Versicherten in Quintil 2 war viermal so hoch, das Einkommen im oberen Quintil sogar rund neunzehnmal höher.

**Tabelle 3–5: Einkommens-Quintile der PKV-Versicherten 2010\***

Vorjahres-einkommen	Spannweite	Durchschn. Einkommen	Durchschn. PKV-Prämie	Durchschn. Eigenanteil	PKV-Kosten/Einkommen	Mitvers. je Vers.-nehmer
		in Euro pro Jahr			in %	Anzahl
Quintil 1	unter 15.550	6.099	2.780	829	59,2	0,08
Quintil 2	15.551–31.155	24.889	3.475	854	17,4	0,18
Quintil 3	31.556–43.320	36.864	3.297	862	11,3	0,23
Quintil 4	43.321–62.853	52.374	4.211	1.017	10,0	0,36
Quintil 5	über 62.853	114.257	5.962	952	6,1	0,56

\* Population: PKV-Versicherte in Privathaushalten 18 Jahre und älter

Datenquelle: Sozio-oekonomisches Panel SOEPv27, Welle 2010, eigene Berechnungen WIdO 2013

In den Spalten 4 bis 7 von *Tabelle 3–5* sind die durchschnittlichen Prämienzahlungen der PKV-Versicherten im Jahr 2010 ausgewiesen, die durchschnittliche Höhe der jährlichen Selbstbeteiligung in der PKV sowie der maximale Anteil der Krankenversicherungskosten (Prämie und Eigenanteil) am Einkommen nebst Angaben zu den ggf. in der angegebenen Prämie mitversicherten Familienangehörigen<sup>10</sup>.

Die Belastung durch die PKV-Prämie betrug für PKV-Versicherte im unteren Einkommensquintil durchschnittlich 2.780 Euro. Der Eigenanteil schlug ggf. mit einer Summe bis zu 829 Euro zu Buche. Im günstigsten Fall, bei dem höchsten Einkommen von 15.550 Euro, mussten PKV-Versicherte im unteren Quintil über 23 Prozent ihres

<sup>10</sup> Die Abfrage im SOEP zur Höhe der PKV-Prämie richtet sich an sogenannte Versicherungsnehmer und beinhaltet Angaben zur Anzahl in der angegebenen Prämie mitversicherter Personen sowie Fragen zu Umfang und Art der Selbstbeteiligung.

Jahreseinkommens für den Krankenversicherungsschutz aufwenden. Für das Durchschnittseinkommen eines PKV-Versicherten im unteren Einkommensquintil konnte der Prämienanteil jedoch zusammen mit der Selbstbeteiligung bereits 59,2 Prozent des Jahreseinkommens ausmachen. Nach diesen Ergebnissen ist es plausibel, die PKV-Versicherten in prekärer ökonomischer Lage unter den Versicherten des unteren Einkommensquintils zu verorten. Die Eingrenzung der PKV-Versicherten in potenziell prekärer ökonomischer Lage erfolgt somit nach folgender Regel:

- PKV-Versicherte im unteren Einkommensquintil im Jahr 2010,
- ohne Absicherung durch höhere Einkommen anderer Haushaltsmitglieder<sup>11</sup>,
- ohne PKV-Versicherte in Studium, Ausbildung, Praktikum.

Nach dieser Definition befanden sich 371.550 PKV-Versicherte im Jahr 2010 in einer potenziell prekären ökonomischen Lage. Insgesamt zählten 4,6 Prozent der PKV-Versicherten im Alter von 18 Jahren und älter bzw. 23 Prozent der PKV-Versicherten im unteren Einkommensquintil zu dieser einkommensschwachen Gruppe von PKV-Versicherten. Die weiteren Analyseergebnisse beschreiben die Lebenslage und Belastungssituation für diese Gruppe der PKV-Versicherten.

---

<sup>11</sup> PKV-Versicherte des unteren Einkommensquintils, die in einem Zwei-Personen-Haushalt leben und deren Haushaltseinkommen insgesamt laut SOEP 25.000 Euro übersteigt, werden nicht zu den Versicherten in prekärer Einkommenslage gezählt. In Drei-Personen-Haushalten ist die Grenze bei einem Haushaltseinkommen von 30.000 Euro, in Vier-Personen-Haushalten bei 35.000 Euro Jahreseinkommen festgelegt. Die Zuordnung berücksichtigt nur die Haushaltsmitglieder im Erwachsenenalter.

Bei einem durchschnittlichen Jahreseinkommen in dieser Gruppe von 8.612 Euro summieren sich die Ausgaben für die durchschnittliche PKV-Prämie und ggf. erforderliche Selbstbeteiligung auf einen Anteil von 45 Prozent am Jahreseinkommen. Dabei kann die Belastung für einen jungen voll erwerbstätigen Single, dessen Jahreseinkommen mit rund 15.000 Euro am oberen Rand dieser Versichertengruppe liegt, noch leistbar sein, denn für junge PKV-Versicherte sind die PKV-Prämien häufig noch günstig. Jedoch stellen die zukünftigen Prämiensteigerungen in der PKV eine große Herausforderung für sie dar, falls es ihnen nicht gelingt, ein deutlich höheres Einkommen zu erzielen. Doch für drei Viertel dieser Versicherten, deren Jahreseinkommen unter 12.000 Euro liegt, beansprucht die durchschnittliche PKV-Prämie und Selbstbeteiligung bereits über rund ein Drittel des ohnehin geringen Einkommens. Die Hälfte der PKV-Versicherten in potenziell prekärer ökonomischer Lage muss mit einem Jahreseinkommen bis zu 8.014 Euro zurechtkommen, einem Betrag, der 2010 fast exakt der Grenze des steuerlichen Existenzminimums entspricht. Die Begleichung der durchschnittlichen PKV-Prämie und der Selbstbeteiligung (Gesamtsumme von 3.848 Euro im Jahr) stellt für diese Versicherten bei einem Anteil von über 48 Prozent am Gesamteinkommen eine kaum lösbare Aufgabe dar. Die hohe Anzahl der vom PKV-Verband genannten Zahl säumiger Kunden wundert daher nicht. Auch ein Wechsel in den PKV-Basistarif auf Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen würde diesen Versicherten nicht weiterhelfen, da die Prämien auf dem Niveau der Höchstbeiträge der GKV meistens zu noch höheren Ausgaben führen würden.

Um welche Personen handelt es sich bei den PKV-Versicherten in potenziell prekärer Einkommenslage? Über die Hälfte der Versicherten sind noch recht jung. 37 Prozent sind zwischen 18 und 29 Jahre alt, weitere 15 Prozent im Alter zwischen 30 und 39 Jahren. Fast ein Drit-

tel der Versicherten sind über 60 Jahre alt. Die mittleren Altersgruppen sind seltener vertreten. Frauen sind mit einem Anteil von 58 Prozent häufiger betroffen als Männer. Jeder Fünfte dieser PKV-Versicherten ist unregelmäßig oder geringfügig erwerbstätig. Bei den jüngeren Versicherten in der Altersgruppe zwischen 18 und 39 Jahren waren fast zwei Drittel in ihrem bisherigen Arbeitsleben schon mehr als zwölf Monate arbeitslos gemeldet.

Der Anteil der Beihilfeversicherten an den PKV-Versicherten in potenziell prekärer Einkommenslage beträgt 29 Prozent. Davon sind über 88 Prozent Frauen. Die Altersstruktur unter den beihilfeberechtigten Versicherten ist fast zweigeteilt und besteht jeweils fast zur Hälfte aus Älteren (im Alter von über 60 Jahren) oder aus Jüngeren (im Alter zwischen 18 und 29 Jahren). Vor allem bei den älteren Beihilfeversicherten ist ein Zusammenhang der prekären Finanzlage mit dem Familienstand naheliegend, denn 61 Prozent sind entweder verwitwet oder geschieden. Bei den nicht-beihilfeberechtigten PKV-Versicherten, die mit einem Anteil von 71 Prozent die Mehrheit der PKV-Versicherten in potenziell prekärer ökonomischer Lage bilden, ist dagegen ein Zusammenhang mit Problemen auf dem Arbeitsmarkt anzunehmen. Der Anteil der 18 bis 29-Jährigen ist hier mit 47 Prozent besonders hoch. Ein Drittel der nicht-beihilfeberechtigten PKV-Versicherten erzielt als Solo-Selbständige oder als kleine Unternehmer nur ein sehr geringes Jahreseinkommen. Mehr als ein Drittel sind als Arbeiter oder Angestellte mit überwiegend einfachem, angelerntem Tätigkeitsspektrum in einem für PKV-Versicherte wenig typischen Beruf beschäftigt. Jeder Fünfte befindet sich in einem unregelmäßigen oder geringfügigen Beschäftigungsverhältnis, 9 Prozent sind arbeitslos gemeldet.

Diese Ergebnisse belegen, dass soziale Problemlagen unter den Versicherten der PKV bis zum Jahre 2010 ein quantitativ bedeutsames und signifikantes Ausmaß erreicht haben. Fast 5 Prozent aller PKV-Versicherten erzielen durchschnittlich ein Jahreseinkommen, das die gesetzlich definierte Grenze des Existenzminimums kaum übersteigt. Für die meisten Versicherten in dieser ökonomischen Lage sind hohe PKV-Prämien bzw. hohe Prämiensteigerungen kaum zu finanzieren. Die hohen Anteile von jungen PKV-Versicherten in prekärer Beschäftigungslage oder als Selbständige mit geringen Erträgen sind wahrscheinlich das Ergebnis einer wenig verantwortungsvollen Akquisepolitik einiger privater Versicherungsunternehmen in den vergangenen Jahren. Andererseits hat auch der Gesetzgeber bislang nur unzureichend auf Veränderungen im Erwerbssystem reagiert, etwa auf die Zunahme der Selbständigen mit geringen oder nur unregelmäßigen Einkünften. Die Ergebnisse weisen noch auf andere, teilweise auch kumulative Problemlagen hin. Unter den PKV-Versicherten mit Beihilfeanspruch stellt besonders für Frauen die Scheidung oder der Tod des Ehepartners ein hohes Risiko dar, in eine finanzielle Notlage zu geraten.

### 3.5 Zusammenfassung und Diskussion

In der Debatte um den Fortbestand des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland ist es wichtig, die empirische Entwicklung der Versichertenstrukturen im Blick zu behalten. In Stellungnahmen von Politikern und Interessenverbänden wurde vielfach der Eindruck erweckt, dass sich die Versichertenstrukturen in GKV und PKV angleichen würden. Ausgehend von dieser These wurden in diesem Beitrag die Erwerbs- und Einkommensstrukturen der Versicherten in PKV und GKV und deren Entwicklung im Zeitraum von 2000 bis 2010 verglichen.

In sämtlichen in dieser Analyse betrachteten Dimensionen kann von einer Nivellierung der Strukturunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten keine Rede sein. Die Segregation bezüglich des Erwerbsstatus und der beruflichen Stellung der Versicherten in GKV und PKV besteht fort. Beamte, Pensionäre, Selbständige sowie hochqualifizierte und leitende Angestellte sind überproportional häufig privat versichert. Im Jahr 2010 bildeten sie drei Viertel des Versichertenbestandes der PKV. Demgegenüber ist in der GKV fast die Hälfte der Versicherten aktuell nicht erwerbstätig oder in Ausbildung.

Die Unterschiede in der Einkommenslage von GKV- und PKV-Versicherten sind erheblich. Das Durchschnittseinkommen der PKV-Versicherten ist 2010 mehr als doppelt so hoch wie das der GKV-Versicherten. Die unter den Versicherten der PKV überproportional vertretenen Erwerbsstatusgruppen verfügen auch über die höchsten Durchschnittseinkommen. Vor allem auch die Unterschiede bei den Einkommenszuwächsen von GKV- und PKV-Versicherten in den vergangenen Jahren sind hervorzuheben. Nach den Ergebnissen des SOEP ist ein Auseinanderdriften der Einkommenslage zu konstatieren – zu Lasten der gesetzlich Versicherten. Aussagen von Politikern, wonach ein Großteil der PKV-Versicherten nicht gut verdienend sei, sind nach diesen Ergebnissen nicht nachzuvollziehen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass das obere Einkommensdezil in Deutschland, das auch in den vergangenen Jahren dynamische Zuwächse bei den Erwerbs- und Vermögenseinkommen verzeichnen konnte, überwiegend privat versichert ist. Stattdessen stellt sich die Frage, wie lange sich das System der GKV zu tragbaren Beitragssätzen noch behaupten kann, wenn die leistungsstarken „Schultern“ für die Solidarität mit einer zunehmenden Zahl älterer und nichterwerbstätiger Versicherter vermehrt fehlen. Allein im Zehn-Jahres-Zeitraum von 2000 bis 2010

sind per Saldo 1,6 Mio. gut verdienende freiwillig Versicherte von der GKV zur PKV gewechselt.

Die Analyse zu den Niedrigeinkommen in der PKV für das Jahr 2010 zeigt dennoch, dass auch unter PKV-Versicherten soziale Problemlagen bestehen. Nach den hier angewandten Zuordnungsregeln befanden sich 2010 4,6 Prozent der PKV-Versicherten in einer potenziell prekären Einkommenslage. Nahezu die Hälfte dieser Versicherten verfügte über ein Einkommen, das kaum für die Kosten des Lebensunterhalts ausreicht. Für die etwas besser verdienenden, meist jungen Versicherten stellen die zukünftigen Prämiensteigerungen der PKV ein finanzielles Risiko dar. Hohe und im Alter stark steigende PKV-Prämien sind für die meisten dieser Versicherten kaum zu bewältigen. Allerdings erscheinen diese Probleme nach den Ergebnissen zur Struktur dieser Versicherten teilweise von der PKV auch selbst verursacht, so z. B. durch eine wenig reflektierte Akquise von jungen Selbständigen mit geringer und unregelmäßiger Ertragslage. Andererseits offenbaren sich in diesen Ergebnissen auch Defizite in den bestehenden gesetzlichen Regelungen. So ist im Bereich der selbständigen Beschäftigung eine zunehmende Heterogenität der beruflichen und ökonomischen Statuslage festzustellen, „die eine pauschalierte Behandlung von vornherein verbietet und vor deren Hintergrund allgemeine Aussagen zu den Selbständigen ohne Gehalt sind“ (*siehe Bögenhold/Fachinger 2012, 277*). Zur Vermeidung der sozialen Problemlagen in der PKV wären vom Gesetzgeber strengere Zugangsvoraussetzungen zur PKV etwa in Bezug auf die Stabilität der Einkommen sowohl bei Selbständigen als auch bei abhängig Beschäftigten erforderlich. Die vergleichsweise hohen GKV-Beiträge für Selbständige mit geringer und unsteter Ertragslage bieten einen weiteren korrekativen Ansatzpunkt für den Gesetzgeber.

Insgesamt sprechen diese Ergebnisse nicht für den Erhalt des bestehenden dualen Systems der Krankenversicherung. Eine Fortführung des Systems lässt vielmehr für die Zukunft eine Verstärkung der Probleme sowohl in der GKV als auch in der PKV erwarten. Die Entwicklungen im Beschäftigungssystem (z. B. Zunahme prekärer Beschäftigung und Selbständigkeit) fördern bei unveränderten Rahmenbedingungen eine weitere Segregation der Versichertenstrukturen in GKV und PKV. Eine stetig verminderte Beteiligung der ökonomisch leistungsstarken Bevölkerungsgruppen an der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet die Beitragsstabilität und Finanzierbarkeit der GKV. In der PKV ist demgegenüber mit einem zunehmenden Anteil von Versicherten in ökonomisch prekärer Lage zu rechnen. Die wenig effiziente und teure Versorgung eines wachsenden Anteils älterer Versicherter lässt die Versicherungsprämien in der PKV weiterhin steigen. Es ist damit zu rechnen, dass ein zunehmender Teil der PKV-Versicherten nicht in der Lage ist, für die Prämien aufzukommen. Die Solidarität mit schutzbedürftigen Versicherten in sozialer bzw. finanzieller Notlage ist jedoch keine Aufgabe des Systems der PKV.

### 3.6 Literatur

Becker I/Hauser R (2004), Verteilung der Einkommen 1999–2003. Bericht zur Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Universität Frankfurt a. M., November 2004; Zugriff am 18.07.2013 unter: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a338-Verteilung-der-Einkommen-1999-2003.pdf>.

Bögenhold D/Fachinger U (2012), Selbständigkeit im System der Erwerbstätigkeit. Sozialer Fortschritt (11–12), 277–287.

Deutscher Bundestag (2012), Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Diana Golze und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE: Beitragssteigerungen bei privaten Krankenversicherungen. Bundestags-Drucksache 17/9227 vom 29.03.2012.

Finkenstädt V/Kessler T (2012), Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten. Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

Frick J/Grabka M/Groh-Samberg O (2010), Dealing with incomplete household panel data in inequality research. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Berlin: DIW.

Geißler R (2010), Die Sozialstruktur Deutschlands. Aktuelle Entwicklungen und theoretische Erklärungsmodelle. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Goebel J/Grabka M/Krause P/Kroh M/Pischner R/Sieber I/Spieß M (2008), Mikrodaten, Gewichtung und Datenstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP). Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 77 (3), 77–109.

Grabka M/Frick J (2003), Imputation of Item-Non-Response on Income Questions in the SOEP 1984–2002. DIW Research Note No. 29. Berlin: DIW.

Jacobs K/Klauber J/Leinert J (Hrsg.) (2006), Fairer Wettbewerb oder Risiko-selektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).

Leinert J (2006), Einkommenselektion und ihre Folgen. In: Jacobs K/Klauber J/Leinert J (2006), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 31–48.

Pischner R (2007), Die Querschnittsgewichtung und die Hochrechnungsfaktoren des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) ab Release 2007 (Welle W). Data Documentation 22, Berlin: DIW.

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2012), Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Schwahn F/Schwarz N (2012), Einkommensverteilung als Baustein der Wohlfahrtsmessung. Ein Beitrag der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. In: Wirtschaft und Statistik, Oktober 2012, 829-842.

Spahn J (2012), Das aktuelle Interview. Highlights – Das Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik, Nr. 22 vom 04.10.2012.

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2012), Stabile Architektur für Europa - Handlungsbedarf im Inland. Jahresgutachten 2012/13. Bundestags-Drucksache 17/11440 vom 12.11.2012.



## 4 Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung

Stefan Greß und Stephanie Heinemann

### 4.1 Einleitung

Es ist keine gute Zeit für die private Krankenversicherung. Obwohl die konservativ-liberale Regierung dem Geschäftsmodell der PKV durchaus gewogen war – und etwa die Wechselfrist für Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze wieder von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt hat – hat sich die öffentliche Wahrnehmung der PKV massiv verändert. Selten war die Presse für die PKV so schlecht wie im Jahr 2012. Zum Beginn des Jahres war wegen massiver Prämienanstiege von einer Flucht aus der privaten Krankenversicherung die Rede. Im Juni sprach *Der Spiegel* dann wegen lückenhafter Tarife von einem „Tarifschwindel“ in der PKV (siehe *Der Spiegel* Nr. 24/2012, 58 ff.). Die *Süddeutsche Zeitung* beschwor in einem längeren Artikel sogar den „Untergang“ der PKV herauf und verglich den Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung mit einer Passage auf dem Oberdeck der Titanic (siehe *Süddeutsche Zeitung* vom 28.07.2012).

Derartige Untergangsszenarien mögen übertrieben sein, haben aber einen realen Hintergrund. Die Ausgaben in der PKV steigen regelmäßig stärker an als in der GKV – obwohl die Versichertenklientel im Durchschnitt gesünder ist. Damit steigen auch die Prämien – vor al-

lem für ältere Versicherte, die wiederum keinerlei Rückkehroption in die GKV haben. Viele Tarife in der PKV haben außerdem beträchtliche Leistungslücken – beispielsweise für bestimmte teure Hilfsmittel und psychiatrische Behandlungen (*siehe Drabinski/Gorr 2012*). Mit anderen Worten: Die Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung treten deutlicher zutage als in der Vergangenheit – oder werden zumindest in der Öffentlichkeit deutlicher wahrgenommen. Die Existenz der PKV wird damit nicht nur von den Protagonisten einer Bürgerversicherung bedroht, die ein Versicherungssystem mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen fordern, sondern auch von innen heraus.

In diesem Beitrag werden die Schwachstellen des Geschäftsmodells der PKV, die letztlich den oben beschriebenen Implosionstendenzen zugrunde liegen, genauer herausgearbeitet. Im zweiten Abschnitt gehen wir auf die eher traditionelle Kritik am Geschäftsmodell der PKV ein, das auf der Selektion von Risiken zu Lasten der GKV und massiven finanziellen Anreizen zur bevorzugten Behandlung von Privatversicherten beruht (*siehe dazu auch den Beitrag von Jacobs in diesem Band*). Im dritten Abschnitt diskutieren wir das Konglomerat von Schwächen im Geschäftsmodell der PKV, das zu den massiven Ausgaben- und Prämiensteigerungen der Vergangenheit geführt hat. Dazu zählen Schwächen im Steuerungsinstrumentarium auf der Nachfrage- wie auf der Angebotsseite. Im vierten Abschnitt gehen wir auf aktuelle Entwicklungen ein, die den Prämienruck durch Schwächen auf der Einnahmenseite erhöhen. Wir schließen mit einem Ausblick auf die Zukunft der privaten Krankenversicherung.

## 4.2 Traditionelle Kritik am Geschäftsmodell der PKV

Das duale System des Nebeneinanders von PKV und GKV ist mit Ausnahme der USA im internationalen Vergleich entwickelter Industrieländer einzigartig. Zuletzt haben im Jahr 2006 auch die Niederlande beide Krankenversicherungssysteme integriert (*siehe hierzu den Beitrag von Heinemann und Greß in diesem Band*). Dies geschah aus gutem Grund – schließlich bringt das Nebeneinander von sozialer Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung eine Reihe von gravierenden Problemen mit sich. Diese Probleme resultieren in Deutschland daraus, dass für beide Systeme unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten – insbesondere im Hinblick auf die Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und die Vergütung der Leistungserbringer. Diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen führen zu einem verzerrten Systemwettbewerb und sind eigentliche Grundlage des Geschäftsmodells der PKV.

Die privaten Krankenversicherer kalkulieren im Gegensatz zur GKV Prämien auf der Basis des gesundheitlichen Risikos und unabhängig vom Einkommen. Kinder sowie nicht erwerbstätige Ehegatten müssen separat versichert werden und zahlen ebenfalls Prämien. Attraktiv ist der Wechsel in die PKV daher vor allem für gesunde Singles mit hohem Einkommen. Diese Personengruppe muss in der PKV weder Risikoaufschläge zahlen, noch muss sie Prämien für Familienangehörige finanzieren. Im Umkehrschluss ist für chronisch Kranke und Familien ein Wechsel in die private Krankenversicherung nicht attraktiv. Die vorhandene Empirie zeigt dann auch eindeutig, dass PKV-Versicherte insgesamt auch bei Berücksichtigung von Selbständigen und Beamten ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als GKV-Versicherte und im Durchschnitt deutlich gesünder sind (*sie-*

he Huber/Mielck 2010; Leinert 2006; Mielck/Helmert 2006b). Gleichzeitig wird die Funktionsfähigkeit von Einkommens- und Risikosolidarität in der GKV nachhaltig gestört, wenn Personen mit hohem Einkommen und Gesunde sich diesen Umverteilungsmechanismen entziehen können (siehe Albrecht et al. 2007).

Ein zweiter zentraler Unterschied zwischen PKV und GKV besteht in unterschiedlichen Vergütungsstrukturen. Dies gilt insbesondere – aber nicht nur – für die ambulante ärztliche Versorgung (siehe Walendzik et al. 2009). Ein niedergelassener Arzt bekommt für gesetzlich versicherte Personen einen Mix aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen bis zu einer Mengengrenze in Form des so genannten Regelleistungsvolumens. Der gleiche Arzt erhält für privat versicherte Personen Einzelleistungsvergütungen ohne Mengengrenzen. Ähnliche finanzielle Anreize existieren auch in der stationären Versorgung.

Diese finanziellen Anreize für Leistungsanbieter führen dazu, dass privat versicherte Patientinnen und Patienten bevorzugt behandelt werden. GKV-Versicherte führen im Vergleich zu PKV-Versicherten kürzere Gespräche mit ihrem Arzt, fühlen sich schlechter beraten und weniger an Entscheidungsprozessen beteiligt (siehe Mielck/Helmert 2006a). Besserer Zugang in Form von kürzeren Wartezeiten für privat versicherte Personen sind in der Empirie hinreichend robust dokumentiert (siehe Lungen et al. 2008). Die bevorzugte Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten ist inzwischen auch in der stationären Versorgung belegt (siehe Sauerland et al. 2009; Schwierz et al. 2011). Darüber hinaus erhalten Versicherte der PKV mit höherer Wahrscheinlichkeit neuere, patentgeschützte Arzneimittel als Versicherte der GKV (siehe Ziegenhagen et al. 2004).

Zentrale Kritikpunkte am Geschäftsmodell der PKV in den letzten Jahren waren dann auch die negative Risikoauslese zu Lasten der GKV und die bevorzugte Behandlung von privat versicherten Personen. Letztlich fanden sich jedoch für die Überwindung des verzerrten Systemwettbewerbs in einem Krankenversicherungssystem mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen bisher keine politischen Mehrheiten. Dafür war auch die politisch gut vernetzte Interessenvertretung der privaten Krankenversicherungsindustrie verantwortlich.

Die beschriebenen Phänomene stellen schließlich entscheidende Wettbewerbsvorteile für die privaten Krankenversicherer dar. Die Unterschiede in der Beitrags- bzw. Prämienkalkulation führen einerseits zu einer negativen Risikoauslese zu Lasten der GKV. Andererseits können die privaten Krankenversicherer weiterhin attraktive Prämien kalkulieren, solange die PKV von Umverteilungsfunktionen weitgehend befreit ist. Die bevorzugte Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten ist einerseits gesellschaftlich umstritten. Andererseits stellt sie ein wichtiges Verkaufsargument für die Anbieter privater Krankenversicherungen dar – auch wenn Versicherte dies in Versichertenbefragungen ungern zugeben würden.

### 4.3 Schwächen im Steuerungsinstrumentarium

Das Ausgabenwachstum der privaten Krankenversicherung liegt kontinuierlich deutlich über den vergleichbaren Steigerungsraten der gesetzlichen Krankenversicherung (*siehe Böckmann 2011; Grabka 2006*). Selbstverständlich geben die Versicherungsunternehmen diese Ausgabensteigerungen an ihre Versicherten weiter. Dieser langjährige Trend wurde in der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die LINKE noch einmal bestätigt. Gemäß einer Sta-

tistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gab es danach durchschnittlich über alle Unternehmen die in *Tabelle 4-1* dargestellten Prämiensteigerungen. Die Steigerung der Gesamtausgaben in der gleichen Tabelle beruht nach Darstellung der Bundesregierung auf Branchenangaben (*siehe Deutscher Bundestag 2012*).

Jahr	GKV	PKV	
	Jährliche Steigerung Leistungsausgaben (in %)	Jährliche Steigerung Leistungsausgaben (in %)	Jährliches Wachstum Prämien (in %)
2002	3,3	5,7	6,2
2003	1,9	3,9	7,6
2004	-3,1	4,8	7,5
2005	2,3	4,5	3,9
2006	3,0	3,1	4,9
2007	4,1	6,1	3,7
2008	4,6	6,7	3,9
2009	6,5	4,6	3,4
2010	3,4	3,8	7,3
Durchschnitt 2002–2010	2,9	4,8	5,4

Quelle: BMG 2012; Deutscher Bundestag 2012 WIdO 2013

Mit Ausnahme des Jahres 2009 sind demnach die Ausgabensteigerungen im PKV-Durchschnitt immer höher gewesen als die Steigerung der Leistungsausgaben in der GKV. Im Durchschnitt des betrachteten Zeitraums ist die Ausgabendynamik in der PKV fast zwei Prozentpunkte stärker ausgeprägt als in der GKV. Im langjährigen Trend ergeben sich ähnliche Zahlen. Die Pro-Kopf-Ausgaben für GKV-Versicherte sind im Zeitraum 1992 bis 2007 um 44,8 Prozent gestiegen, während die Pro-Kopf-Ausgaben für PKV-Versicherte im gleichen Zeitraum um 76,1 Prozent gestiegen sind (*siehe Böckmann 2011*).

Diese Unterschiede in der Ausgabendynamik sind in erster Linie auf Schwächen im Steuerungsinstrumentarium der privaten Krankenversicherung sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite zurückzuführen. Aktuell wird die private Krankenversicherung einnahmeseitig außerdem durch die mit der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht zusammenhängenden Regelungen und die Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt belastet. Entlastet werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Verdruss der Arzneimittelhersteller durch die ausgabenseitigen Regelungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes.

### 4.3.1 Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite

Die oben diskutierten Unterschiede im Vergütungssystem führen nicht nur zur Differenzierung der Versorgung in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus. Sie führen auch zu einem starken Ausgabenwachstum in der PKV – eine der zentralen Ursachen für den ungebrochenen Prämienanstieg in der privaten Krankenversicherung (*siehe Grabka 2006*). Die Entwicklung der Leistungsausgaben der PKV differenziert nach Versorgungsbereichen zeigt, dass im Zeitraum von 1997 bis 2007 der Ausgabenstieg für ambulante Leistungen am höchsten (86,7 Prozent) und für stationäre Leistungen (31,6 Prozent) am niedrigsten war (*siehe Böckmann 2011*). Die GOÄ – ökonomisch gesehen eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengengrenzung – schafft erhebliche Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage, ohne dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen diesen Anreizen – entweder einzeln oder branchenweit – etwas entgegensetzen könnten. Vertragsbeziehungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. PKV-Verband und Ärzteschaft sind außerhalb des Basistarifs insbesondere vor dem Hintergrund des ärztlichen Standes-

und Berufsrechts nicht zulässig. Die Diskussion um die Einführung einer Öffnungsklausel im Rahmen der Neufassung der GOÄ zeigt, dass dieses Problem den privaten Krankenversicherungsunternehmen bewusst ist.

Die vergleichsweise moderate Ausgabenentwicklung auf der Ausgabe­seite im stationären Sektor ist darauf zurückzuführen, dass der Gesetzgeber hier den privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. dem PKV-Verband weitreichende Vertrags- und Verhandlungs­kompetenzen zugestanden hat – insbesondere bei den Vergütungs­verhandlungen mit den Krankenhäusern. Lediglich die Wahlleistungen werden privat liquidiert, was jedoch nicht ohne Auswirkungen auf das strategische Verhalten der Anbieter stationärer Leistungen bleibt (*siehe Schwierz et al. 2011*).

#### 4.3.2 Steuerungsinstrumente auf der Nachfrageseite

Wie oben gezeigt, können die privaten Krankenversicherer wenig Einfluss auf die Ausgabenentwicklung durch Steuerung der Angebots­seite nehmen. Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung ist daher stark darauf ausgerichtet, dass die Steuerung – über entsprechende finanzielle Anreize in den Versicherungsverträgen – durch die Versicherten erfolgt. Durch die Anwendung des Kostenerstat­ungsprinzips sollen gleichzeitig die Transparenz für die Versicherten erhöht, Abrechnungsbetrug verhindert, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten reduziert und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die gestärkte Rolle des Patienten verbessert werden. Außerdem sollen Selbstbeteiligungen Anreize zur Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einschränken. Dieses Instrumentarium auf

der Nachfrageseite ist allerdings nur sehr begrenzt dazu in der Lage, die gesundheitliche Versorgung wirkungsvoll zu steuern.

So wären die Erwartungen an die Wirksamkeit des Kostenerstattungsprinzips nur dann erfüllbar, wenn Versicherte bzw. Patienten ein hohes Ausmaß an Altruismus im Sinne von hoch motivierter Verantwortlichkeit gegenüber der Versichertengemeinschaft an den Tag legen würden. Private Krankenversicherungsunternehmen appellieren dann auch an die Versicherten, Leistungen nur zurückhaltend in Anspruch zu nehmen (*siehe PKV o. J.*). Geht man jedoch in Übereinstimmung mit der gesundheitsökonomischen Theorie von einem nutzenmaximierenden Patienten bzw. Versicherten aus, ist die Validität der Argumentationskette „mehr Transparenz – mehr Kostenbewusstsein – weniger Inanspruchnahme“ brüchig. Versicherte könnten sich dazu veranlasst sehen, ihre gezahlten Krankenversicherungsbeiträge und die abgerechneten Leistungen gegenüberzustellen. Bei einem negativen Saldo – mehr gezahlte Prämien als abgerechnete Leistungen – könnten damit sogar Anreize zur Leistungsausweitung entstehen (*siehe Wasem 2000*).

Ein Informationszuwachs für den Patienten hinsichtlich Art, Menge und Kosten der abgerechneten Leistungen ändert außerdem an dem Informationsgefälle und dem strukturellen Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen Arzt und Patient nichts (*siehe Wasem 2000*). Die Patienten sind nicht in der Lage, durch einen Zugewinn an reinen Preisinformationen angebotsinduzierte Nachfrage zu verhindern (*siehe Greß et al. 2011*). Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite sind deutlich erfolgversprechender. So rechnen die privaten Krankenversicherer stationäre Leistungen in der Regel direkt mit den Kliniken ab – dennoch ist das Ausgabenwachstum im stationären Bereich deutlich geringer als bei den ambulanten Leistungen.

Auch die Steuerungswirkung von Selbstbeteiligungen in der privaten Krankenversicherung ist skeptisch einzuschätzen. Erstens sind nach Auskunft der Bundesregierung 50 Prozent aller privat krankenversicherten Personen beihilfeberechtigt. Dieser Personenkreis sei in der Regel ohne Selbstbehalt versichert (*siehe Deutscher Bundestag 2012*). Selbstbeteiligungen führen zweitens zwar grundsätzlich zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von Leistungen – allerdings mit problematischen Nebenwirkungen. Die Versicherten können in der Regel nicht zwischen medizinisch notwendigen und medizinisch entbehrlichen Leistungen unterscheiden, was zu einem „Bumerang-Effekt“ in Form von Folgebehandlungen und Folgekosten führt (*siehe Holst 2008*).

## 4.4 Aktuelle Entwicklungen

Aktuell werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen durch zwei Probleme auf der Einnahmenseite belastet: die zunehmende Zahl von säumigen Versicherten und die aktuelle Entwicklung am Kapitalmarkt. Der Gesetzgeber hat unterdessen versucht, die PKV im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes auf der Ausgabenseite zu entlasten – zum anhaltenden Ärger der pharmazeutischen Industrie.

Als Konsequenz der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes dürfen die privaten Krankenversicherungsunternehmen – ebenso wie die gesetzlichen Krankenkassen – säumigen Zahlern nicht mehr kündigen. Nach Nichtzahlung von zwei Monatsprämien und erfolgloser Mahnung kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ruhen lassen. Während der Zeit des Ruhens haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und

Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses endet erst nach vollständiger Zahlung aller rückständigen Prämien einschließlich eines Säumniszuschlags. Als Konsequenz dieser in beiden Versicherungssystemen weitgehend identischen Regelung ist die Zahl der Nichtversicherten in Deutschland deutlich zurückgegangen, gleichzeitig steigt die Zahl der säumigen Zahler (*siehe Greß et al. 2009*).

Medienberichten zufolge haben in der privaten Krankenversicherung bis Ende 2011 rund 144.000 säumige Versicherte Beitragsrückstände in Höhe von 554 Mio. Euro angesammelt. Der Verband der privaten Krankenversicherung hat als Konsequenz einen „Nichtzahler-Tarif“ gefordert, um für diese Personengruppe einen entsprechenden Tarif mit niedrigeren Prämien bilden zu können. Im April 2013 sind die Koalitionsfraktionen diesem Anliegen gefolgt und haben einen Gesetzentwurf zur Einführung eines so genannten Notlagentarifs in der PKV in den Bundestag eingebracht (*siehe Deutscher Bundestag 2013*). Dieses Gesetz ist zum 1. August 2013 in Kraft getreten.

Die aktuellen Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt stellen ein weiteres einnahmeseitiges Problem für die privaten Krankenversicherungsunternehmen dar. Die Alterungsrückstellungen der Versicherten werden auf dem Kapitalmarkt investiert und die erzielten Erträge werden bei der Kalkulation der Prämien berücksichtigt. Dazu müssen die privaten Krankenversicherer einen gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungszins einkalkulieren, der derzeit bei 3,5 Prozent liegt. Nach einer aktuellen Branchenanalyse sind die Anlageergebnisse der analysierten privaten Krankenversicherungsunternehmen vor dem Hintergrund der Krise an den internationalen Finanzmärkten, dem daraus resultierenden turbulenten Marktumfeld sowie den nach wie vor volatilen Rahmenbedingungen am Kapitalmarkt noch immer auskömmlich. Die

Nettoverzinsung der Jahre 2007 bis 2011 lag danach durchschnittlich zwischen 3,52 Prozent und 5,05 Prozent (*siehe KVpro.de 2012*). Alle analysierten Unternehmen können demnach die kalkulierten Zinserträge erzielen und mit den über dem kalkulierten Rechnungszins liegenden Zinserträgen – der zu 90 Prozent den Versicherten gutgeschrieben werden muss – den Prämiendruck mildern.

Allerdings ist die oben zitierte Analyse nur eine Momentaufnahme. Erstens ist nach Auskunft der Bundesregierung bezogen auf die gesamte Branche die Gesamt-Nettoverzinsung seit dem Jahr 2000 von 7,2 Prozent auf 4,3 Prozent im Jahr 2010 gefallen (*siehe Deutscher Bundestag 2012*). Das bedeutet, dass der Spielraum zur Milderung des Prämiendrucks durch Erzielung von Zinserträgen oberhalb des Rechnungszinses in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen ist – was auch die Bundesregierung konzediert. Zweitens weist die Bundesregierung darauf hin, dass die niedrigsten drei Verzinsungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen im Jahr 2010 zwischen 0,1 Prozent und 2,9 Prozent lagen (*siehe ebenda*). Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass der Zinsrückgang an den Kapitalmärkten – insbesondere bei deutschen Staatsanleihen – die Nettoverzinsung insgesamt senkt. Dies wird zukünftig noch relevanter, wenn renditestarke Anleihen auslaufen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen keine adäquat verzinslichen Alternativen zur Verfügung stehen. In der Konsequenz würde der Prämiendruck weiter steigen.

Vor dem Hintergrund des ansteigenden Prämiendrucks in der privaten Krankenversicherung hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) einen Versuch unternommen, die PKV nachhaltig zu entlasten. Im AMNOG ist geregelt, dass pharmazeutische Unternehmen seit 2011 die gesetzlichen Rabatte für Arzneimittelrabatte

nicht mehr nur an die gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch an die privaten Krankenversicherungsunternehmen entrichten müssen. Das gilt insbesondere für den bis 2013 erhöhten Herstellerrabatt für patentgeschützte Medikamente ohne Festbetrag in Höhe von 16 Prozent. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV ergibt sich durch diese Maßnahme für die privaten Krankenversicherungsunternehmen ein jährlicher Einspareffekt von 161 Mio. €. Die Bundesländer werden nach diesen Berechnungen über Einsparungen bei den Ausgaben für die Beihilfe um weitere 120 Mio. € entlastet. Im Umkehrschluss haben die pharmazeutischen Hersteller als Folge dieser gesetzlichen Neuregelung Umsatzausfälle von 281 Mio. € (*siehe Wild 2011*).

Insofern überrascht es nicht, dass die pharmazeutischen Hersteller die Entlastung für die privaten Krankenversicherer als Systembruch ablehnen. Inzwischen funktioniert zwar der nachträgliche Einzug der Rabatte über den Dienstleister ZESAR weitgehend reibungslos, nach einer kürzlich erfolgten Entscheidung des Bundesfinanzministeriums droht jedoch neues Ungemach. Danach sind die Rabatte der Arzneimittelhersteller umsatzsteuerpflichtig. Das Finanzministerium argumentiert, dass im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung für Beihilfe und PKV das Kostenerstattungsprinzip gelte. Der Patient zahle zunächst den vollen Preis in der Apotheke und schließe damit die Leistungskette. Die Zahlung der Rabatte an ZESAR erfolge außerhalb dieser Leistungskette, sei als Sonderabgabe zu bewerten und könnte daher nicht mindernd auf die Mehrwertsteuer geltend gemacht werden. Setzt sich diese Rechtsauffassung durch, müssten die phar-

mazeutischen Hersteller auf die Rabatte auch noch Umsatzsteuer in Höhe von rund 50 Mio. € zahlen.<sup>1</sup>

Unabhängig von dieser aktuellen Entwicklung halten die Arzneimittelhersteller den Rabatt für die privaten Krankenversicherer für verfassungsrechtlich bedenklich, weil der Gesetzgeber eine Branche nicht zwingen könne, eine andere Branche zu subventionieren.<sup>2</sup> Diese Rechtsauffassung ist zumindest nicht ganz von der Hand zu weisen. Daher ist es fraglich, ob die im AMNOG beschlossene Subventionierung der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die Arzneimittelhersteller dauerhaft Bestand haben wird.

## 4.5 Fazit und Ausblick

Unsere Analyse des Geschäftsmodells der privaten Krankenvollversicherung hat gezeigt, dass sich die privaten Krankenversicherer in einer Zwickmühle befinden. Die traditionelle Geschäftsgrundlage der PKV – Risikoauslese und bevorzugte Behandlung – befindet sich schon seit Jahren im Zentrum gesellschaftlicher Kritik. Bisher hat es die politische Lobby der privaten Krankenversicherungswirtschaft zwar verstanden, politische Forderungen nach einer einheitlichen Wettbewerbsordnung – etwa im Rahmen einer Bürgerversicherung – abzuwehren. Ein Regierungswechsel nach der Bundestagswahl im September 2013 könnte diesen politischen Druck jedoch wieder verstärken – zumal auch in der CDU der Rückhalt für das derzeitige Geschäftsmodell der PKV schwindet.

---

<sup>1</sup> Handelsblatt vom 7. August 2012, 13: „Pharmafirmen müssen Steuern auf Rabatte für die PKV zahlen“.

<sup>2</sup> Handelsblatt vom 8. August 2012, S. 12: „Pharmaverband erwartet Prozesswelle“.

Der galoppierende Ausgaben- und Prämienanstieg in der privaten Krankenversicherung macht darüber hinaus die systematischen Schwächen des Geschäftsmodells der PKV sichtbar. Auf der Nachfrageseite ist eine ausgabensenkende und effizienzsteigernde Steuerung durch Kostenerstattungsprinzip und Selbstbeteiligungen zum Scheitern verurteilt. Auf der Angebotsseite verfügen die privaten Krankenversicherer insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung über keinerlei Steuerungsinstrumente. Forderungen nach Ausstattung der PKV mit solchen Instrumenten sind auch aus Sicht der privaten Krankenversicherer ambivalent zu bewerten. Einerseits könnte die PKV unter Umständen das Ausgabenwachstum bremsen, andererseits würde ein solcher Schritt eine weitere Annäherung an die gesetzlichen Krankenkassen bedeuten und die Attraktivität für potenzielle Neuversicherte verringern.

So kommt derzeit die größte Gefahr für die Existenz der privaten Krankenvollversicherung nicht von außen, sondern von innen. Die privaten Krankenversicherer können für potenzielle Neuversicherte nur deswegen attraktive Einstiegsprämien anbieten, weil sie steigende Leistungsausgaben, eine erhöhte Lebenserwartung und sinkende Zinsen auf dem Kapitalmarkt nicht einkalkulieren. In der Konsequenz werden die dann im privaten Krankenversicherungssystem gefangenen Versicherten mit permanenten Prämienanpassungen nach oben konfrontiert.

Hohe Prämiensteigerungen insbesondere für ältere Versicherte, hohe Verwaltungs- und Abschlusskosten und Lücken im Leistungskatalog stellen inzwischen die Attraktivität des Geschäftsmodells der PKV öffentlichkeitswirksam in Frage. Die von der privaten Krankenversicherungswirtschaft immer wieder als stabilisierendes Element angepriesene Kapitaldeckung kann diese Schwächen nicht kompensieren –

im Gegenteil: Die Turbulenzen der letzten Jahre auf den Kapitalmärkten sorgen vielmehr dafür, dass die privaten Krankenversicherer auch auf der Einnahmeseite weniger Spielräume haben.

Die Kombination von politischem Druck von außen und ökonomischem Druck von innen aufgrund von Schwächen im Geschäftsmodell wird daher über kurz oder lang zu massiven Umwälzungen auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt führen müssen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass schon die nächste Bundesregierung – entscheidende Schritte zu einer einheitlichen Wettbewerbsordnung – vergleichbar mit der Entwicklung in den Niederlanden – gehen wird.

## 4.6 Literatur

Albrecht M/Schiffhorst G/Kitzler C (2007), *Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV*. Baden-Baden: Nomos.

Böckmann R (2011), *Quo vadis, PKV? Eine Branche mit dem Latein am Ende?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012), *Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Deutscher Bundestag (2012), *Beitragssteigerungen bei privaten Krankenversicherungen*. Berlin, Deutscher Bundestag. Bundestags-Drucksache 17/9330 vom 17. April 2012.

Deutscher Bundestag (2013), *Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung*. Bundestags-Drucksache 17/13079 vom 16.04.2013.

Drabinski T/Gorr CD (2012), *GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme*. Kiel: Schriftenreihe des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Band 21.

Grabka MM (2006), Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. DIW-Wochenbericht Nr. 46, 653-659.

Greß S/Heberlein I/Heinemann S/Niebuhr D (2011), Kostenerstattung in der GKV. *pg papers* 1/2011, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Greß S/Walenzik A/Wasem J (2009), Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz. *Sozialer Fortschritt* 58 (7), 147-154.

Holst J (2008), Zuzahlungen als Bumerang. Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen wirken sich langfristig negativ aus. *WZB-Mitteilungen* Nr. 120, Juni 2008, 35-37.

Huber J/Mielck A (2010), Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 53 (9), 925-938.

KVpro.de (2012), PKV-Kennzahlen 2011 – Jäger und Gejagte!; Zugriff am 22.07.2013 unter: [http://www.kvpro.de/uploads/tx\\_kvproformadmin/07.08.12\\_KVpro-PI-PKV-Kennzahlen-2011.pdf](http://www.kvpro.de/uploads/tx_kvproformadmin/07.08.12_KVpro-PI-PKV-Kennzahlen-2011.pdf).

Leinert J (2006), Einkommenselektion und ihre Folgen, in: Jacobs K/Klauber J/Leinert J, Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion – Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), 31-48.

Lüngen M, Stollenwerk B/Messner P/Lauterbach KW/Gerber A (2008), Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health* 7(1): doi: 10.1186/475-9276-7-1.

Mielck A/Helmert U (2006a), Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten, in: Böcken J/Braun B/Amhof R/Schnee M, *Gesundheitsmonitor 2006*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 114-132.

Mielck A/Helmert U (2006b), Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung, in: Böcken J/Braun B/Amhof R/Schnee M. Gütersloh, Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 32–52.

PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) o. J., Aktiv gegen die Kostenspirale; Zugriff am 18.07.2013 unter: [http://pkv.de/publikationen/info\\_broschueren/aktiv\\_gegen\\_die\\_kostenspirale.pdf](http://pkv.de/publikationen/info_broschueren/aktiv_gegen_die_kostenspirale.pdf).

Sauerland D/ Kuchinke BA/Wübker A (2009), Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 14 (2), 86–94.

Schwierz C/Wübker A/Kuchinke BA (2011), Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. European Journal of Health Economics 12 (5), 405–416.

Walendzik A/Greß S/Manouguian M/Wasem J (2009), Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt 58 (4), 63–69.

Wasem J (2000), Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht. Medizinrecht 18 (19), 472–477.

Wild F (2011), Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben. WIP-Diskussionspapier 4/2011. Köln.

Ziegenhagen DJ/Glaeske G/Höer A/Gieseler K (2004), Arzneimittelversorgung von PKV-Versicherten im Vergleich zur GKV. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 9 (2), 108–115.

## 5 Perspektiven der solidarischen Finanzierung

Heinz Rothgang und Ralf Götze

### 5.1 Einleitung

Zu Beginn des Jahres 2013 bezifferten sich die Rücklagen in Gesundheitsfonds und den Krankenkassen auf über 28 Milliarden Euro (*siehe Frankfurter Rundschau vom 7.3.2013*). Schon Anfang 2012 hat Gesundheitsminister Bahr die Kassen aufgefordert, verstärkt Beitragsrückerstattungen zu gewähren (*siehe Süddeutsche Zeitung vom 13.2.2012*). Thematisiert wird vor allem die Frage, wie mit den **Überschüssen** umzugehen ist. Auf den ersten Blick sieht es also fast so aus, als stünde die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf sicheren Füßen und bedürfe keiner weiteren kritischen Diskussion. Dem ist aber nicht so. Die Gerechtigkeitsdefizite bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen bestehen nach wie vor und die derzeitige komfortable Finanzausstattung ist kurzfristiger Natur. Schon mittel- und erst recht langfristig besteht die Gefahr, dass bereits bei der nächsten Eintrübung der Konjunktur die strukturell unzureichende Beitragsbasis der GKV wieder zum Vorschein kommt.

Ausgangspunkt dieses Beitrags ist daher die Analyse der **Defizite** in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Deutschland in Bezug auf eine langfristig stabile solidarische Finanzierung (*siehe Abschnitt 5.2*). Um diese Defizite abzubauen, können **Veränderungen** an mehreren Stellschrauben durchgeführt werden. Dazu zählen insbesondere die Verbreiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises, die Beitragsbemessungsgrenze, die Familienmitversicherung, die Einbe-

ziehung weiterer Einkommensarten und Steuerzuschüsse, die in *Abschnitt 5.3* diskutiert werden. Allerdings sind die Effekte verschiedener Maßnahmen nicht unabhängig voneinander. In *Abschnitt 5.4* wird daher nicht nur bewertet, welche Maßnahmen zielführend sind, sondern auch erörtert, inwieweit eine nachhaltige solidarische Finanzierung mittels einzelner Reformelemente erreicht werden kann und inwiefern eine „Reform aus einem Guss“ unabdingbar ist.

## 5.2 Die Grundprobleme der GKV-Finanzierung

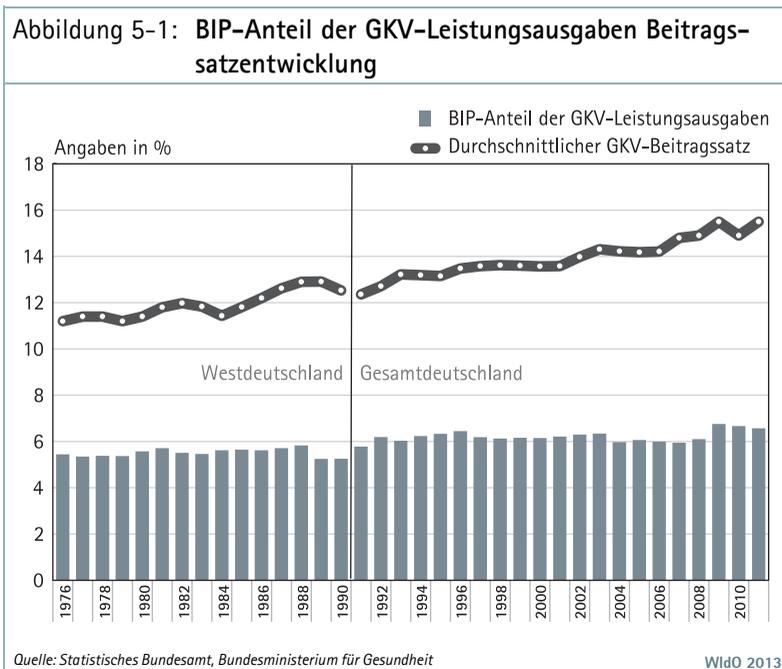
Das gegenwärtige Finanzierungssystem des deutschen Gesundheitswesens hat zwei Kernprobleme, auf die nachfolgend näher eingegangen werden soll: die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Grundlohnsumme langsamer wächst als die GKV-Ausgaben (*siehe Abschnitt 5.2.1*) und die horizontalen und vertikalen Gerechtigkeitsprobleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Privaten Krankenversicherung (PKV) und an der Schnittstelle beider Systeme (*siehe Abschnitt 5.2.2*). Mögliche Reformmaßnahmen sollten daher insbesondere daran gemessen werden, inwieweit sie zum Abbau der strukturellen Einnahmeschwäche und zur Behebung der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeitsdefizite beitragen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Weitere Nebenziele, die im Auge behalten werden sollten, sind die Wettbewerbskompatibilität und die Arbeitsmarkteffekte (*vergleiche Greß/Rothgang 2010*). Hierbei handelt es sich aber insofern um Nebenziele, als nur geprüft wird, ob die Maßnahmen zu einer Verschlechterung in diesen Dimensionen führen (nicht-intendierte Effekte), nicht aber ihre Eignung zu diesbezüglichen Verbesserungen.

## 5.2.1 Strukturelle Einnahmeschwäche

Seit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 ist die deutsche Gesundheitspolitik zwar auf das Prinzip einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ (siehe Alber 1992, 61) eingeschworen, dennoch konnte nicht verhindert werden, dass der durchschnittliche GKV-Beitragsatz kontinuierlich wächst. Zwischen 1976 und 1990 stieg er von 11,2 auf 12,5 Beitragssatzpunkte (siehe Abbildung 5-1). Dies entspricht einem Wachstum von 11,6 Prozent. Der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist dagegen im gleichen Zeitraum weitgehend konstant geblieben. Vor der Wiedervereinigung rutschte dieser Parameter sogar unter das Ausgangsniveau des Jahres 1976.



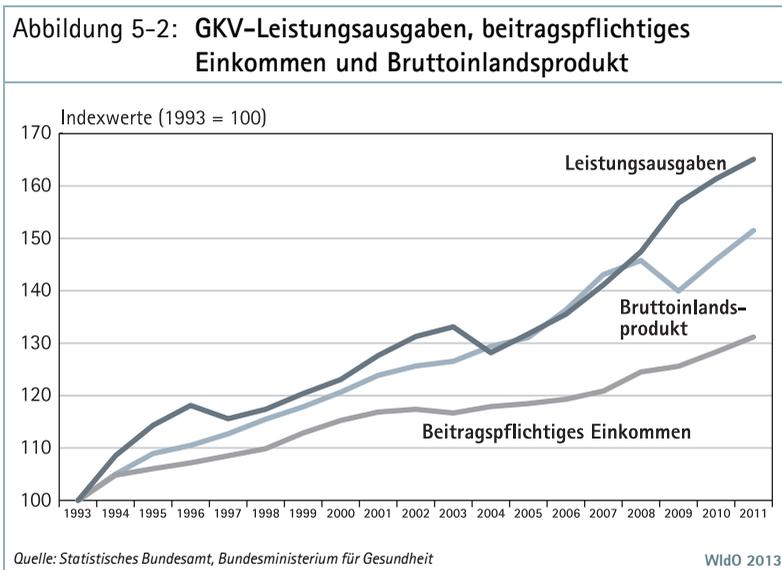
Das gleiche Bild zeigt sich, wenn die Entwicklung für das vereinigte Deutschland von 1991 bis 2011 betrachtet wird. Während der durchschnittliche Beitragssatz insgesamt über 25 Prozent zulegte, fiel das Wachstum der GKV-Leistungsausgaben am BIP nur halb so hoch aus. Dabei ist der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP am Ende sogar durch den Nenner-Effekt der 2009 einsetzenden Finanzkrise stark überzeichnet. Bei einer Berücksichtigung des letzten Vorkrisenjahres 2008 marginalisiert sich das gesamte Wachstum des BIP-Anteils der GKV-Leistungsausgaben seit der Wiedervereinigung auf 5,5 Prozent. Eine „Kostenexplosion“ sieht anders aus.

Dieses Auseinanderlaufen von Beitragssatzentwicklung und dem Anteil an der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft, der auf die GKV entfällt, ist darauf zurückzuführen, dass sich die Grundlohnsumme langsamer entwickelt als das BIP. Das zeigt auch *Abbildung 5-2*, in der dargestellt wird, wie sich die GKV-Leistungsausgaben, die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen (Grundlohnsumme) und das Bruttoinlandsprodukt in Relation zum Basisjahr<sup>2</sup> 1993 entwickelt haben. Demnach ist das BIP von 1993 bis 2011 um 51,5 Prozent gestiegen, die Grundlohnsumme aber nur um 31,2 Prozent. Die Entwicklung der Leistungsausgaben lief bis 2008 weitgehend parallel zur BIP-Entwicklung. Aufgrund des Einbruchs des BIP im Rahmen der Finanz- und Wirtschaftskrise 2009 verläuft die Ausgabenkurve seitdem parallel, aber etwas oberhalb des BIP-Wachstums. Daher stiegen die Gesamtleistungsausgaben seit der Wiedervereinigung bis 2011 stärker als das BIP, nämlich um insgesamt 65,1 Prozent. Das gleiche Bild ergibt sich bei der Berücksichtigung von

---

<sup>2</sup> Das Basisjahr 1993 wurde gewählt, um die vereinigungsbedingten Schwankungen der ersten beiden Jahre nach der Wiedervereinigung auszublenden.

Werten pro Mitglied für Leistungsausgaben und Grundlohnsumme beziehungsweise pro Einwohner für das BIP. Dieses Auseinanderlaufen von BIP und Grundlohnsumme wird allgemein als **strukturelle Einnahmeschwäche** der GKV bezeichnet (*vergleiche als Beispiel für viele Reiners 2009; Wille 2010*) und ist das Kernproblem der GKV in Bezug auf eine nachhaltige Finanzierung.



Die Gründe hierfür liegen sowohl in der Entwicklung der Versicherungszahl als auch in der Einkommensentwicklung. So ist der **Bevölkerungsanteil mit einer privaten Vollversicherung** von 8,8 Prozent im Jahr 1991, also unmittelbar nach der Wiedervereinigung, um ein Fünftel auf 10,6 Prozent im Jahr 2007 gestiegen (*siehe Rothgang et al. 2010b, 150*). Ende 2011 hatten dann knapp elf Prozent der Bürger

in Deutschland eine private Vollversicherung (*siehe PKV-Verband 2012, 27*), sodass der Anteilswert von 1990 wieder erreicht wurde.<sup>3</sup> Da vor allem Gutverdiener und Personen mit gutem gesundheitlichem Risiko in die PKV wechseln, führt diese Entwicklung zu einer Schwächung der Einnahmehasis der Sozialversicherung.

Weiterhin ist die unbereinigte Lohnquote, also der Anteil der Arbeitnehmerentgelte am Volkseinkommen, rückläufig. Von 1980 (Beginn der Austeritätsphase) bis 1990 (Wiedervereinigung) ist sie von 73,2 auf 67,8 Prozent pro Jahr gesunken. Aufgrund der in Ostdeutschland zunächst kaum vorhandenen Kapitalerträge und Einkünfte aus selbständiger Arbeit führte die Wiedervereinigung zwar zu einer Niveauverschiebung – von der aus sich der Trend allerdings fortsetzte. Zwischen 1993 und 2010 fiel die unbereinigte Lohnquote erneut von 72,5 auf 66,2 Prozent. Da Kapitalerträge und Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit für die in der GKV pflichtversicherten Arbeitnehmer aber nicht beitragspflichtig sind, ergibt sich hieraus eine Schwächung der Beitragsbasis dieses Sozialversicherungszweigs. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Entgelte aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen bzw. die Beschäftigungsverhältnisse in der Gleitzone, die in den letzten eineinhalb Jahren zunehmend geschaffen wurden, in geringerem Umfang verbeitragt werden, sodass auch die Erosion des „Normalarbeitsverhältnisses“ zur strukturellen Einnahmeschwäche der GKV beiträgt.

---

<sup>3</sup> In Westdeutschland ist der Anteil der Privatversicherten bereits zwischen 1976 und 1990 von sieben auf elf Prozent gestiegen (*siehe Rothgang et al. 2010b, 150*).

### 5.2.2 Horizontale und vertikale Gerechtigkeit

**Horizontale Gerechtigkeit** impliziert, dass Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit im gleichen Umfang belastet werden.<sup>4</sup> Hierbei ist zum einen zu klären, welcher **Einkommensbegriff** die „ökonomische Leistungsfähigkeit“ am besten abbildet und zum zweiten, wie mit unterschiedlichen **Haushaltskonstellationen** umgegangen wird.

Zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen wird in der GKV auf das **Bruttoeinkommen** und nicht auf das Nettoeinkommen oder das verfügbare Einkommen zurückgegriffen. Individuelle Lebensumstände, die im Einkommensteuerrecht geltend gemacht werden können, bleiben damit unbeachtet. Der offensichtlichste Verstoß gegen das Postulat horizontaler Gerechtigkeit bei der Einkommensbestimmung liegt aber darin, dass nur bestimmte Einkunftsarten berücksichtigt werden. Im Einkommensteuerrecht werden sieben Einkunftsarten unterschieden (§ 2 EStG):

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb
3. Einkünfte aus selbständiger Arbeit
4. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung
7. Sonstige Einkünfte

---

<sup>4</sup> Unterschiede, die sich durch die Ausübung des Rechts auf freie Kassenwahl ergeben, können dabei unberücksichtigt bleiben. In einem System von Kassen mit unterschiedlichem Beitragssatz geht es bei der horizontalen Gleichheit daher um den gleichen Betrag der beitragspflichtigen Einnahmen.

Beitragspflichtig in der GKV sind für Pflichtversicherte aber nur Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten), die unter „sonstige Einkünfte“ fallen.<sup>5</sup> Beim Arbeitslosengeld liegt der Ermittlung des Leistungsanspruchs eine Sozialversicherungspauschale von 21 Prozent des Bemessungsentgelts zugrunde. Dagegen werden die Einkunftsarten 1 bis 3 sowie 5 und 6 nicht berücksichtigt. Dies ist ein offensichtlicher Verstoß gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung, da der Ursprung der Einkünfte über die Verbeitragung entscheidet.<sup>6</sup>

Für den Vergleich unterschiedlicher Haushaltskonstellationen hat die OECD eine Äquivalenzskala entwickelt, bei der die Skaleneffekte gemeinsamer Haushaltsführung berücksichtigt werden. In der aktuell genutzten modifizierten OECD-Skala erhält der Haupteinkommensbezieher das Bedarfsgewicht 1, alle anderen Mitglieder des Haushalts im Alter von 14 und mehr Jahren ein Gewicht von 0,5 und jüngere Kinder eins von 0,3 (*siehe OECD 2009*). Das Äquivalenzeinkommen eines Haushalts ergibt sich aus dem Haushaltseinkommen geteilt durch die aufsummierten Bedarfsgewichte seiner Mitglieder. Es entspricht der ökonomischen Leistungsfähigkeit eines Ein-Personen-Haushalts und mit seiner Hilfe können unterschiedliche Haushaltstypen vergleichbar gemacht werden.

Wird dieses Konzept auf die GKV angewandt, so zeigt sich zunächst, dass **Kinder** bei der Beitragsbemessung nicht berücksichtigt werden.

---

<sup>5</sup> Für freiwillig Versicherte wird hingegen auf die gesamte Leistungsfähigkeit abgestellt. Seit dem 1.1.2009 werden sie bei allen Kassen einheitlich veranlagt.

<sup>6</sup> Zudem führen Verschiebungen in der Struktur der Einkünfte dann zu Schwankungen in der Beitragsbasis. Dies hat in der Vergangenheit zur strukturellen Einnahmeschwäche der GKV beigetragen.

Zwar sind Kinder beitragsfrei mitversichert, aber ihr Einkommensbedarf spielt bei der Bemessung der ökonomischen Leistungsfähigkeit keine Rolle. So wird ein Zwei-Personen-Haushalt mit einem Bruttoeinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit demselben beitragspflichtigen Einkommen herangezogen wie ein anderer Haushalt mit gleichem Bruttoeinkommen, in dem auch noch Kinder leben. Damit ist eine Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip nicht gegeben. Dies ist leicht erkennbar, wenn die Situation mit einem (einkommen)steuerfinanzierten Gesundheitssystem verglichen wird, in dem die Kinder für die Bemessung der Finanzierungsbelastung berücksichtigt würden. Im Schrifttum wird dies daher auch als verfassungswidrige Benachteiligung von Familien gerügt (*siehe Lenze 2010*). Abhilfe könnte hier geschaffen werden, indem – wie im Einkommensteuerrecht – Freibeträge für das Existenzminimum aller Haushaltsmitglieder, einschließlich der Kinder, bei der Ermittlung des beitragspflichtigen Einkommens angerechnet werden.

Ein weiterer Verstoß gegen die horizontale Gerechtigkeit kann sich ergeben, wenn das **Haushaltseinkommen insgesamt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze** liegt. Dann ist die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens auch davon abhängig, wie sich das Haushaltseinkommen auf die Haushaltsmitglieder verteilt (*siehe Dräther/Rothgang 2004*). Dies verdeutlicht *Tabelle 5-1*, in der Haushalte von Ehepaaren (ohne Kinder) mit gleichem Haushaltseinkommen, aber unterschiedlicher Aufteilung auf die Partner eingetragen sind. Das Haushaltseinkommen ist dabei auf das Doppelte der BBG des Jahres 2013 ( $2 \times 3.937,50 = 7.875$  Euro im Monat) festgesetzt worden, um die maximal möglichen resultierenden Ungleichbehandlungen zu demonstrieren. Für die Alleinverdiener-Ehen (Haushaltstyp 1) werden nur beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der einfachen Beitragsbemessungsgrenze von 3.937,50 Euro verbeitragt. Sobald sich die haus-

haltsinterne Einkommensverteilung aber verschiebt, erhöht sich das beitragspflichtige Einkommen bis auf das Doppelte. Dies ist genau dann der Fall, wenn beide Partner gleich viel verdienen und insgesamt 7.875 Euro verbeitragt werden (Haushaltstyp 5). Die Ungleichbehandlung bezieht sich also nicht nur auf das Verhältnis von Alleinverdiener- und Doppelverdiener-Ehen. Auch innerhalb der Gruppe der Doppelverdiener-Ehen ist die Beitragslast bei identischem Haushaltseinkommen umso größer, je geringer die Einkommensunterschiede zwischen den Partnern sind. Auch diese horizontale Ungleichbehandlung lässt sich normativ schwer rechtfertigen.

**Tabelle 5-1: Beitragspflichtiges Einkommen von Ehepaaren in Abhängigkeit von ihrer Einkommensaufteilung**

#	Haushaltstyp Ehe	Beitragsrelevantes Einkommen (Euro im Monat)			Beitragspflichtiges Einkommen (Euro im Monat)		
		Partner 1	Partner 2	Haushalt	Partner 1	Partner 2	Haushalt
1	Alleinverdiener	7.875,00	0,00	7.875,00	3.937,50	0,00	3.937,50
2	Doppelverdiener	6.875,00	1.000,00	7.875,00	3.937,50	1.000,00	4.937,50
3	Doppelverdiener	5.875,00	2.000,00	7.875,00	3.937,50	2.000,00	5.937,50
4	Doppelverdiener	4.875,00	3.000,00	7.875,00	3.937,50	3.000,00	6.937,50
5	Doppelverdiener	3.937,50	3.937,50	7.875,00	3.937,50	3.937,50	7.875,00

WIdO 2013

Ursache für diese horizontale Ungerechtigkeit ist letztlich die **Beitragsbemessungsgrenze**, die auch zu einer **vertikalen Ungerechtigkeit** führt. Da das Einkommen oberhalb der BBG nicht mehr beitragspflichtig ist, führt es nicht mehr zu einer höheren Beitragslast. Das Postulat einer mit dem Einkommen steigenden Gesamtbelastung erfordert dabei nicht zwingend, dass der bis zur BBG geltende Beitragssatz auch für Einkommen darüber gilt. Kompatibel wäre etwa auch ein ab der BBG reduzierter Beitragssatz (*siehe Greß/Rothgang 2010*).<sup>7</sup> Eine Grenzbelastung von Null, wie sie derzeit oberhalb der BBG gilt, ist aber mit der vertikalen Gerechtigkeit, wie sie aus dem Leistungsfähigkeitsprinzip abgeleitet werden kann, nicht kompatibel.

Tatsächlich ist es aber nicht nur so, dass bei Einkommen oberhalb der BBG der Beitrag „eingefroren“ wird und weitere Beiträge zur Finanzierung der Umverteilung nicht erhoben werden. Vielmehr können Arbeitnehmer bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze sogar aus dem GKV-System hinaus optieren und sich damit jeglicher Einkommenssolidarität in der GKV entziehen. Auch die Existenz einer **Versicherungspflichtgrenze** ist damit ein Verstoß gegen die vertikale Gerechtigkeit.

Letztlich muss auch die **Dualität von GKV- und PKV-Vollversicherung** an sich schon insofern als Verstoß gegen die vertikale Gerechtigkeit angesehen werden, als PKV-Versicherte ein deutlich höheres durchschnittliches Einkommen aufweisen. Indem zwei Solidarsysteme geschaffen werden, die zwar untereinander, aber nicht miteinander

---

<sup>7</sup> Ein solcher reduzierter Beitragssatz führt zwar zu einem regressiven Tarifverlauf, der aber mit dem Postulat der vertikalen Gerechtigkeit kompatibel ist.

solidarisch sind, wird die vertikale Gerechtigkeit verletzt, wenn sich die in diesen Systemen versicherten Populationen in Bezug auf ihr Einkommen deutlich unterscheiden. Dies ist gegeben. Berechnungen zeigen, dass das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten um gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten liegt (*siehe Leinert 2006; Arnold/Rothgang 2010, 78*).<sup>8</sup>

### 5.3 Handlungsparameter

Zur Bekämpfung der strukturellen Einnahmeschwäche und der aufgezeigten Gerechtigkeitslücken stehen dem Gesetzgeber mehrere Stell-schrauben zur Verfügung. Maßnahmen sollten dabei an den erkannten Ursachen der strukturellen Mängel ansetzen. Hieraus ergibt sich, dass insbesondere

- die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung,
- die Verbeitragung weiterer Einkommensarten und
- die Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze,

die gemeinsam unter der Überschrift „Bürgerversicherung“ diskutiert werden und sowohl die strukturelle Einnahmeschwäche als auch die Gerechtigkeitsdefizite adressieren, von zentraler Bedeutung sind. In den *Abschnitten 5.3.1 bis 5.3.3* werden diese Elemente konzeptionell

---

<sup>8</sup> Während *Leinert* mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels rechnet, benutzen *Rothgang/Arnold* die EVS – jeweils aus dem Jahr 2003. Die übereinstimmenden Ergebnisse zeigen die Robustheit dieses Wertes.

diskutiert und in *Abschnitt 5.3.4* werden Ergebnisse von Modellrechnungen zur fiskalischen Ergiebigkeit und den Verteilungswirkungen dieser Maßnahmen referiert.

In *Abschnitt 5.3.5* wird vertieft auf die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten bzw. die Ungleichbehandlung von Haushalten mit einem Haushaltseinkommen oberhalb der BBG in Abhängigkeit von der Aufteilung des Einkommens auf die Haushaltsmitglieder eingegangen und es werden entsprechende Reformoptionen vorgestellt. *Abschnitt 5.3.6* diskutiert dann Grenzen und Möglichkeiten von Steuerfinanzierung in der GKV.

### 5.3.1 Einbeziehung weiterer Versichertengruppen

Nach der niederländischen Gesundheitsreform von 2006 (*siehe Götze 2010*) ist Deutschland das einzige OECD-Land, das es einem Teil der Bevölkerung erlaubt, aus dem allgemeinen Sicherungssystem hinaus in eine substitutive Privatversicherung zu optieren (*siehe Colombo/Tapay 2004*). Die Einbeziehung der bisher Privatversicherten in die Sozialversicherung würde diese Ausnahmestellung beenden und nicht nur die Risikostruktur der Sozialversicherungspopulation unmittelbar verbessern, sondern gleichzeitig eine zukünftige weitere Abwanderung aus dem GKV-System verhindern und damit die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung sicherstellen. Zudem führt die Dualität der Krankenversicherung auch auf dem Leistungsmarkt zu neuen Ungerechtigkeiten, da Leistungen für Privatversicherte besser vergütet werden und Ärzte daher einen finanziellen Anreiz haben, diese bevorzugt zu behandeln – insbesondere, aber nicht nur, in Bezug auf Wartezeiten für einen Arztbesuch. Um die „Gefahr einer wettbewerbschädlichen Risikoentmischung in dem Sinne, dass ‚gute‘ Risiken

– Personen mit geringen eigenen Gesundheitsausgaben, hohem Einkommen und oftmals ohne mitzuversichernde Familienangehörige – in die PKV wechseln, die mit risikoadjustierten Prämien kalkuliert, und ‚schlechte‘ Risiken in der GKV mit ihren risikounabhängigen Beiträgen und der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartner und Kindern bleiben“ und um „eine Grundlage für einen funktionierenden Kassenwettbewerb zu schaffen“, fordert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die „Ab-schaffung dieser zwar historisch gewachsenen, jedoch angesichts der damit einhergehenden allokativen und distributiven Verwerfungen wenig sinnvollen und versicherungsökonomisch nicht begründbaren Trennung der Versichertenkreise“ (SVR-W 2008, Ziffer 677).<sup>9</sup>

Die Sinnhaftigkeit der Schaffung eines integrierten Versicherungsmarktes lässt sich also leicht begründen. Ebenso gibt es durchaus konkrete Vorstellungen, wie ein solcher integrierter Versicherungsmarkt aussehen sollte (*siehe Greß et al. 2009; Raffauf et al. 2012*). Weniger überzeugend beschrieben ist der Weg hin zu einem solchen integrierten Markt, der auf erhebliche (verfassungs)rechtliche Probleme stößt. Strittig ist dabei insbesondere, inwieweit der Gesetzgeber in die bestehenden PKV-Verträge eingreifen kann und darf. Denkbar sind für einen solchen Übergang insbesondere vier Optionen:

1. Versicherungspflicht in der integrierten Versicherung für den derzeitigen GKV-Bestand und vollumfänglich für alle nachwachsenden Kohorten,

---

<sup>9</sup> Die Integration der GKV und PKV hatte der Sachverständigenrat bereits 2004 in seinem Gutachten gefordert und diese Forderung seitdem regelmäßig wiederholt.

2. zusätzlich (zeitlich befristete) Wechseloption für die bislang PKV-Versicherten,
3. Integration der PKV in den Gesundheitsfonds und den Risikostrukturausgleich bei Weitergeltung der PKV-Verträge,
4. umfassende Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung in der GKV unter Aufhebung der PKV-Verträge.

Die PKV betont selbst immer wieder, dass sie für den demografischen Wandel vorsorgt, indem jeder Versicherte selbst Altersrückstellungen aufbaut. Insofern könnte die Ansicht vertreten werden, dass eine **Versicherungspflicht nur der nachwachsenden Kohorten in der GKV** (Option 1) für die PKV unproblematisch ist. Tatsächlich werden die „lebenslang konstanten“ PKV-Prämien aber zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses berechnet – unter Rückgriff auf die aktuelle Lebenserwartung und die aktuellen Ausgabenprofile. Aufgrund von „medizinischer Inflation“, also Ausgabensteigerungen für Gesundheitsleistungen und -güter, sowie einer zunehmenden Lebenserwartung sind diese Prämien quasi unmittelbar nach Versicherungsabschluss bereits unzureichend. Die „lebenslang konstanten“ PKV-Prämien sind daher in den letzten eineinhalb Dekaden jährlich um durchschnittlich 4–5 Prozent gestiegen (*siehe Raffauf et al. 2012, 81*). Dabei konnte dieser Prämienanstieg noch dadurch begrenzt werden, dass junge, gesunde Versicherte nachgerückt sind, die einen Teil des Prämienanstiegs auch für ältere Versicherte tragen. Wird die PKV dagegen von Nachwuchs abgeschnitten, müssen Ausgabensteigerungen in Zukunft von den Bestandskunden allein getragen werden, da die Zeitspanne zum Aufbau von Altersrückstellung für den älter werdenden Versichertenbestand immer kleiner wird. Die umfassende Versicherungspflicht in der GKV auf die Neukunden zu beschränken, birgt daher das Risiko in sich, dass die PKV-Versicherten mittelfristig

mit nicht tragbaren Prämiensteigerungen konfrontiert werden und dann durch sozialstaatliche Transfers unterstützt werden müssen. Insofern ist diese Strategie problematisch.

In ihrem Bürgerversicherungsmodell trägt die SPD dem Rechnung und sieht ein auf ein Jahr befristetes Wechselrecht für alle PKV-Versicherten vor (*siehe SPD 2013, 73*). Allerdings wirft auch diese Option 2 schwerwiegende Probleme auf: Kurzfristig ist zu befürchten, dass vor allem schlechte Risiken von der Wechseloption Gebrauch machen und die Risikoselektion zwischen GKV und PKV damit sogar noch verstärkt wird. Mittelfristig wären auch hier diejenigen, die von ihrem Wechselrecht keinen Gebrauch machen, mit Prämiensteigerungen konfrontiert, die für einen Teil der Versicherten prohibitiv wären. Durch den Wechsel eines Teils der Bestandsfälle dürfte diese Problematik zwar später auftauchen und dann auch in geringerem Ausmaß, letztlich aber doch wieder zu einer neuen sozialpolitischen Problemlage führen.

Diese Probleme können durch Einbeziehung aller Wohnbürger in die Versicherungspflicht in der GKV vermieden werden. Allerdings wirft diese Option 4 verfassungsrechtliche Fragen auf, da bestehende Verträge für unwirksam erklärt werden müssen und dies rechtlich nur möglich sein dürfte, wenn ein überragendes öffentliches Interesse besteht und keine Alternativen mit geringerer Eingriffsintensität in privatrechtliche Verträge möglich sind. Auch wenn letztlich nur eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts klären kann, ob diese Voraussetzungen gegeben sind, sind auch Befürworter eines integrierten Versicherungssystems diesbezüglich skeptisch (*vergleiche hierzu Bieback 2005; Böckmann 2011*).

Eine gangbare Lösung könnte dagegen darin bestehen, neben der ausschließlichen Versicherungspflicht für die nachwachsenden Bestände die **bislang Privatversicherten in den Finanzierungsmodus des Gesundheitsfonds einzubeziehen, ohne die PKV-Verträge aufzuheben** (Option 3). Ihre Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds würde dann entsprechend den geltenden Regeln in der GKV in Abhängigkeit von ihrem Einkommen festgesetzt. Optieren die bisherigen Privatversicherten für einen Übertritt in die GKV, können sie Mitglieder in einer Krankenkasse werden. Andernfalls erhalten sie aus dem Gesundheitsfonds eine Gutschrift in Höhe der Zuweisungen, die entsprechend dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ansonsten an die Kasse fließen würde. In Höhe dieser Gutschrift wird die PKV-Prämie vom Gesundheitsfonds übernommen, darüber hinaus gehende Prämienanteile sind vom Versicherten zu zahlen. Eine Aufkündigung bestehender Verträge ist insofern nicht notwendig. Da die Risikostruktur sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabe Seite berücksichtigt ist, sind Wechselbewegungen für die GKV – anders als bei einer befristeten Wechseloption – unschädlich. Altersrückstellungen sind nicht mehr notwendig, da ihre Funktion im Umlageverfahren durch erhöhte Zuweisungen bei älteren Versicherten aus dem Gesundheitsfonds an die Kasse übernommen wird. Auch für die in der PKV verbleibenden Versicherten entschärft sich dadurch die Problematik steigender Prämien, die durch die „Vergreisung“ der Tarife entsteht. Fraglich ist, was mit den akkumulierten Altersrückstellungen derjenigen geschehen soll, die von der PKV in die Sozialversicherung wechseln. Diese könnten an den Gesundheitsfonds übertragen werden, weil dieser die Funktion des Ausgleichs ansonsten steigender Prämien im Alter übernimmt. Sollten rechtliche Probleme dem entgegenstehen, wäre eine Auszahlung an die Versicherten sinnvoll.

Zu klären ist in allen Fällen, in denen die PKV-Versicherten nicht umfassend in das neue integrierte Versicherungssystem überführt werden, wie mit dem Leistungsrecht umgegangen werden soll. Gerade weil das dysfunktionale Nebeneinander unterschiedlicher Honorierungsregelungen vielfach kritisiert wird, empfiehlt sich die Schaffung eines einheitlichen Vergütungssystems. Da hierbei nicht unmittelbar in Verträge mit den Versicherten eingegriffen wird, erscheint dies auch rechtlich unproblematisch.

### 5.3.2 Einbeziehung weiterer Einkommensarten

Die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV liegt auch in ihrer starken Abhängigkeit von Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit begründet. Kapitalerträge bleiben somit genauso wie Einkommen aus Vermietung und Verpachtung weitgehend außen vor. Lediglich bei der Beitragsbemessung von freiwillig Versicherten wird ein erweiterter Einkommensbegriff zugrunde gelegt. Daher erscheint die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die GKV-Beitragsbasis ein lohnender Ansatz zu sein, um die strukturelle Einnahmeschwäche zu überwinden. Gleichzeitig können dadurch bestehende Verstöße gegen die horizontale und vertikale Gerechtigkeit überwunden werden.

Bei einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten ist zunächst das Anwendungsverfahren der Beitragsbemessungsgrenze von zentraler Bedeutung. Arbeits- und Kapitaleinkünfte können entweder in dieselbe Beitragssäule fließen oder getrennt voneinander verarbeitet werden. Für die **Ein-Säulen-Variante** ermitteln *Rothgang et al. (2010a)* in ihrer Studie einen Beitragssatzeffekt von 0,5 Prozentpunkten (Modellsimulation Nr. 121). Gleichzeitig hebt dieses Verfahren bestehende Verstöße gegen die horizontale und vertikale Gerech-

tigkeit bei Pflichtversicherten mit Einkünften unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze auf. Wird analog zur Einkommenssteuererhebung ein Sparerfreibetrag berücksichtigt, reduziert sich der Beitragssatzeffekt auf 0,4 Prozentpunkte (Modellsimulation Nr. 241).

Dagegen lassen sich beim **Zwei-Säulen-Modell**, in dem die Beitragsbemessungsgrenze jeweils separat auf Arbeits- und Kapitaleinkommen angewendet wird, Modellfälle finden, bei denen Personen mit sehr hohen Einkünften in nur einer Säule deutlich besser gestellt werden als Personen mit ungefähr gleich verteilten Arbeits- und Kapitaleinkünften. Da sich der Beitragssatzeffekt dieser Variante (Modellsimulation Nr. 125) gegenüber dem Ein-Säulen-Modell lediglich um 0,1 Prozentpunkte verbessert, erscheint sie im Hinblick auf ihre verteilungspolitischen Defizite keine geeignete Reformation zu sein.

Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten ist zudem mit hohen Implementationsschwierigkeiten behaftet. Die von der Rürup-Kommission in die Diskussion gebrachte „**Kassenoption**“ adaptiert das bisher bei freiwillig Versicherten praktizierte Verfahren der individuellen Beitragsfestsetzung. Diese beruht auf vom Mitglied eingereichten Einkommenssteuererklärungen aus den Vorjahren sowie Meldungen der Rentenversicherungsträger beziehungsweise Zahlstellen von Versorgungsbezügen. Dieses Verfahren ist allerdings äußerst aufwändig und würde wahrscheinlich den Großteil der personellen Ressourcen der Krankenkassen im Bereich der Beitragsbemessung binden. Damit drohen die Bürokratiekosten einen nennenswerten Teil der Mehreinkünfte aufzuzehren.

Durch eine **Pool-Lösung** kann der Verwaltungsaufwand dagegen sowohl minimiert als auch auf Finanzämter und Kreditinstitute ausgelagert werden. Bei dieser Variante werden die Finanzämter damit be-

traut, die über die Einkommenssteuererklärung erfassten Vermögenseinkünfte zu verbeitragen. Diese bildet seit der Einführung der Abgeltungssteuer allerdings nur noch lückenhaft die Kapitalerträge ab. Für die Verbeitragung von Zinsen, Dividenden und Veräußerungsgewinnen sind daher die Kreditinstitute zuständig. Analog zum Eintrag des Kirchensteuermerkmals würde die GKV-Mitgliedschaft berücksichtigt und die Beiträge direkt vom Kapitalertrag abgeführt. Beim Ein-Säulen-Modell können GKV-Mitglieder mit Arbeitseinkünften oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eine Befreiung bei Finanzämtern und Kreditinstituten beantragen. Bei Arbeitseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze würden dagegen Vermögenserträge zunächst voll verbeitragt und gegebenenfalls nachträglich erstattet.

Wenngleich die Pool-Lösung für die Krankenkassen vergleichsweise geringe Bürokratiekosten impliziert, ist der Aufwand bei Steuerbehörden, Banken und Mitgliedern weitaus höher. Zudem müssen bei einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten im Rahmen eines dualen Krankenversicherungssystems **Abwanderungsbewegungen** von GKV zu PKV erwartet werden. Dabei ist durchaus vorstellbar, dass nicht nur von finanziellen Mehrbelastungen Abwanderungsanreize ausgehen, sondern schon der vom Mitglied zu erbringende Arbeitsaufwand für eine korrekte Verbeitragung der Vermögenseinkünfte Wechselimpulse setzt. Daher erscheint eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten nur in einem integrierten Versicherungssystem sinnvoll und verweist damit bereits auf die Notwendigkeit, die verschiedenen Bürgerversicherungselemente synoptisch zu betrachten.

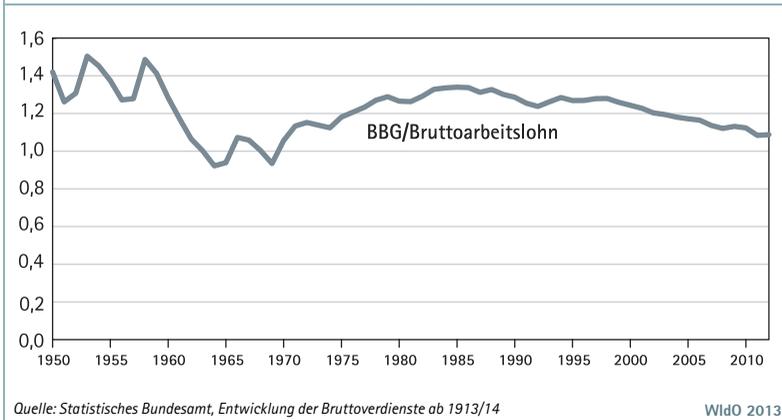
### 5.3.3 Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze bewirkt, dass Einkommen oberhalb dieser Grenze beitragsfrei sind. Damit werden die Implikationen für die vertikale Gerechtigkeit, die sich aus dem Leistungsfähigkeitsprinzip der GKV-Finanzierung ergeben, konterkariert. Um dem Leistungsfähigkeitsprinzip bei der GKV-Finanzierung zum Durchbruch zu verhelfen, müsste die Beitragsbemessungsgrenze in der derzeitigen Form daher abgeschafft werden. Eine entsprechende Forderung nach **Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze** findet sich auch im Bürgerversicherungskonzept der LINKEN. Allerdings ist die GKV nicht nur eine Sozialversicherung, sondern auch eine Sozialversicherung. Zum Stellenwert von Solidaritäts- und Äquivalenzprinzip innerhalb der GKV gibt es bereits eine lang anhaltende Debatte (*vergleiche Bieback 2013, 9 f.*). Durch den weitgehenden Bedeutungsverlust des beitragsbezogenen Krankengelds (fünf Prozent der GKV-Ausgaben) repräsentiert die BBG den letzten Hort gegen eine vollständige Anwendung des Solidarprinzips. Wenngleich die Mehrheit der Verfassungsrichter in seinem Urteil zum Risikostrukturausgleich 2005 die anvisierte Ausweitung der interpersonellen Umverteilung bestätigt hat, sind die mahnenden Worte hinsichtlich einer möglichen „Überdehnung des Solidarprinzips auf Kosten des Versicherungsprinzips“ (*siehe BVerfGE 113, 167 <86>*) deutlich vernehmbar. Ob das Bundesverfassungsgericht einer Abschaffung der BBG zustimmen würde, erscheint daher fraglich.

Rechtlich deutlich weniger problematisch erscheint dagegen die **Anhebung** der Beitragsbemessungsgrenze. Die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (und die in der Geschichte der GKV überwiegend identische Versicherungspflichtgrenze) war schon in der Vergangenheit erheblichen Schwankungen unterlegen (*siehe Abbildung 5-3*). Mitte

der 1950er Jahre lag sie noch beim 1,5-fachen des durchschnittlichen Arbeitsentgelts ohne Sonderzahlungen. Infolge ausgelassener Anpassungen fiel die BBG in der Folgezeit unter das Durchschnittsentgelt. Erst durch deutliche Einmalerhöhungen und schließlich die Dynamisierung unter der sozial-liberalen Koalition stieg sie bis Ende der 1980er Jahre wieder auf das 1,3-fache des Durchschnittsentgelts. Seitdem ist die Höhe der BBG wieder zurückgegangen, sodass der Faktor im Jahr 2012 nur noch 1,1 beträgt. Allein diese Entwicklung verweist auf den erheblichen Spielraum, den der Gesetz- oder Verordnungsgeber in dieser Frage haben dürfte.

Abbildung 5-3: Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in Relation zum durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst ohne Sonderzahlungen (alte Bundesländer)



Es stellt sich dann die Frage, auf welchen Betrag die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden kann und soll. Quasi „natürliche“ Werte wären die GKV-Versicherungspflichtgrenze, die derzeit monatlich gut 400 Euro oberhalb der GKV-BBG liegt, oder die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung, die weitere 1.450 Euro hö-

her liegt.<sup>10</sup> Selbst die höchste dieser Grenzen – die BBG der Rentenversicherung für die alten Bundesländer – entspricht derzeit dem 1,6-fachen Durchschnittsentgelt und liegt damit nur knapp über dem Niveau, das von den Verfassungsrichtern in den 1950er Jahren nicht beanstandet wurde.

Auch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze löst aber nicht das Spannungsverhältnis zwischen dem Versicherungsprinzip und einer Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, da immer noch Einkommen oberhalb der – jetzt erhöhten – BBG beitragsfrei bleiben. Eine mögliche Lösung dieses Spannungsverhältnisses könnte darin bestehen, oberhalb der dann mit neuer Funktion versehenen „Beitragsbemessungsgrenze“ einen reduzierten Beitragssatz vorzusehen (*siehe Greß/Rothgang 2010, 14*). Damit würde das Versicherungsprinzip – quantitativ – weniger gedehnt, gleichzeitig aber dem Leistungsfähigkeitsprinzip – qualitativ – Genüge getan. Wird dieser reduzierte Beitragssatz in einem Bereich von ein bis zwei Prozentpunkten festgelegt, geht die resultierende Belastung für Einkommen oberhalb der BBG zudem nicht über den Bereich hinaus, der sich auch in den diversen Pauschalprämienmodellen für diese Einkommensanteile ergibt.<sup>11</sup> Allerdings zeigen entsprechende Berechnungen, dass der

---

<sup>10</sup> 2013 liegt die Beitragsbemessungsgrenze der GKV bei monatlich 3.937,50 €, die Versicherungspflichtgrenze bei 4.350 € und die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung bei 5.800 € (West) bzw. 4.900 € (Ost). Allerdings ist bei einem Vergleich der beiden Beitragsbemessungsgrenzen zu bedenken, dass höhere Beitragszahlungen in der Rentenversicherung auch einen höheren Leistungsanspruch generieren, während der Leistungsanspruch in der GKV weitgehend unabhängig von der Höhe der Beitragszahlung ist.

<sup>11</sup> In praktisch allen Pauschalprämienmodellen ist ein Ausgleich für einkommensschwache Haushalte vorgesehen. Wird dieser Ausgleich über direkte Steuern finanziert, ergeben sich ähnliche Belastungen (*siehe Rothgang et al. 2005*).

Effekt eines reduzierten Beitragssatzes bei einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung fiskalisch wenig bedeutsam ist (*siehe Rothgang et al. 2010a*). Ein solcher reduzierter Beitragssatz wäre daher vor allem aus systematischen Gerechtigkeitsüberlegungen und nicht zur Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung von Interesse.

### 5.3.4 Modellrechnungen zu den fiskalischen Effekten und Verteilungswirkungen einer Bürgerversicherung

Die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in ein integriertes Sozialversicherungssystem wird, wenn sie mit einer Verbeitragung bisher beitragsfreier Einkünfte und einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze verknüpft wird, in der aktuellen Diskussion als „Bürgerversicherung“ bezeichnet.<sup>12</sup> Modellrechnungen zu den fiskalischen Auswirkungen und den Verteilungswirkungen einer Veränderung dieser in den *Abschnitten 5.3.1 bis 5.3.3* diskutierten Stellschrauben wurden in einem Gutachten für die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen vorgelegt (*siehe Rothgang et al. 2010a*), auf dessen Ergebnis hier zurückgegriffen wird.

---

<sup>12</sup> Bestehende Bürgerversicherungsmodelle unterscheiden sich dabei hinsichtlich der Methode, mit der die umfassende Versicherungspflicht, die Verbeitragung weiterer Einkommensarten und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze erreicht werden soll – nicht aber hinsichtlich dieser Ziele. War die Beitragspflicht für Kapitaleinkommen zunächst Bestandteil aller Bürgerversicherungen, plant die SPD nunmehr darauf zu verzichten, Kapitalerträge aber stärker zu besteuern und so einen Ausgleich herbeizuführen. Weiterhin sieht das SPD-Modell die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze nur für den Arbeitgeberanteil vor, nicht aber für den Arbeitnehmeranteil, wobei die beiden Beitragssätze dann so berechnet werden sollen, dass das Beitragsaufkommen der Arbeitgeber dem der Arbeitnehmer entspricht.

Durch die Veränderung der Stellschrauben erhöht sich die Grundlohnsumme. Für die **Beitragssatzeffekte** müssen zudem die Leistungsausgaben der zusätzlichen Versicherten berücksichtigt werden. Um die Beitragssatzeffekte verschiedener Finanzierungsregelungen abschätzen zu können, muss auf bevölkerungsrepräsentative Einkommensdaten zurückgegriffen werden. Hierfür kommen in Deutschland nur die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) sowie das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) infrage. Letzteres dient aufgrund seiner Aktualität zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung als Datengrundlage für die nachfolgend präsentierten Ergebnisse. Das SOEP wird seit 1984 als jährliche Wiederholungsbefragung vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung durchgeführt. Grundlage der hier vorgenommenen Berechnungen bilden die Befragungsjahre 2007 und 2008. Grundgesamtheit der Simulation bilden die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland für 2007. Der Beitragssatz ergibt sich als Quotient der beitragspflichtigen Einkommen und der Ausgaben, wobei zusätzliche Einnahmen und Ausgaben, die nicht aus beitragspflichtigen Einnahmen stammen, berücksichtigt werden. Dabei liegen die Ausgaben für bereits im Status quo gesetzlich versicherte Personen in entsprechenden Statistiken vor, während die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für die gegenwärtig privat Versicherten geschätzt werden müssen. Zu diesem Zweck wurden aus den Daten des Risikostrukturausgleichs alters- und geschlechtsspezifische Ausgaben berechnet, die den gegenwärtig privat Versicherten zugeordnet wurden.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Bei der Berechnung dieser Zusatzausgaben wurde also unterstellt, dass die bislang privat Versicherten die gleichen Ausgabenprofile aufweisen wie die alters- und geschlechtsgleichen GKV-Versicherten. Andere Vergütungshöhen wurden nicht berücksichtigt (*vergleiche hierzu Rothgang et al. 2010a*).

Bei der Ermittlung der Verteilungswirkungen können Wirkungen für konstruierte Haushalte simuliert werden. Der Nachteil dieses Vorgehensweise ist aber, dass nicht gesagt werden kann, wie groß der Anteil der jeweils modellierten Haushalte in der Realität ist. Um diese Schwäche zu vermeiden, werden die Verteilungseffekte verschiedener Varianten der Bürgerversicherung im Gutachten auf Basis der bevölkerungsrepräsentativen Mikrodaten des SOEP errechnet.

### **Beitragssatzeffekte**

Die Beitragssatzeffekte der Variation einzelner Stellschrauben hängen davon ab, wie die anderen Parameter eingestellt sind. In *Tabelle 5-2* ist daher zum einen der Beitragssatzeffekt der Variation eines Parameters im Vergleich zum Status quo dargestellt und zum anderen der kumulierte Effekt der Variationen dieses Parameters und der darüber platzierten Parameter. Durch die Berücksichtigung der Interaktionseffekte kann sich der Gesamteffekt von der Summe der Einzeleffekte unterscheiden.

Wie *Tabelle 5-2* zeigt, ergibt die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung den quantitativ größten Effekt. Sie allein führt dazu, dass der Beitragssatz – ceteris paribus – um 1,1 Beitragssatzpunkte gesenkt werden kann. Die Anhebung der Beitragbemessungsgrenze erlaubt für sich genommen eine Beitragssatzreduktion um 0,5 Beitragssatzpunkte. Erwartungsgemäß ist der Effekt größer, wenn er sich auf die gesamte Bevölkerung und nicht nur auf den bislang in der GKV versicherten Personenkreis bezieht. Er beläuft sich dann auf 0,8 Beitragssatzpunkte (Differenz des kumulierten Effekts der ersten und zweiten Zeile). Die Verbeitragung aller Einkommensarten mit Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags für Kapitaleinkünfte erlaubt für sich genommen eine Reduktion des Beitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte. Die Einführung eines GKV-Partnersplittings erzielt so-

wohl im Vergleich zum Status quo (0,2 Punkte) als auch als Teil einer Bürgerversicherung (0,1 Punkte) den geringsten Beitragssatzeffekt. Insgesamt beläuft sich der kumulierte Beitragssatzeffekt der vier Maßnahmen auf 2,3 Beitragssatzpunkte.

Parameter	Beitragssatzeffekt	Kumulierter Beitragssatzeffekt
Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherten Personenkreises	-1,1	-1,1
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.500 Euro / Monat	-0,5	-1,9
Verbeitragung aller Einkommensarten mit Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte	-0,4	-2,2
GKV-Partnersplitting mit gesonderter Beitragsbemessungsgrenze für Alleinstehende	-0,2	-2,3

*Quelle: Rothgang et al. 2010a; Modellsimulationen Nr. 361, 3, 363, 241, 603, 17, 619* WIdO 2013

## Verteilungswirkungen

Neben den Beitragssatzeffekten interessieren auch die Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung. Hierzu werden nachstehend die Beitragsbelastungen durch die Krankenversicherung<sup>14</sup> in Bezug auf das

<sup>14</sup> Direktzahlungen beispielsweise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht berücksichtigt. Allerdings werden bei betragsmäßigen Selbstbeteiligungstarifen in der PKV 50 Prozent des vereinbarten Selbstbeteiligungsbetrages (dies entspricht dem Arbeitnehmeranteil) als Beitragsbelastung im Status quo angesetzt. Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung wird der Beitrag linear auf eine Vollversicherung hochgerechnet.

Nettoeinkommen der Haushalte<sup>15</sup> im Status quo und in der Bürgerversicherung analysiert und verglichen. Das untersuchte Bürgerversicherungsmodell ist dabei gekennzeichnet durch die

- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung,
- Verbeitragung aller Einkommensarten mit einem Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte und
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.500 Euro.

Die Verteilungseffekte unterscheiden sich für die verschiedenen Haushaltstypen (für differenzierte Ergebnisse siehe Rothgang et al. 2010a). Nachfolgend werden die Ergebnisse lediglich für das **Äquivalenzeinkommen** angegeben (*vergleiche Abschnitt 5.2.2*). Um die unterschiedliche Wirkung der Modellvarianten auf die privat und gesetzlich Versicherten sichtbar zu machen, sind die Verteilungswirkungen gemessen am **Äquivalenzeinkommen** getrennt dargestellt für Haushalte, bei denen der Haushaltsvorstand derzeit privat und solchen, bei denen er gesetzlich versichert ist.

In *Abbildung 5-4* und *Abbildung 5-6* sind der Mittelwert bzw. die mittlere Veränderung der Belastung jeweils durch einen Punkt dargestellt. Aufgrund der starken Verzerrung der Mittelwerte durch Ausreißer wurden die gezeigten Kurven als Verbindung der Mediane konstruiert. Zudem sind jeweils die Werte für das erste und dritte Quartil

---

<sup>15</sup> Das Nettoeinkommen wird im SOEP mit folgender Frage ermittelt: „Wenn man mal alle Einkünfte zusammennimmt: Wie hoch ist das monatliche Haushaltseinkommen aller Haushaltsmitglieder heute? Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben. Regelmäßige Zahlungen wie Renten, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Falls nicht genau bekannt: Bitte schätzen Sie den monatlichen Betrag.“

der Belastungsverteilung für die einzelnen Einkommensgruppen dargestellt. *Abbildung 5-5* und *Abbildung 5-7* zeigen an, wie viele Haushalte auf die jeweiligen Einkommensgruppen entfallen, sodass deren quantitative Bedeutung erfasst wird.

Bei Haushalten mit einem gesetzlich versicherten Haushaltsvorstand kommt es bis zum Äquivalenzeinkommen von 2.500 Euro zu Entlastungen, die aber für die Hälfte aller betroffenen Haushalte 18 Euro pro Person nicht übersteigen (*siehe Abbildung 5-4*). In den nächsten drei Einkommensklassen ist der Median der Entlastung (geringfügig) positiv, der Mittelwert aber (ebenfalls geringfügig) negativ; erst für die höchste hier ausgewiesene Einkommensstufe ergeben sich deutlichere Mehrbelastungen, die im Mittel knapp 50 Euro im Monat betragen. Für mehr als ein Viertel dieser Haushalte ergeben sich Mehrbelastungen von mehr als 50 Euro (3. Quartilswert). Allerdings fallen in diese Einkommensklasse auch nur 230.000 Beitragszahler (*siehe Abbildung 5-5*).

**Abbildung 5-4: Belastung mit Finanzierungsbeiträgen im Status quo und bei einer Bürgerversicherung (Haushaltsvorstand gesetzlich versichert)**

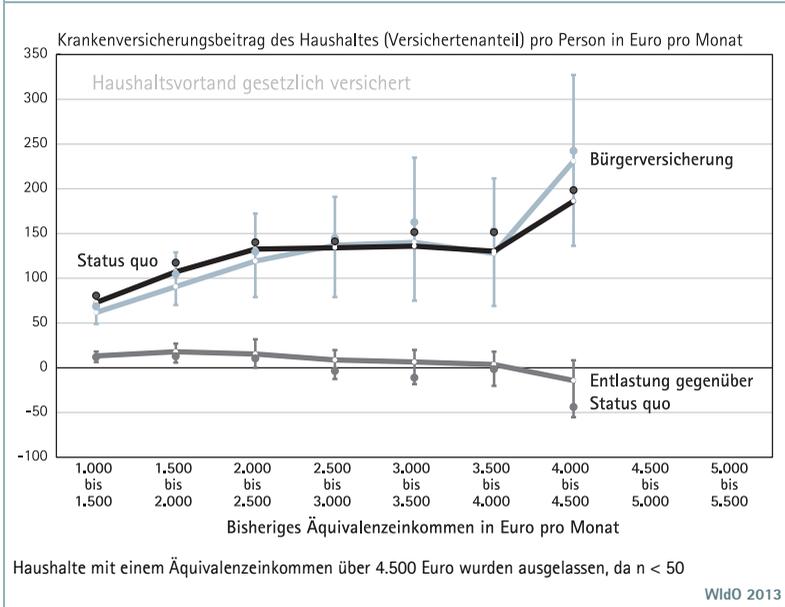
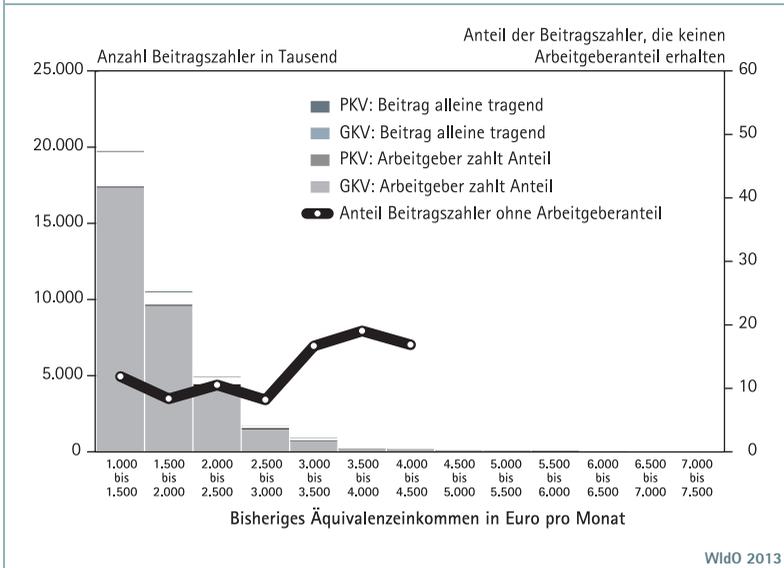


Abbildung 5-5: Anzahl der Beitragszahler in Haushalten mit gesetzlich versichertem Haushaltsvorstand



Auch bei Haushalten mit einem privat versicherten Haushaltsvorstand kommt es im Vergleich zum Status quo zu einer Entlastung der Haushalte mit niedrigerem und einer Belastung der Haushalte mit höherem Äquivalenzeinkommen, also einer Verstärkung der vertikalen Umverteilung (siehe Abbildung 5-6). Die Abbildung zeigt, dass ab einem Nettoäquivalenzeinkommen von 3.500 Euro mehr als die Hälfte der Haushalte mit privat versichertem Haushaltsvorstand belastet werden, im Durchschnitt aber mit geringeren Beträgen. Erst ab einem Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen von 4.000 Euro wird mehr als ein Viertel der Haushalte mit knapp 100 Euro (Einkommensklasse von 4.000 bis 4.500) bzw. gut 100 Euro (Einkommensklasse 4.500 bis 5.000 Euro) belastet. Allerdings betrifft dies nur wenige Haushalte, da

dieses Nettoäquivalenzeinkommen nur von wenigen Haushalten erreicht wird (siehe Abbildung 5-7).

**Abbildung 5-6: Belastung mit Finanzierungsbeiträgen im Status quo und bei einer Bürgerversicherung (Haushaltvortand privat versichert)**

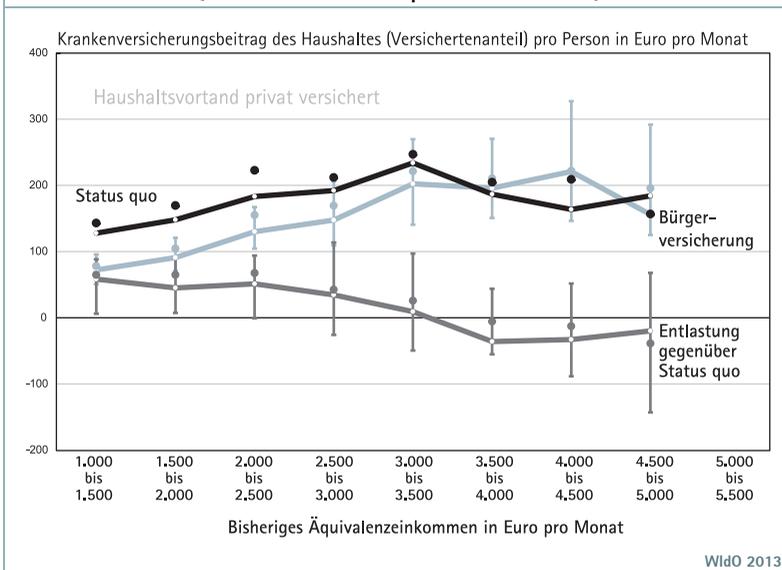
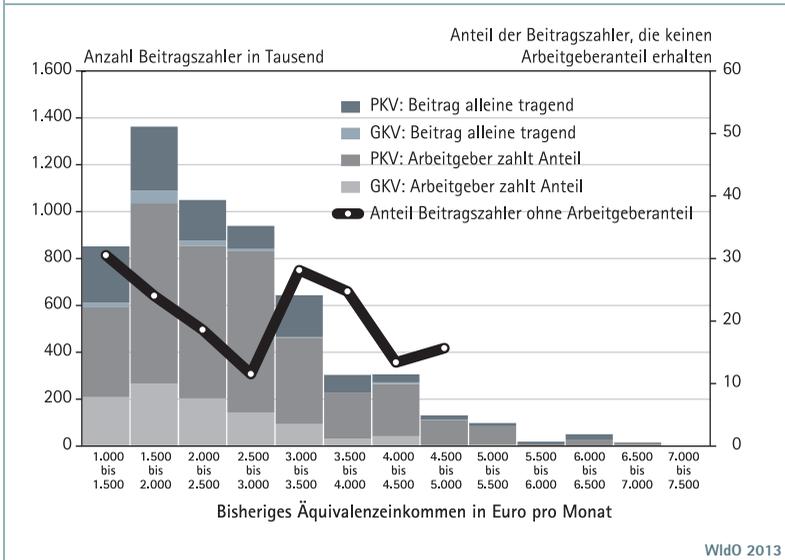


Abbildung 5-7: Anzahl der Beitragszahler in Haushalten mit privat versichertem Haushaltsvorstand



Insgesamt kommt es also zu einer Verstärkung der vertikalen Umverteilung, bei der aber der bei weitem größte Teil der Haushalte entlastet wird. Letzteres ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass nunmehr keine Altersrückstellungen gebildet werden und das zu finanzierende Ausgabenvolumen dadurch reduziert wurde.

### 5.3.5 Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten

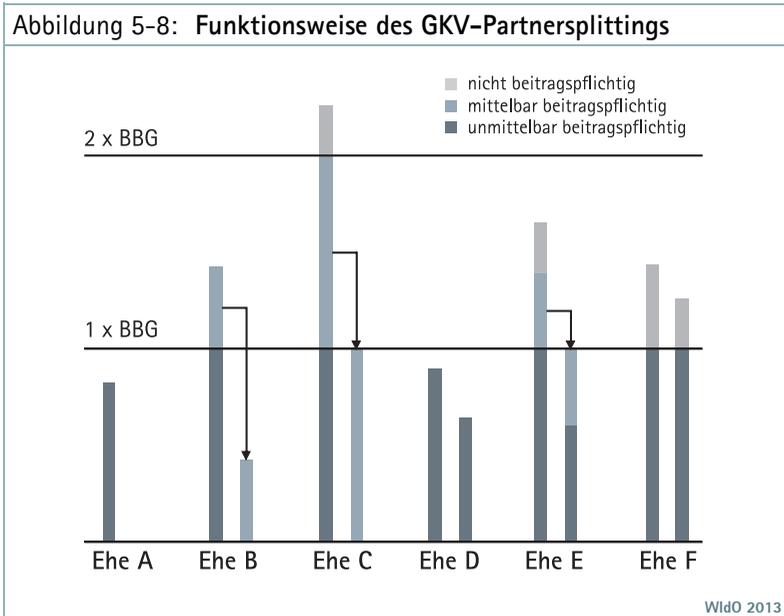
Die Mitversicherung von Ehegatten beeinträchtigt insbesondere die horizontale und vertikale Gerechtigkeit innerhalb der GKV. Sie stellt Alleinverdiener-Ehen grundsätzlich besser als unverheiratete Paare mit nur einem Erwerbseinkommen. Zudem begünstigt die individuelle

Anwendung der Beitragsbemessungsgrenze die Konzentration des Erwerbseinkommens auf ein Haushaltsmitglied. Damit schwächt die Ausgestaltung von Familienmitversicherung und individueller Beitragsbemessungsgrenze die Finanzsituation der GKV sowohl direkt durch die Beitragsfreiheit als auch mittelbar aufgrund negativer Erwerbsanreize – insbesondere für Frauen (88 Prozent der mitversicherten Ehe- und Lebenspartner sind weiblich).

Von den zahlreichen Vorschlägen zur Reform der Mitversicherung von Ehepartnern (z. B. vollständige Abschaffung oder Beschränkung auf erziehende und pflegende Partner) gelingt es lediglich dem **GKV-Partnersplitting**, negative Arbeitsmarktanreize sowie Verstöße gegen die horizontale und vertikale Gerechtigkeit zu beheben (*siehe Dräther/Rothgang 2004*). Dabei wird das beitragsrelevante Einkommen von Paaren analog zur Steuergesetzgebung gemeinsam veranlagt, indem die Einkünfte des Hauptverdieners oberhalb der BBG dem Partner bis zum erneuten Erreichen der BBG angerechnet werden (*siehe Abbildung 5-8*). Während das Splitting im Steuerrecht einen entlastenden Effekt hat, wirkt es sich in der GKV belastend aus.

Dieses Grundmodell bedarf allerdings einiger Ergänzungen. Zur Wahrung der Beschäftigungsneutralität darf das GKV-Partnersplitting **nur auf den Arbeitnehmerbeitrag** angewendet werden. Zudem müssen die Krankenversicherungsbeiträge zunächst als **Abschlagszahlung** bis zur doppelten BBG erhoben werden, um Verwaltungskosten und datenschutzrechtliche Probleme beim Arbeitgeberinzugsverfahren zu vermeiden. Die tatsächliche Festsetzung der Beitragshöhe erfolgt erst im Zuge der Einkommenssteuererklärung. Drittens bedarf es als verfassungsrechtlich sicherste Variante **unterschiedlicher Beitragsbemessungsgrenzen für Paare und Alleinstehende**, da sich ansonsten unverheiratete Paare besser stellen können als verheiratete. Dabei

entspricht die Single-BBG der doppelten BBG abzüglich des beitragspflichtigen Mindesteinkommens.



Durch die letzte Modifikation würden Haushalte mit unverheirateten Paaren zu den Verlierern dieser Regelung gehören und das Splitting wird – aufgrund der unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenzen – wieder attraktiv. Da das Bundesverfassungsgericht mehrfach betonte, dass aus dem Grundgesetz lediglich ein Diskriminierungsverbot ehelicher Gemeinschaften, aber **kein Abstandsgebot** abgeleitet werden kann (*siehe BVerfGE 105, 313 <98>*), spricht grundsätzlich nichts gegen eine Anwendung des GKV-Partnersplittings bei Unverheirateten. Im Gegensatz zu standesamtlich verbrieften Ehen und Lebenspartnerschaften müsste dies von unverheirateten Paaren beantragt werden (*siehe Tabelle 5-3*). Aus der Berechtigung zum Splitting re-

sultiert allerdings keine Mitversicherung unverheirateter Partner. Bei gemeinsamen Kindern wäre dies allerdings denkbar, da sich gemäß jüngerer Urteile des Bundesverfassungsgerichts Eltern nicht schlechter stellen dürfen als kinderlose Paare (*siehe BVerfGE 99, 216 <65>*). Vor diesem Hintergrund wäre auch der Status von Alleinerziehenden zu hinterfragen, wobei aus der Perspektive der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit die Single-BBG und aus familienpolitischen Gesichtspunkten die normale BBG begründbar wäre.

Haushaltstyp	Partnersplitting	Mitversicherung des Partners
Ehepaar	Ja	Ja
Lebenspartnerschaft	Ja	Ja
Unverheiratetes Paar mit Kindern	Ja	Ja
Unverheiratetes Paar ohne Kinder	Ja	Nein
Alleinstehende	Nein, Single-BBG	Nein

WIdO 2013

Das modifizierte GKV-Partnersplitting gehört damit zweifelsohne zu den komplexeren Instrumenten der Beitragsbemessung. Das Ergebnis wäre eine horizontale und vertikale Gerechtigkeit sämtlicher Haushaltsformen bis zum Erreichen der doppelten BBG. Zudem könnten unverheiratete Paare in einem wichtigen Zweig des deutschen Sozialversicherungsrechts zumindest teilweise ehelichen Gemeinschaften gleichgestellt werden. Die Zugangsvoraussetzungen hierzu wären noch festzulegen (z. B. gemeinsame Haushaltsführung).

Das GKV-Partnersplitting ist damit primär ein Mittel zur gerechten Verteilung der Beitragslast auf die gesetzlich Versicherten. Im Rahmen des bisherigen dualen Krankenversicherungssystems ergibt sich

in den voneinander unabhängigen Berechnungen von *Götze (2009)* und *Rothgang et al. (2010a)* dennoch ein Beitragsatzeffekt von 0,2 Prozentpunkten. Potenzielle Wanderungsbewegungen von der GKV zur PKV infolge eines Splittings bleiben dabei allerdings unberücksichtigt. Im Hinblick auf den Finanzierungseffekt muss aber eher von einer Überschätzung ausgegangen werden, solange das PKV-Neukundengeschäft möglich ist. Diese Thematik entfiel aber wiederum, sollte das Splitting in einer Bürgerversicherung eingeführt werden. Als Modellvariante einer Bürgerversicherung geht vom GKV-Partnersplitting allerdings nur noch ein geringerer Zusatzeffekt aus (*siehe Tabelle 5-2, rechte Spalte*).

### 5.3.6 Steuerfinanzierung

Angesichts der Schwierigkeiten, die eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung bereitet (*vergleiche Kapitel 5.3.2*), erscheint eine verstärkte Steuerfinanzierung zunächst aus drei Gründen als Königsweg. Ein erhöhter Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ist erstens deutlich einfacher umzusetzen als der Umbau der Einzugsstellen zur einkommensteuerähnlichen Festsetzung des GKV-Beitrags. Allerdings zeigt gerade die Einführung der Abgeltungssteuer für Kapitalerträge im Einkommensteuerrecht, dass die schwierig zu verbeitragenden Einkommensbestandteile auch steuerlich schwierig zu erfassen sind. Zweitens folgt das Steueraufkommen im Gegensatz zur Lohnsumme weitgehend der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung: So stieg das Bruttoinlandsprodukt zwischen 1993 und 2011 um 51,5 Prozent. Während das Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens mehr als 20 Prozentpunkte dahinter blieb, betrug die Differenz zum Wachstum des Steueraufkommens lediglich 1,8 Prozentpunkte. Jedoch ist

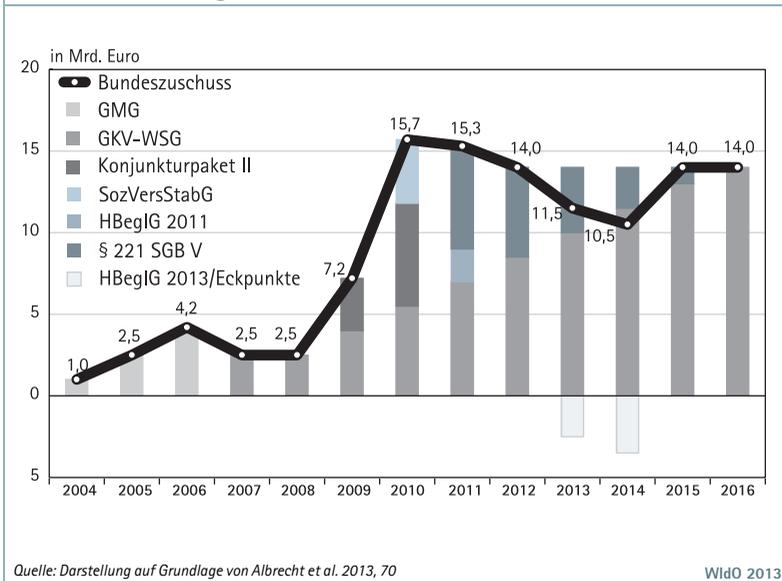
dieser Effekt vor allem auf die strukturelle Einkommensschwäche der beitragsfinanzierten Systeme zurückzuführen, die durch eine Bürgerversicherung gerade behoben werden soll. Drittens können bei einer Steuerfinanzierung die distributiven Probleme, die sich bei den unterschiedlichen Varianten der erweiterten Beitragsbasis auf tun, vermieden werden. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass indirekte Steuern eher regressiv wirken und selbst bei den direkten Steuern die Progressivität durch effektive Vermeidungsmodelle einkommensstarker Haushalte gemindert wird.

Wenn bereits die Vorteile zu relativieren sind, zeigt ein Blick auf die Nachteile, dass hinsichtlich der Forderung nach einem verstärkten Einsatz von Steuermitteln Vorsicht angebracht ist. Die Steuerfinanzierung folgte in der Vergangenheit vielen Logiken, aber selten dem medizinischen Bedarf. Die seit 1972 von den Länderhaushalten zu tragenden Krankenhausinvestitionen waren anfänglich konjunkturpolitisch motiviert und mussten sich später haushaltspolitischen Überlegungen unterwerfen. Das Ergebnis dieser kurzfristigen Expansion und einer seitdem lang anhaltenden Stagnation ist ein Sanierungs- und Modernisierungsstau, der die Existenz zahlreicher Krankenhäuser bedroht.

Die Geschichte der Steuerfinanzierung der GKV ist zwar deutlich kürzer, aber nicht weniger abwechslungsreich. Eingeführt wurde der Bundeszuschuss 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) (siehe Greß/Rothgang 2010). Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) verabschiedete der Gesetzgeber eine Anschlussregelung. Der Bundeszuschuss sollte in gesetzlich bereits festgelegten Schritten von 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2007 auf 14 Mrd. Euro im Jahr 2016 steigen. Bereits im dritten Jahr wich der Gesetzgeber von diesem Ausbaupfad ab. Die Zahlungen des Konjunkturpakets II

und des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes (SozVersStabG) erfolgten allerdings nicht aus dem Blickwinkel der Gesundheits-, sondern aus dem der Konjunkturpolitik.

Abbildung 5-9: Bundeszuschuss in Mrd. Euro und Gesetzesgrundlagen



Seit der Fortschreibung der mit dem Konjunkturpaket II eingeführten Gelder durch den im Jahr 2011 novellierten § 221 SGB V geht die Fahrt allerdings in die andere Richtung. Angesichts der strengen Haushaltsvorgaben durch die Schuldenbremse beschloss der Gesetzgeber im Haushaltsbegleitgesetz (HBegIG) 2013, den Bundeszuschuss sowohl für 2013 als auch im Folgejahr zu reduzieren. Der Eckwertebeschluss der Bundesregierung zum Haushalt 2014 sieht zudem eine weitere Absenkung auf 10,5 Mrd. Euro vor (*siehe Albrecht et al.*

2013, 70 f.). Die konjunkturpolitische Motivation ist somit dem Ziel der Haushaltskonsolidierung gewichen.

Das Argument der „Gesundheitspolitik nach Haushaltlage“, das bereits durch die leidvollen Erfahrungen bei der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen auf Ebene der Länder genährt wurde, hat der Bund beim Umgang mit seinen Zuschüssen zur GKV bisher nicht entkräften können. Im Gegenteil: Überschüsse in der GKV wurden über kurzfristige Absenkungen der Steuerfinanzierung für den Bundeshaushalt oder für die Abschaffung der Praxisgebühr im Wahljahr genutzt. Eine verlässliche Finanzierungsquelle für die medizinische Versorgung einer alternden Bevölkerung sieht anders aus.

Verlässlicher wäre grundsätzlich ein **dynamisierter regelgebundener Bundeszuschuss**. Dieser übernimmt entweder einen gesetzlich festgelegten Globalanteil der anfallenden GKV-Leistungsausgaben oder kompensiert die Übernahme gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Zu den letzteren könnten beispielsweise Kosten für Schwangerschaft und Geburt, die Mitversicherung von Kindern oder der überproportionale Anteil älterer und multimorbider Patienten in der GKV zählen. Zumindest bei der Frage der Steuerfinanzierung von Kindern lässt sich bei beiden Volksparteien seit längerem ein entsprechender Konsens erkennen (*siehe Leiber/Zwiener 2006, 27*). Im Rahmen eines dualen Krankenversicherungssystems ist die Kompensation dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgaben durch Steuermittel sowohl ordnungs- als auch verteilungspolitisch sauberer als ein Globalzuschuss. Dazu bedarf es allerdings einer genauen Definition der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und der Berechnung ihres Ausgabenvolumens. Zudem muss berücksichtigt werden, dass gegebenenfalls beim Kompensationsmodell auch PKV-Versicherte von einem Bundeszuschuss profitieren können (z. B. Mitversicherung von Kindern). Damit entfielen im

Rahmen eines dualen Krankenversicherungssystems wiederum ein finanzieller Anreiz für freiwillig Versicherte zum Verbleib in der GKV (siehe Leiber/Zwiener 2006, 28). Die Stärkung der Finanzkraft durch Steuermittel könnte somit durch die Abwanderung einkommensstarker Mitglieder Richtung PKV teilweise aufgezehrt werden. Auch dieses Instrument ist damit im Rahmen einer Bürgerversicherung deutlich einfacher und zielgerichteter zum Einsatz zu bringen. Gleichzeitig kompensiert die Bürgerversicherung bereits einige Dysfunktionalitäten der Beitragsfinanzierung und reduziert damit die Notwendigkeit einer weiteren Steuerfinanzierung.

### 5.3.7 Bewertung der Reformoptionen

Wie die vorstehenden Erwägungen gezeigt haben, ist die **Einbeziehung der gesamten Bevölkerung** in ein System verbunden mit einer **Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze** und der **Verbeitragung anderer Einkommensarten** geeignet, die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV zu überwinden. Gleichzeitig ermöglicht diese umfassende Reform des Finanzierungssystems, bisherige Verstöße gegen die horizontale und vertikale Gerechtigkeit abzuschaffen oder zumindest zu minimieren. Dies hat nicht nur eine gerechtere Verteilung der Beitragslast zwischen den Haushalten zur Folge, sondern wirkt in die Haushalte hinein. Negative Arbeitsanreize, die derzeit von der Kombination einer vergleichsweise niedrigen Beitragsbemessungsgrenze und einer Mitversicherung der Ehegatten ausgehen, könnten insbesondere durch ein **GKV-Partnersplitting** überwunden werden. Zudem ermöglicht die Einbeziehung weiterer Einkommensarten, die direkten Kosten des Produktionsfaktors Arbeit abzusenken, wovon ebenfalls positive Beschäftigungseffekte ausgehen können. Dieses Modell der Bürgerversicherung verbreitert somit nicht nur direkt die Beitrags-

basis der GKV, sondern setzt Anreize sowohl zur Aufnahme als auch zum Angebot von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und stärkt damit indirekt die finanzielle Grundlage sämtlicher Sozialversicherungszweige.

Schwieriger ist dagegen die Beurteilung der **Steuerfinanzierung**. Neben wünschenswerten Eigenschaften weist sie insbesondere eine zentrale Schwäche auf: ihre Anfälligkeit für politische Einflussnahme und damit für eine Finanzierung nach Kassenlage. Diese Problematik wiegt so schwer, dass eine weitere Ausdehnung des Steuerfinanzierungsanteils ohne Regelbindung nicht angeraten erscheint. Ein regelgebundener dynamisierter Zuschuss bzw. eine explizite Beitragszahlung für ausgewählte Personengruppen aus Steuermitteln wären dagegen positiver zu beurteilen, wenn auch bei Einführung einer Bürgerversicherung weniger notwendig. Vorbild hierfür könnten beispielsweise die Beiträge sein, die von der Rentenversicherung an die Pflegeversicherung für Pflegepersonen fließen. Die bloße Hoffnung auf zukünftig steigende Steuermittel ohne eine solche Regelbindung erscheint – insbesondere angesichts der Schuldenbremse und des Fiskalpaktes – dagegen unbegründet.

## 5.4 Reformperspektiven

Das stark fragmentierte politische System Deutschlands legt zwar inkrementellen Wandel nahe, um die Umsetzungschancen von Gesundheitsreformen zu verbessern. Allerdings sind die einzelnen Elemente einer Bürgerversicherung, die Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherungspflichtigen Personenkreises, die Ausdehnung der Beitragspflicht auf andere Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in ihrer Wirkung nicht unabhängig

voneinander, sondern als **Gesamtkonfiguration** zu begreifen. So ist der fiskalische Effekt der Einbeziehung weiterer Personenkreise größer, wenn gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und andere Einkommen einbezogen werden. Auch unter Gerechtigkeitsaspekten ist die Konfiguration der Einzelmaßnahmen entscheidend. Werden nur weitere Einkommensarten beitragspflichtig, ohne dass die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird, führt das zu einer Belastung der eher kleinen Einkommen. Dies hat die SPD 2004 dazu bewogen, ein Zwei-Säulen-Modell zu entwickeln, das aber neue Ungleichbehandlungen mit sich bringt. Wird dagegen gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, wirkt die Beitragspflicht für andere Einkommensarten auch in den mittleren und oberen Einkommensbereich hinein, sodass die vertikale Umverteilung eher verstärkt als abgeschwächt wird. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, zumindest die Bürgerversicherungselemente **gemeinsam** einzuführen. Die Einführung einer Bürgerversicherung löst dann auch viele weitere Probleme, die sonst bei Einzelmaßnahmen wie dem Beitragssplitting oder der Steuerfinanzierung auftreten. Eine große Lösung ist daher einer schrittweisen Einführung nur von Einzelementen überlegen, weil sie insgesamt stimmiger ist.

Wenn aber eine „Reform aus einem Guss“ angestrebt wird, ist es notwendig, die wahrscheinlich entschiedensten Reformgegner zu Befürwortern zu machen, da der Reformansatz ansonsten nicht durchsetzbar sein dürfte. Für die Schaffung eines integrierten Versicherungsmarktes mit einheitlicher Wettbewerbsordnung betrifft dies vor allem zwei potenzielle Reformgegner: die organisierte Ärzteschaft und die private Krankenversicherung.

Wird für die integrierte Krankenversicherung eine gemeinsame Vergütungsordnung eingeführt, drohen den **Ärzten** Einkommensver-

luste.<sup>16</sup> Schon im Reformvorschlag muss daher deutlich gemacht werden, dass diese potenziellen Einkommensverluste durch eine entsprechende Anhebung der Vergütung in der GKV ausgeglichen wird. Aktuelle Berechnungen ergeben diesbezüglich ein zusätzliches Vergütungsniveau von knapp fünf Mrd. Euro (*siehe Wasem et al. 2013*). Eine verlässliche Kompensation dieser Ausfälle durch eine Vergütungsanpassung insbesondere im ambulant-ärztlichen Bereich scheint eine notwendige Voraussetzung für die Einführung einer integrierten Krankenversicherung zu sein. Dabei sollte die Kompensation kollektiv auf die Ärzteschaft ausgerichtet sein und nicht jedem einzelnen Arzt sein bisheriges Einkommen garantieren. Damit würde auch innerhalb der Ärzteschaft mehr Gerechtigkeit geschaffen, da so der Anteil der Privatversicherten unter den eigenen Patienten seine Bedeutung für das eigene Einkommen verliert. Im Ergebnis könnte dies zu einer bedarfsgerechteren Verteilung der Ärzte im Bundesgebiet und damit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen.<sup>17</sup>

Die Interessenlage der **privaten Krankenversicherungsunternehmen** ist in Bezug auf die Einführung einer integrierten Krankenversicherung durchaus heterogen. Dies zeigte sich unter anderem in einem unveröffentlichten Strategiepapier des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (*siehe Financial Times Deutschland vom 10.6.2008*): Während die Versicherungsvereine an der Kranken-

---

<sup>16</sup> Der Widerstand der organisierten Ärzteschaft gegen eine integrierte Krankenversicherung ist aktuell dokumentiert in der Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, vom 28. Mai 2013 zur Eröffnung des 116. Deutschen Ärztetages, in der das „dual System“ begrüßt wird.

<sup>17</sup> Dies illustriert, welche hier nicht weiter thematisierten Auswirkungen eine Abschaffung des „dualen Systems“ auch für die Leistungsseite haben könnte.

vollversicherung als zentralem Geschäftsmodell festhalten, konzentrieren sich die Kapitalgesellschaften bereits auf Zusatzversicherungen.

Dabei steht die PKV im Bereich der Vollversicherung vor zwei zentralen Herausforderungen: Zum einen steht ihr eine **erhebliche Alterung ihres Versichertenbestandes** bevor. Derzeit weist sie den höchsten Versicherungsanteil bei den 35- bis 65-Jährigen, aber einen unterdurchschnittlichen bei den über 70-Jährigen auf (*siehe Rothgang 2010, 158*). Da es inzwischen für ältere PKV-Versicherte kaum mehr Möglichkeiten gibt, in die GKV zurück zu wechseln, wird sich die Altersstruktur der PKV-Versicherten deutlich schneller verschieben als in der Gesamtbevölkerung. Da die Altersrückstellungen auf Basis der Inanspruchnahme und der Lebenserwartung zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses berechnet werden, sind sie regelmäßig unzureichend, um die Ausgaben der älteren Versicherten vollständig zu decken. Die Altersstrukturverschiebung wird daher zu erheblichen Prämiensteigerungen führen. Zum anderen fehlen der PKV die **Instrumente zur Steuerung des Versorgungsgeschehens**. Aus diesem Grund weist sie in allen Hauptleistungsarten außer der Krankenhausversorgung deutlich höhere Ausgabensteigerungen auf (*siehe Raffauf et al. 2012, 79*).<sup>18</sup> Im Ergebnis stiegen die – eigentlich lebenslang konstant kalkulierten – PKV-Prämien daher in den letzten eineinhalb Dekaden jährlich um rund vier bis fünf Prozent. Vor diesem Hintergrund erscheint es als durchaus fraglich, ob die Krankenvollversicherung für die private Versicherungswirtschaft auch zukünftig einträg-

---

<sup>18</sup> Dass sich die Ausgabensteigerungen von GKV und PKV im Krankenhausbereich nur wenig unterscheiden, kann auf die für beide Systeme gemeinsam geltende DRG-Finanzierung zurückgeführt werden. Die Forderung der PKV, an den Ergebnissen der Preisverhandlungen nach dem AMNOG zu partizipieren, ist ein guter Hinweis auf die unterentwickelten Steuerungskapazitäten in der PKV.

lich ist und inwiefern eine Konzentration auf Zusatzversicherungen, die auch den „zweiten Gesundheitsmarkt“ beinhalten, für sie einträglicher ist. Eine Reform, die auf eine integrierte Versicherung im ersten Gesundheitsmarkt abzielt, sollte den PKV-Unternehmen daher nicht nur die Möglichkeit bieten, in diesem Markt neben gesetzlichen Krankenkassen unter gleichen Rahmenbedingungen Vollversicherungen anzubieten, sondern auch deutlich machen, welche Leistungen für den Zusatzversicherungsmarkt reserviert sind, die den PKV-Unternehmen vorbehalten bleiben.

Politisch notwendig zur Durchsetzung einer „großen Reform aus einem Guss“ ist es daher, von vornherein eine geeignete Kompensation für die potenziellen Reformgegner vorzusehen, um so die ansonsten zu erwartenden Reformblockaden aufzulösen. Unter diesen Bedingungen erscheint dann aber ein „big bang“ möglich, der die Chance in sich birgt, die synergetischen Effekte einzelner Bürgerversicherungselemente besser zur Geltung zu bringen.

## 5.5 Literatur

Alber J (1992), Bundesrepublik Deutschland, in: Alber J/Bernardi-Schenkluhn B (Hrsg.), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt a. M.: Campus, 31–176.

Albrecht M/Sander M/Schiffhorst G/Loos S/Anijs J/Rürup B (2013), Gerech, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Arnold R/Rothgang H (2010), Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göpf-farth D/Greß S/Jacobs K/Wasem J (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: medhochzwei Verlag, 65–94.

Bieback KJ (2005), Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. Baden-Baden: Nomos.

Bieback KJ (2013), Verfassungs- und sozialrechtliche Probleme einer Änderung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. WSI-Diskussionspapier Nr. 185. Düsseldorf.

Böckmann R (2011), Quo vadis, PKV? Eine Branche mit dem Latein am Ende? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Colombo F/Tapay N (2004), Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. Health Working Papers. Paris: OECD.

Dräther H/Rothgang H (2004), Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier 9/2004, Bremen. Bremen.

Götze R (2009), GKV-Partnersplitting als Alternative zur beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten. Workshop „Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin.

Götze R (2010), The Changing Role of the State in the Dutch Healthcare System. TranState Working Papers Nr. 141, Bremen. Bremen.

Greß S/Leiber S/Manouguian M (2009), Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. WSI-Mitteilungen 63 (7), 359-375.

Greß S/Rothgang H (2010), Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. WISO Diskurs. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Leiber S/Zwiener R (2006), Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung. WSI-Diskussionspapier Nr. 146. Düsseldorf.

Leinert J (2006), Einkommenselektion und ihre Folgen, in: Jacobs K/Klauber J/Leinert J (Hrsg.), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn, 31–47.

Lenze A (2010), Sozialrechtlicher Familienlastenausgleich, in: Lexikon des Rechts 138, 11/230, 1–8.

OECD (2009), What Are Equivalence Scales? Zugriff am 18. Mai 2013 unter <http://www.oecd.org/els/soc/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf>.

PKV-Verband (2012), Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln.

Raffauf P/Rodrigues J/Schröder J (2012), Auf dem Weg zum integrierten Versicherungsmarkt, in: Repschläger U et al. (Hrsg.), Gesundheitswesen aktuell 2012. Beiträge und Analysen. Wuppertal: Barmer GEK, 68–100.

Reiners H (2009), Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber.

Rothgang H (2010), Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. Das Gesundheitswesen 72 (3), 154–160.

Rothgang H/Arnold R/Unger R (2010a), Berechnungen zu den finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zentrum für Sozialpolitik, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bremen; Zugriff am 18. Mai 2013 unter: [www.zes.uni-bremen.de/](http://www.zes.uni-bremen.de/) -> Abteilungen -> Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung -> Gutachten und Stellungnahmen -> 2010.

Rothgang H/Cacace M/Frisina L/Grimmeisen S/Schmid A/Wendt C (2010b), The State and Healthcare: Comparing OECD Countries. Basingstoke: Houndmills.

Rothgang H/Wasem J/Greß S (2005), Kopfprämienmodelle in der GKV: Lohnt sich ein Systemwechsel? Universität Duisburg-Essen. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften. Essen; Zugriff am 31.07.2013 unter: <http://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/140.pdf>.

SPD (2013), Das Wir entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013-2017. Zugriff am 31.07.2013 unter: [http://www.spd.de/95466/regierungsprogramm\\_2013\\_2017.html](http://www.spd.de/95466/regierungsprogramm_2013_2017.html).

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2008), Die Finanzkrise meistern - Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09, Bundestags-Drucksache 16/10985 vom 18.11.2008.

Wasem J/Buchner F/Lux G/Walendzik A/Weegen L (2013), Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden: Nomos.

Wille E (2010), Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 15 (3), 102–104.



## 6 Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung

Hartmut Reiners

### 6.1 Einleitung

Schon vor 30 Jahren wurde die Gefahr einer unbezahlbaren gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heraufbeschworen. Damals warnen Autoren wie Walter Krämer vor einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die dazu führe, dass „genau im Jahre 2019 das gesamte Bruttosozialprodukt durch Gesundheitsausgaben ausgeschöpft (wird)“ (*siehe Krämer 1982, 11*). Heute nähern wir uns diesem kritischen Datum, ohne dass sich auch nur ansatzweise eine solche Diktatur der Medizin über die Volkswirtschaft abzeichnet. Dennoch entwerfen weiterhin eine Reihe von Ökonomen und Gesundheitswissenschaftlern Szenarien mit einem die Volkswirtschaft überfordernden Wachstum der GKV-Ausgaben. Den Krankenkassen werden für die weitere Zukunft Beitragssätze von 25 Prozent und mehr prognostiziert, die sich aus den Kosten des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung ergäben (*siehe Beske 2010; Drabinski 2012*). Diese Entwicklung ginge auf Kosten zukünftiger Generationen, bei denen sich die heutigen GKV-Versicherten indirekt verschuldeten, da sie für die wegen der demografischen Entwicklung zu erwartenden Ausgabenschübe nicht vorsorgen müssten (Felder/Fetzer 2007). Die Finanzierung der GKV und der Sozialen Pflegeversiche-

rung (SPV)<sup>1</sup> müsse schrittweise vom reinen Umlagesystem auf eine kapitalgedeckte Absicherung der Altersrisiken umgestellt werden, um bereits heute die morgen entstehenden Behandlungskosten finanziell abzusichern (*siehe Felder/Fetzer 2008; Postler 2010, 153 ff.*). Dieses Postulat stützt auch die Bundesärztekammer in einem auf dem Ärztetag im Mai 2013 abgesehenen Papier über die Zukunft der Krankenversicherung (*siehe BÄK 2013*). Demnach stehen folgende Fragen zur Diskussion:

- Macht die demografische Entwicklung die GKV tendenziell unbezahlbar?
- Verletzt die Umlagefinanzierung der GKV die Generationengerechtigkeit?
- Werden die demografischen Risiken durch Kapitaldeckung effektiver abgesichert als durch die Umlagefinanzierung?

## 6.2 Demografische Entwicklung und Gesundheitsausgaben

In der Debatte über die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben werden drei Problemebenen vermengt. Zunächst stellt sich die Frage, weshalb ein expandierendes Gesundheitswesen überhaupt als Bedrohung empfunden wird. Kaum jemand beklagt sich doch etwa über eine wachsende Automobilindustrie. Außerdem werden in einem Atemzug der medizinisch-tech-

---

<sup>1</sup> Die Probleme der Pflegeversicherung werden hier nicht diskutiert (*siehe Dräther et al. 2009*).

nische Fortschritt und die alternde Bevölkerung als Ursache für die prognostizierten Ausgabenschübe genannt, obwohl es sich um zwei verschiedene, nur bedingt verknüpfte Vorgänge handelt.

### 6.2.1 Steigende Gesundheitsausgaben – ein Krisensymptom?

Alle modernen Volkswirtschaften verwenden einen stetig wachsenden Teil ihrer Wirtschaftskraft auf das Gesundheitswesen. Dieses Phänomen beruht im Kern auf einer allgemeinen ökonomischen Gesetzmäßigkeit. Das Gesundheitswesen hat als Dienstleistungsbranche wegen der gegenüber der Industrieproduktion geringeren Rationalisierbarkeit die Eigenschaft, einen immer größeren Anteil der Wertschöpfung und des Arbeitskräftepotenzials moderner Volkswirtschaften für sich zu beanspruchen. Für die Verbraucher drückt sich diese unterschiedliche Produktivitätsentwicklung in relativ sinkenden Konsumgüteraussgaben und relativ steigenden Preisen für Dienstleistungen aus, u. a. im Gesundheitswesen. Der steigende Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist daher an sich kein Krisensymptom, sondern Ausdruck von Strukturveränderungen und auch steigendem Wohlstand.

Die Verlagerung volkswirtschaftlicher Ressourcen in das Gesundheitswesen ist zugleich ein Instrument zur Bewältigung der durch den Strukturwandel zwangsläufig entstehenden Arbeitsmarktprobleme. So wie die Industrie bis in die 1960er Jahre die in der Landwirtschaft nicht mehr benötigten Arbeitskräfte auffing, können heute personalintensive Dienstleistungsbranchen wie das Gesundheitswesen die durch die Rationalisierungen in der Industrie wegfallenden Arbeitsplätze ersetzen. Darauf wies der Wirtschafts-Sachverständigenrat be-

reits in seinem Jahresgutachten 1985/86 hin (*siehe SVR-W 1985, Ziffern 358 ff.*). Deshalb ist es auch irreführend, die Sozialabgaben für die GKV und SPV nur als betriebswirtschaftlichen Kostenfaktor zu bewerten. Auf jeden Fall ist die in der Politik dominierende Behauptung, steigende GKV-Beiträge hätten als Lohnnebenkosten eine schädliche Wirkung auf die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft, ohne empirischen Beleg (*siehe Reiners 2011, 43 ff.; Holst 2011*). Der Gesundheits-Sachverständigenrat konnte in einer Modellrechnung sogar zeigen, dass steigende Krankenkassenbeiträge positive Beschäftigungseffekte haben können, weil dieses Geld in einen arbeitsplatzintensiven Wirtschaftszweig fließt (*siehe SVR-G 1996, Ziffern 369 ff.*).

### 6.2.2 Tappt die moderne Medizin in eine Fortschrittsfalle?

Damit ist nicht gesagt, dass die Gesundheitsausgaben ungehemmt steigen können oder gar sollen. In dem Maß, wie ihr Wachstum einen abnehmenden Grenznutzen für die Patientinnen und Patienten hat, schwindet auch dessen ökonomische Legitimation. Dem steht die ständig strapazierte Behauptung gegenüber, die moderne Medizin laufe in eine Fortschrittsfalle, weil sie mehr leisten könne als letztlich bezahlbar sei (*siehe Krämer 1989; Beske 2010*). Die empirischen Belege für dieses Postulat fallen dürftig aus, wie *Postler (2010, 82 ff.)* in einer Bestandsaufnahme der Literatur zur Ausgabenwirksamkeit des medizinisch-technischen Fortschritts feststellen muss. Dennoch hält er die von *Breyer/Ulrich (2000)* entwickelte und auch von anderen Autoren verwendete Faustregel für plausibel, dass der medizinische Fortschritt die realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben um jährlich 1 Prozent steigen lässt. Den Protagonisten dieser These müsste eigentlich die Tatsache ein Rätsel sein, dass der Anteil der GKV-Ausgaben

am Bruttoinlandsprodukt (BIP) seit 30 Jahren relativ konstant ist (6 bis 6,5 Prozent), also keine das allgemeine Wirtschaftswachstum übersteigende Tendenz aufweist. Hat es etwa in diesem Zeitraum nennenswert keinen medizinischen Fortschritt für Kassenpatienten gegeben? Das wird niemand ernsthaft behaupten wollen. Medizinische Innovationen sind zwar mit teilweise hohen Fallkosten verbunden, aber deshalb müssen nicht die gesamten Gesundheitsausgaben tendenziell aus dem Ruder laufen. Der medizinische Fortschritt hat einen Rationalisierungseffekt, der allerdings schwer messbar ist, weil er sich eher langfristig zeigt. Auf jeden Fall müsste man, um die ökonomischen Auswirkungen medizinischer Innovationen zu erfassen, ihre Fallkosten mit den Ausgaben saldieren, die angefallen wären, wenn es diese Neuerungen nicht gegeben hätte.

Nicht der medizinische Fortschritt an sich bringt ein Kostenproblem, sondern dessen unwirtschaftliche Umsetzung. Die Begrenzung der angebotsinduzierten Nachfrage mit all ihren Facetten ist ein zentrales Steuerungsproblem im Gesundheitswesen (*siehe Rice 2004, 151 ff.*). Dem Medizinbetrieb wohnt ein Trend zum "Add-on" inne. Neue Diagnose- und Behandlungsverfahren ersetzen nicht immer die alten Methoden. Letztere werden insbesondere in der Diagnostik weiterhin angewendet, auch wenn sie bekanntermaßen überholt oder nicht erforderlich sind. Hinzu kommt, dass etliche im Prinzip effektive Verfahren übermäßig oder falsch eingesetzt werden. Die Liste von Beispielen für fragwürdige Praktiken im Gesundheitswesen ist lang (*siehe Deyo/Patrick 2005; Schmacke 2005*). So steht z. B. die massenhafte, im Einzelfall oft überflüssige Anwendung bildgebender Verfahren in einem schlechten Verhältnis zu dem damit erzielten klinischen Nutzen. Auch sind minimal-invasive Eingriffe nicht per se nützlich, wie die viel zu häufig durchgeführten Gallenblasenoperationen oder Koronarinterventionen zeigen. Bei den Bypass-Operationen sind wir

laut *OECD (2010)* mit 116 Eingriffen je 100.000 Einwohner mit Abstand internationaler Spitzenreiter (OECD-Durchschnitt: 47). Bei Interventionen mit Herzkathetern (PTCA) liegt diese Quote bei 624, ohne dass die Sterblichkeitsrate ischämischer Herzkrankheiten bei uns niedriger als in vergleichbaren Ländern ist.

Vor diesem Hintergrund stellt sich weniger die Frage, ob die Medizin zu viel kann, sondern ob sie nicht zu viel verspricht. Der Medizinhistoriker Roy Porter kommt bei aller Wertschätzung des medizinischen Fortschritts zu einem ernüchternden Fazit (*siehe Porter 2000, 717*): „Die Medizin hat zu übersteigerten Erwartungen geführt, welche die Öffentlichkeit gern übernahm. Da aber diese Erwartungen ins Unermessliche wachsen, werden sie unerfüllbar: Die Medizin wird ihre Grenzen neu definieren müssen, auch wenn ihre Möglichkeiten immer größer werden.“ Demnach droht der modernen Medizin tatsächlich eine Fortschrittsfalle. Aber nicht, weil ihre Erfolge die vorhandenen ökonomischen Ressourcen übersteigen, sondern weil sie oft überwertet und mystifiziert werden. Dieser Falle entkommt sie nur durch die nüchterne und transparente Bewertung ihrer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen einer evidenzbasierten Medizin (*siehe Klemperer 2011, 64 ff.*).

### 6.2.3 Alterung der Bevölkerung: Auswirkungen auf die GKV-Ausgaben

Zur Entwicklung der Krankenkassenbeiträge sind Schätzungen mit einer großen Spannweite im Umlauf. Eine von der *Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2003, 413 ff.)* zusammengestellte Übersicht von 16 Prognosen aus den Jahren 1995 bis 2002 ergab für das Jahr 2030 Schwankungen zwischen 16 und 25 Prozent und für

2040 zwischen 15 und 30 Prozent. Danach erstellte Hochrechnungen für die Jahre 2050 und 2060 bewegen sich zwischen 25 und 43 Prozent (*siehe Beske 2010; Drabinski 2012*). Diese große Bandbreite basiert auf unterschiedlichen Annahmen über variable Einflussfaktoren, die mit der zeitlichen Entfernung des Prognosejahres unsicherer werden und leicht in sich selbst erfüllenden Prophezeiungen münden (*siehe Bosbach 2004*) oder, wie der US-Ökonom *Paul Krugman (2013)* langfristige Prognosen generell bewertet, in langweiliger Science Fiction münden:

- Auswirkungen der Altersstruktur der Bevölkerung auf den Behandlungs- und Betreuungsbedarf,
- Veränderungen in der Sozialstruktur,
- Entwicklung und Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts,
- Reduzierung bzw. Spreizung der sozialen Ungleichheit,
- das allgemeine Wirtschaftswachstum und die sich daraus ergebenden Produktivitäts- und Verteilungseffekte sowie
- die Finanzierungs- und Versichertenstruktur der GKV.

Natürlich nehmen ältere Menschen das Gesundheitswesen häufiger in Anspruch als jüngere. Die über 65-Jährigen stellen in Deutschland 20,4 Prozent der Bevölkerung, haben aber mit 48,4 einen mehr als doppelt so hohen Anteil an den Krankheitskosten (*siehe GBE-Bund, Stand 2008*). Daher ist es auch unstrittig, dass mit einem wachsenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung die Gesundheitsausgaben steigen. Unklar ist nur das Ausmaß dieser Zunahme. Hier stehen sich zwei Postulate gegenüber:

- Die **Medikalisierungsthese** geht davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung quasi synchron die Leistungsinanspruchnahme bzw. Behandlungsausgaben zunehmen. Das scheinen Daten des Statistischen Bundesamtes sowie der GKV und PKV zu belegen (*siehe SVR-G 2009, Ziffern 80–82*). Verschiedene Studien geben aber deutliche Anhaltspunkte dafür, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für akutmedizinische Behandlungen ab der Altersgruppe von 70 bis 75 Jahren sinken (*siehe Brockmann/Gampe 2005*). Dafür gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen. So haben Hochbetagte bestimmte kostenträchtige Eingriffe bereits hinter sich oder werden aggressiven und teuren akutmedizinischen Behandlungen nicht mehr ausgesetzt. Auch wächst die Zahl der „gesunden Alten“.
- An dieses Phänomen knüpft die von *Fries (1980)* entwickelte **Kompressionsthese** an. Die Phase der behandlungsintensiven Multimorbidität werde in ein immer höheres Alter verschoben. Mit der Verlängerung der Lebenserwartung weiteten sich als Folge besserer Lebensbedingungen, der Aktivierung der Eigenpotenziale zur Gesunderhaltung sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung die Lebensphasen in guter Gesundheit aus. Auch ist mittlerweile gut belegt, dass der größte Teil der Gesundheitsausgaben im Laufe eines Menschenlebens in den beiden Jahren vor dem Tod anfällt (*siehe Felder 2008*).

Es gibt allerdings schichtspezifische Unterschiede. Die Kompressionsthese hat vor allem in höheren Einkommens- und Bildungsschichten hohe empirische Evidenz. Das entspricht Erkenntnissen der Sozialepidemiologie, wonach ein erheblicher Teil der dem Alter zugeschriebenen Morbidität eigentlich der sozialen Ungleichheit anzulasten ist (*siehe Klemperer 2011, 193 ff.*). Daraus folgt, dass die Kompressionsthese mit der Nivellierung sozial bedingter Morbiditätsunterschiede an Bedeutung gewinnt.

### 6.3 Benachteiligt die Umlagefinanzierung der GKV die nachwachsenden Generationen?

Der Umlagefinanzierung der GKV wird vorgeworfen, ihre nicht nach Alter differenzierten Beiträge benachteiligten die nachwachsende Generation. Dieses Postulat wird mit sogenannten „Generationenbilanzen“ unterfüttert, in denen die Differenz zwischen den zukünftig wegen der Alterung der Gesellschaft zu erwartenden Ausgabenzuwächsen und den Beitragszahlungen der jetzt aktiven Generation berechnet wird. *Stefan Felder und Stefan Fetzer (2007)* kommen in einer Modellrechnung auf eine sich bis 2055 auf knapp 25 Prozent des BIP akkumulierende „implizite Schuld“ der heutigen Beitragszahler in der GKV gegenüber zukünftigen Generationen. Dieser Schuldenberg entstehe nicht oder zumindest nicht in der Höhe, wenn man wie in der PKV einen Teil der dann entsprechend anzuhebenden Krankenkassenbeiträge in einen Kapitalfonds zur Deckung dieser Alterslasten einzahlen würde.

Szenarien wie die von Felder und Fetzer sind schon deshalb unsinnig, weil sie sich auf (fiktive) Transfers im Gesundheitswesen beschränken und alle anderen sozioökonomischen Beziehungen zwischen den Generationen ausklammern. Mit dem gleichen Recht, wie zukünftige Belastungen der Jüngeren durch die irgendwann anfallenden Krankheitskosten ihrer Eltern und Großeltern zu deren „Schulden“ aufsummiert werden, könnten letztere ihrem Nachwuchs deren Ausbildungskosten und andere Infrastrukturinvestitionen in Rechnung stellen, von denen die Jüngeren profitieren. Ein belastbares Konzept der Generationengerechtigkeit muss nämlich, wie Axel Börsch-Supan feststellt, eine Bilanz aller Vor- und Nachteile aufstellen, „welche die Geschichte einer bestimmten Generation beschert, und darin die Gewinne und Kosten von Erfindungen, Kriegen, wirtschaftlichen und

demographischen Krisen einer jeden einzelnen Generation nach dem Verursacherprinzip zurechnen“ (siehe Börsch-Supan 2003, 5). Das ist eine praktisch unerfüllbare Bedingung.

Auch wenn man eine Generationenbilanz auf statistisch erfassbare Sozial- und Vermögenstransfers beschränkt, kann man unter dem Strich keine Benachteiligung der nachwachsenden Generationen feststellen. Zu diesem Ergebnis kommt *Peter Bofinger (2008)* in einer Bestandsaufnahme der intergenerativen Effekte von Vermögens- und Sozialtransfers:

- Das reale Reinvermögen der Privathaushalte ist zwischen 1991 und 2005 stärker gewachsen (+ 40 Prozent) als das der Gesamtwirtschaft (+ 15 Prozent). Die Sparquote liegt mit 10 bis 11 Prozent im internationalen Vergleich sehr hoch. Alles in allem vererbt die jetzt aktive Generation ihren Nachfahren ein deutlich höheres Privatvermögen, als sie selbst übernommen hat.
- Das Problem liegt nicht in der inter-, sondern in der intragenerativen Verteilung. Die beiden oberen Dezile der Bevölkerung halten 80 Prozent des Geldvermögens (incl. Wertpapiere), mit dessen Vererbung auch die soziale und ökonomische Disparitäten auf die nachwachsenden Generationen übertragen werden. Dieser Effekt wird durch eine im internationalen Vergleich geringe Erbschaftsteuer verschärft. Hätten wir hier die in den USA geltenden Steuersätze, würden zusätzlich 50 Mrd. Euro an den Fiskus fließen.
- Dieses Geld fehlt umso schmerzlicher, als das öffentliche gegenüber dem privaten Vermögen schrumpft. Das hat einen empfindlichen Substanzverlust in der öffentlichen Infrastruktur zur Folge. Bei entsprechenden Investitionen liegt Deutschland unter den 27 EU-Staaten an vorletzter Stelle. Noch blamabler ist sein Ranking

bei den Investitionen in das Humankapital, wo Deutschland unter den OECD-Staaten den drittletzten Platz einnimmt.

- Die Hauptlast für die Umstellung der Rentenversicherung auf mehr private Vorsorge (Riester-Rente) und Erhöhung des Renteneintrittsalters tragen die mittleren Jahrgänge (ab 1964), während die jüngeren heute entlastet werden. Wie es für sie im Rentenalter aussieht, ist angesichts der nachgewiesenen Mängel der Riester-Rente (*siehe Hagen/Kleinlein 2011*) und einer seit Jahren sinkenden Rendite privater Lebensversicherungen (*siehe Der Spiegel Nr. 2/2011, 62 f.*) eine andere Frage.

Alles in allem kann die junge Generation mit dem, was sie insgesamt von ihren Eltern erbt, hoch zufrieden sein. Wenn sie einen Grund zur Klage hat, dann wegen der völlig unzureichenden Investitionen in die öffentliche Infrastruktur und das Humankapital. Hier entstehen Defizite, unter denen die Jüngeren zu leiden haben. Sie sind aber auch für die ältere Generation eine Bedrohung, denn ihre Renten hängen von einer hohen Produktivität unserer Volkswirtschaft ab. Die aber ist ohne eine gut ausgestattete öffentliche Infrastruktur und Bildungseinrichtungen nicht zu gewährleisten. Nicht das Umverteilungsprinzip der Sozialabgaben gefährdet die Generationengerechtigkeit, sondern die wachsende Diskrepanz zwischen privatem Reichtum und öffentlicher Armut.

## 6.4 Ist die Kapitaldeckung von Altersrisiken dem Umlageverfahren überlegen?

Der PKV-Verband appelliert mit dem Slogan „Vorbildlich: Eine Krankenversicherung mit eingebauter Altersvorsorge“ an die populäre Vorstellung, eine Volkswirtschaft könne die demografischen Risiken mit einer Art kollektivem Sparbuch absichern, von dem man bei Bedarf Geld für Rentenzahlungen und altersbedingte Gesundheitsausgaben abheben kann. Diese „Hausväterökonomie“ (siehe *Bofinger 2004*), die auch Angela Merkel mit ihrem finanzpolitischen Leitbild der „schwäbischen Hausfrau“ und Unionspolitiker mit ihrer Forderung nach dem Aufbau einer „Demografiereserve“ pflegen, geht davon aus, dass das Sozialbudget wie ein Privathaushalt funktioniert, der für zukünftige Ausgaben Rücklagen bilden sollte. Das ist eine Illusion.

### 6.4.1 Die Kapitaldeckung und Mackenroths Gesetz

Es gilt vielmehr der schon vor 60 Jahren von Gerhard Mackenroth, einem der geistigen Väter der großen Rentenreform von 1957, formulierte und als „Mackenroths Gesetz“ in die Geschichte der Sozialpolitik eingegangene Kernsatz, „dass aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss.“ (siehe *Mackenroth 1952, 41*) Anders ausgedrückt: Die finanziellen Altersrisiken müssen immer dann von einer Volkswirtschaft bewältigt werden, wenn sie in Form von Renten und Gesundheitsausgaben konkret anfallen. Demnach lassen sich demografische Risiken nicht durch ein bestimmtes Finanzierungssystem wegzaubern, sie gelten sowohl für das Umlage- als auch für das Kapitaldeckungsverfahren (siehe *Ganßmann 2002; Schmähl 2009*). Beide basieren auf Rechtsansprüchen bzw. Anwartschaften für eine Beteiligung am zukünftigen Volksein-

kommen, die durch Zahlungen in Form von Steuern, Abgaben oder Versicherungsprämien an einen Fonds entstehen, der die Altersrisiken finanziell absichert. Diesen Mechanismus haben das Umlage- und das Kapitaldeckungsverfahren gemeinsam. Der praktische Unterschied liegt, neben der jeweils besonderen Kalkulation der Ansprüche, im Gewährleistungsträger.

Während das Umlagesystem vom Sozialbudget und damit letztlich von der Politik getragen wird, ist das Kapitaldeckungsverfahren vom Finanzmarkt abhängig. Es benötigt zur Erfüllung seiner Verpflichtungen ein ausgewogenes Verhältnis von Sparen und Entsparen. Akkumulierte Reserven lassen sich nur dann ohne Verluste für die Älteren aktivieren, wenn die sparende Generation mit ihren Einlagen entsprechend hohe Mittel zu ihrer Refinanzierung einschießt. Bringen mehr Entsparer ihr Portfolio auf den Markt, als Sparer zu kaufen bereit oder finanziell in der Lage sind, führt dies zwangsläufig zu einer Entwertung der angehäuften Vermögen. Das Ersparte ist nicht mehr so viel wert, wie zum Einzahlungstermin erhofft – man kann damit nicht mehr so viele Güter kaufen, wie man sich mal ausgerechnet hatte. Genau dieses in der Literatur als **”asset meltdown”** bezeichnete Phänomen droht bei der prognostizierten demografischen Entwicklung. Kommen heute noch 1,7 Sparer auf einen Entsparer, so wird sich dieses Verhältnis bis 2040 angesichts der geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1969 ausgleichen, wenn nicht umkehren, beschreibt die Hypovereinsbank (*siehe Heigl/Katheder 2003*) das als **”age wave”** bekannte Demografieproblem der Kapitalmärkte. Vor dem Hintergrund von erwartbarer Produktivität und Inflation sei ein Verhältnis der Sparer zu den Entsparenern von mindestens 1,2 zu 1 erforderlich, wenn die Versicherungen und deren Kunden keine Wertverluste des angesparten Kapitals erleiden sollen. Sie halten die damit verbundenen Risiken jedoch für beherrschbar, da sie einen über-

schaubaren Zeitraum betreffen, für den man finanztechnische Vorsorge tragen könne. Die Banker vertrauen also darauf, dass der internationale Finanzmarkt in der Lage ist, mit diesem Problem fertig zu werden. Das ist angesichts dessen unberechenbarer Mechanismen eine mutige Annahme, wie gleich gezeigt wird.

Eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kapitaldeckung wäre zudem mit zusätzlichen Belastungen für die derzeitigen Beitragszahler verbunden. Sie müssten sowohl die für ihre eigene Absicherung erforderliche Kapitalmenge ansparen als auch die erworbenen Ansprüche der älteren Generation finanzieren. Das wäre mit deutlichen Beitragssatzsteigerungen verbunden. *Cassel/Overdieck (2002)* kamen in einer Modellrechnung für die Jahre 2003 bis 2040 zu dem Ergebnis, dass man je nach Annahme über die zu erwartenden Ausgabensteigerungen bei einem ab 2003 konstanten GKV-Beitragssatz von 15,9 bzw. 17,3 Prozent und einer Kapitalrendite von 4 Prozent im Jahr 2040 einen Kapitalstock mit einer leichten Überdeckung der anfallenden Kosten erhält, bei 3,5 Prozent Rendite aber schon im Defizitbereich liegt. Der durchschnittliche GKV-Beitrag lag 2002 bei 13,98 Prozent, d. h., diese Berechnung basiert auf einem Zusatzbeitrag für den Kapitalstock von 2 bzw. 3,4 Prozentpunkten. Würde dieser Beitragsaufschlag zudem, wie von *Cassel/Overdieck* vorgeschlagen, allein von den Versicherten getragen, würde sich deren Beitragsbelastung von aktuell 8,2 auf 10,2 bzw. 11,6 Prozent erhöhen. Der Aufbau eines Kapitalstocks würde also mit Verlusten beim verfügbaren Einkommen erkauft, ein sozial wie volkswirtschaftlich nicht gerade überzeugender Effekt.

### 6.4.2 Die Kapitaldeckung und die globalen Finanzmärkte

Die Verfechter der Kapitaldeckung kritisieren Mackenroths Gesetz mit dem Hinweis, dessen Logik basiere auf dem Modell einer geschlossenen Volkswirtschaft. In Zeiten der Globalisierung stehe für die Abdeckung der Altersrisiken aber auch der internationale Kapitalmarkt zur Verfügung (*siehe Lampert/Althammer 2001, 234*). Auf diesem Weg könne man Diskrepanzen zwischen Sparen und Entsparen im eigenen Land durch die Kapitalnachfrage in „jüngeren“ Volkswirtschaften überbrücken. Das Demografieproblem soll also quasi exportiert und auch aus der Wertschöpfung anderer Länder abgesichert werden. Nun hat Mackenroth keineswegs auf der Basis einer geschlossenen Volkswirtschaft argumentiert, vielmehr ging er von einer Realwirtschaft mit Außenhandelsbeziehungen aus. Aber akzeptieren wir mal diese auf die Leistungsbilanz abzielende Relativierung der Mackenroth-These. Eine solche Strategie hätte, wenn überhaupt, nur dann eine Perspektive, wenn allein Deutschland vor einem demographischen Problem stünde. Ein Blick auf entsprechende Vergleichsstatistiken zeigt, dass so gut wie alle führenden Industrienationen dieses Schicksal teilen und nach entsprechenden Kompensationsmöglichkeiten suchen müssten (*siehe Reiners 2011, 61*). Diese Länder scheiden also als aufnahmebereiter Anlagemarkt weitgehend aus.

Bleiben noch die aufstrebenden Volkswirtschaften Asiens und Lateinamerikas, um aus den dort zu erwartenden Kapitalerträgen die demografischen Risiken unserer Pensionsfonds zu decken. Diese Strategie setzt darauf, dass „junge“ Länder wie Indien oder China einerseits Fremdkapital für ihre wirtschaftliche Entwicklung benötigen, andererseits selbst keine demografischen Probleme haben. Beide Annahmen sind falsch. Der Anteil der über 60-Jährigen an der Bevölkerung wird sich in China und Indien den nächsten 30 bis 40 Jahren nach Schätzungen der UN mehr als verdreifachen. Auch von Kapitalknappheit

kann weder global noch in diesen boomenden Volkswirtschaften die Rede sein. Vor allem China hat mittlerweile riesige Außenhandelsüberschüsse aufgebaut und sich selbst zum bedeutenden Kapitalexporteur entwickelt. Zudem gibt es seit Jahren eine weltweite Überakkumulation an Kapital (*siehe Huffschmid 2007*), die mit für die periodischen Krisen der internationalen Finanzmärkte verantwortlich ist. Allein zwischen 2000 und 2005 hat sich das globale Vermögen von institutionellen Investoren (Banken, Pensionsfonds, Versicherungen) um fast 50 Prozent von 37 auf 55 Billionen Dollar erhöht. Würden die „alten“ Volkswirtschaften versuchen, ihre Alterslasten über die Wertschöpfung dieser „jungen“ Volkswirtschaften zu bewältigen, träfe dieser Kapitalzufluss auf ein eh schon problematisches Überangebot von nach Anlage suchenden Mitteln, mit der zwangsläufigen Folge eines weiteren Aufpumpens von Spekulationsblasen.

Der Zusammenbruch der globalen Finanzmärkte von 2008 hat weltweit fast ein Viertel des Vermögens von Pensionsfonds vernichtet (*siehe OECD 2009*). Dieser Crash war kein Betriebsunfall, sondern systemisches Resultat einer eigenen, von der Realwirtschaft abgekoppelten Welt. Was dort zählt, sind keine langfristigen Investitionsstrategien, sondern kurzfristige Verkaufserfolge und „Hypes“ an den Börsen, die sich weniger an wirtschaftlichen Fakten als an Stimmungen orientieren. Mangels fundierter Informationen schauen die Finanzmarktakteure darauf, was die anderen machen. So schaukelt man sich gegenseitig hoch oder fällt in eine kollektive Panik. Hyman P. Minsky hat diese manisch-depressive Psychopathologie der Investmentbanker bereits in den 1970er Jahren in jetzt auch in deutscher Sprache erschienenen Untersuchungen zur finanziellen Instabilität der Kapitalmärkte analysiert (*siehe Minsky 2011*). Bestimmte Finanzprodukte, etwa die berühmten Kreditderivate, versprechen kurzfristig große Gewinne. Die Banken geben angesichts steigender Kurse entsprechender Fonds bedenkenlos im großen Stil Kredite für diese Geschäfte,

auch wenn sie deren Mechanismen nicht wirklich durchschauen. Eine von Zentralbanken eigentlich zur Förderung von Investitionen in der Realwirtschaft praktizierte Politik des billigen Geldes fördert sogar noch indirekt diese Wettgeschäfte. Es entsteht eine Spekulationsblase, deren ebenso erwartbares wie die Player an den Casinos der Finanzmärkte überraschendes Platzen das fragile Geflecht der Kreditmärkte erschüttert. Die erst ohne Skrupel alle möglichen Fonds finanzierenden Banker wissen nicht mehr, wie sie die Risiken bewerten sollen und geraten in Panik. Die Euphorie, mit der von den Banken zuvor Geld in den Markt gepumpt wurde, weicht einer paranoiden Vorsicht bei der Kreditvergabe. „Banken vertrauen sich untereinander nicht mehr und drehen deswegen den Geldhahn zu“, konstatierten die Finanzmarktexperten Franke und Krahn (2007) bereits ein Jahr vor dem Zusammenbruch von Investmentbanken wie Lehmann Brothers oder Bear Stearns.

Spätestens wenn die Depression an den Finanzmärkten in eine allgemeine wirtschaftliche Rezession umzuschlagen droht, erfolgen laute Hilferufe an die Zentralbanken und Regierungen. Auf einmal scheuen sich sonst entschiedene Verfechter von Privatinitiative und Eigenverantwortung nicht, sogar die Verstaatlichung von Banken zu fordern, um zu retten, was noch zu retten ist. Das war nicht erst in den Jahren 2008 und 2009 so. Bereits 2003 musste die Bundesregierung als „stiller Retter“ (siehe *Der Spiegel* Nr. 43/2003, 26 ff.) mit einem milliardenschweren Hilfspaket in Form von erweiterten Abschreibungsmöglichkeiten die Versicherungswirtschaft vor einem finanziellen Desaster zu bewahren. Diese hatte in den drei vorangegangenen Jahren über 100 Milliarden Euro an der Börse versenkt. Wenn schon das Finanzkapital im Ernstfall auf den Staat als rettenden „weißen Ritter“ setzt, welchen Grund sollten dann die Bürger haben, ihre soziale Sicherung dem Finanzmarkt und nicht dem Staat anzuvertrauen?

## 6.5 Fazit

Die Debatte über Kapitaldeckung in der GKV ist eine deutsche Spezialität. In der internationalen Literatur dominiert eher die Auffassung, dass der demografische Wandel generell kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme ist. Der über Steuern und Abgaben finanzierte Wohlfahrtsstaat wird in Verbindung mit einem effektiven, eine hohe Produktivität der Wirtschaft sichernden Bildungssystem als das sicherer funktionierende „Sparschwein“ moderner Volkswirtschaften bewertet (*siehe Barr 2001; Esping-Andersen 2002*). Genau dieser Zusammenhang von Sozial- und Bildungspolitik muss auch bei uns in den Fokus der öffentlichen Debatte gerückt werden, anstatt mit fragwürdigen Generationenbilanzen eine Ausbeutung der Jungen durch die Alten heraufzubeschwören. Eine nachhaltige Sicherung der GKV-Finanzierung erreicht man darüber hinaus nur auf zwei Wegen:

- Rationale Verwendung der Ressourcen im Gesundheitswesen durch Qualitätssicherung, Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Reduzierung von Add-on-Effekten in der medizinischen Versorgung.
- Auflösung des wirtschaftlich wie sozial nicht begründbaren dualen Systems von GKV und PKV in einer Bürgerversicherung mit erweiterter Finanzierungsbasis (*siehe hierzu auch den Beitrag von Rothgang und Götze in diesem Band*).

## 6.6 Literatur

Barr N (2001), *The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State.* Oxford (UK): Oxford University Press.

Beske F (2010), *Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen.* IGSF-Schriftenreihe Band 116. Kiel.

Bofinger P (2004), *Sinnloses Sparen.* Süddeutsche Zeitung, 2.1.2004.

Bofinger P (2008), *Gerechtigkeit für Generationen. Eine gesamtwirtschaftliche Perspektive.* Bonn: Friedrich Ebert Stiftung; Zugriff am 18.07.2013 unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/05902.pdf>.

Börsch-Supan A (2003), *Zum Konzept der Generationengerechtigkeit,* Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.mea.mpsoc.mpg.de/fileadmin/files/topics/Paper\\_GenGerechtigkeit\\_17Jun03.pdf](http://www.mea.mpsoc.mpg.de/fileadmin/files/topics/Paper_GenGerechtigkeit_17Jun03.pdf).

Bosbach G (2004), *Demografische Entwicklung nicht dramatisieren.* Gewerkschaftliche Monatshefte 55 (2), 96–103.

Breyer F/Ulrich V (2000), *Gesundheitsausgaben, alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse.* Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220 (1), 1–17.

Brockmann H/ Gampe J (2005), *The cost of population aging: forecasting future hospital expenses in Germany.* MPIDR-Working Paper WP 2005-007, Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2005-007.pdf](http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2005-007.pdf).

BÄK (Bundesärztekammer) (2013), *Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland,* Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.bundesaerztekammer.de/downloads/116DAeAntrag\\_ZukunftKrankenversicherung\\_April\\_2013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/116DAeAntrag_ZukunftKrankenversicherung_April_2013.pdf)

Cassel D/Overdiek V (2002), *Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Wirtschaftsdienst 82 (1), 15–22.

Deyo RA/Patrick DL (2005), *Hope or Hype. The Obsession with Medical Advances and the High Costs of False Promises.* New York, NY: Amacom.

- Drabinski T (2012), GKV 2060. Kiel: IfDM-Schriftenreihe Band 20.
- Dräther H/Jacobs K/Rothgang H (Hrsg.) (2009), Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart.
- Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2002), Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Zur Sache 3/2002. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Esping-Andersen G (2002), Why We Need a New Welfare State. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Felder S (2008), Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. G+G Wissenschaft 8 (4), 23–30.
- Felder S/Fetzer S (2007), Die Gesundheitsreform – (k)ein Weg zur Entlastung zukünftiger Generationen? Gesundheits- und Sozialpolitik 61 (7–8), 39–45.
- Felder S/Fetzer S (2008), Wenn nicht jetzt, wann dann? Zur Reform der Pflegeversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 97 (2), 144–161.
- Franke G./Krahn j.P. (2007), Finanzmarktkrise: Ursachen und Lehren. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 27.1.2007
- Fries (1980), Aging, natural death, and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine 303 (3), 130–135.
- Ganßmann H (2002), Der Großvater, sein Enkel und die Rentenreform, in: Burkart G/Wolf J (Hrsg.), Lebenszeiten. Erkundungen zur Soziologie der Generationen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 275–285.
- GBE-Bund, Krankheitskosten je Einwohner. Tabelle; Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten einzelner Krankheiten.
- Hagen K/Kleinlein A (2011), Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. DIW-Wochenbericht 47, 4–14.
- Heigl A/ Katheder M. (2001), Age Wave – zur Demografieanfälligkeit von Aktienmärkten, München: Hypovereinsbank, Policy Brief Volkswirtschaft 4.

- Holst J (2011), Senkung der Krankenkassenbeiträge: Ein untauglicher Weg zur Verringerung der Lohn“neben“kosten. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47. Hamburg: Argument, 49–73.
- Huffschmid (2007), Politische Ökonomie der Finanzmärkte. Hamburg: VSA.
- Klemperer D (2011), Sozialmedizin – Public Health. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Krämer W (1982), Wer leben will muß, zahlen. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre möglichen Auswirkungen. Düsseldorf: Econ.
- Krämer W (1989), Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Krugman P (2013), Fight the Future. New York Times vom 16.06.2013.
- Lampert H/Althammer J (2001), Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. überarbeitete Auflage. Berlin-Heidelberg-New York: Springer
- Mackenroth G (1952), Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. Schriften des Vereins für Socialpolitik Neue Folge Band 4. Berlin: Duncker & Humblot.
- Minsky HP (2011), Instabilität und Kapitalismus. Hrsg. Folge von J. Vogl. Zürich: Diaphenes.
- OECD (2009), Renten auf einen Blick 2009: Die Krise und die Rentenpolitik; Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.oecd.org/dataoecd/27/60/43130885.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/27/60/43130885.pdf).
- OECD (2010), Value for Money in Health in Health Spending. Paris: OECD.
- Porter R (2000), Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Berlin-Heidelberg: Spektrum.
- Postler A (2010), Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Reiners H (2011), Mythen der Gesundheitspolitik. 2. überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Rice (2004), Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn: KomPart.

Schmacke N (2005), *Wie viel Medizin verträgt der Mensch?* Bonn/Bad Homburg: KomPart.

Schmähl W (2009), „Generationengerechtigkeit“ als Begründung für eine Strategie „nachhaltiger“ Alterssicherung in Deutschland, in: Schmähl W, *Soziale Sicherung: Ökonomische Analysen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 401–413.

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (1996), *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeits-reserven und Beschäftigung. Baden-Baden: Nomos.

SVR-G (2009), *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Baden-Baden: Nomos.

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (1985), *Auf dem Weg zu mehr Beschäftigung*. Jahresgutachten 1985/86. Baden-Baden: Nomos.

## 7 Solidarverträgliche Wettbewerbsfelder und -potenziale am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Wolfgang Greiner und Jan-Marc Hodek

### 7.1 Einleitung

Dem Ordnungsprinzip Wettbewerb kommen im Marktgeschehen verschiedene Funktionen zu, die auch im Gesundheitswesen ihre Wirkungen entfalten können. Die für den Nachfrager bedeutsamste Wettbewerbsfunktion besteht in der Ausrichtung des Angebots an den Präferenzen des Konsumenten (d. h. im Gesundheitswesen an den Nutzer-, Patienten- bzw. Versichertenpräferenzen).

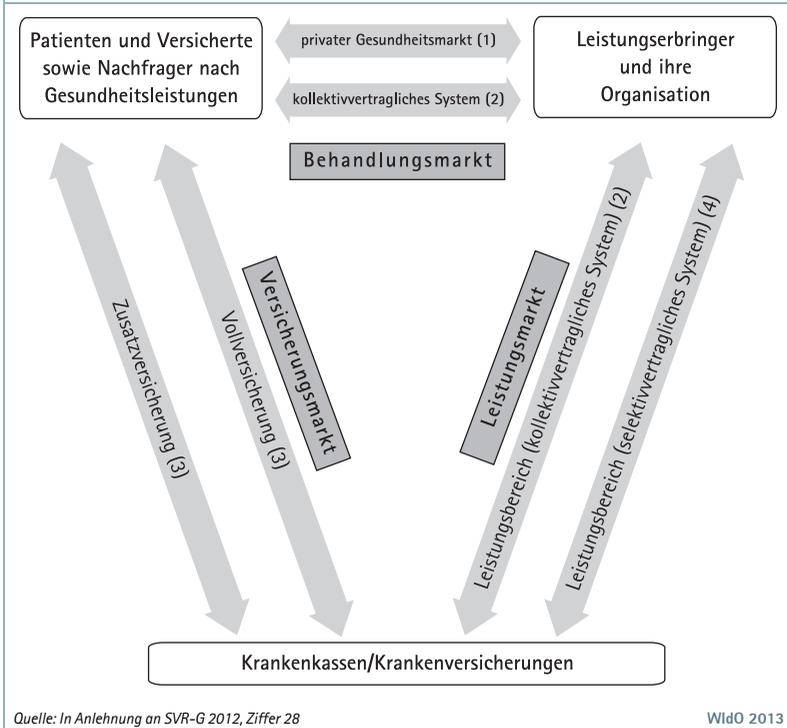
Neben dieser Steuerungsfunktion gibt es weitere ökonomische Zielsetzungen des Wettbewerbs: Hierzu zählen ein effizienter Ressourceneinsatz (Allokationsfunktion), die Förderung fortschrittlicher Technik und Ideen (Innovationsfunktion), die Fähigkeit zur Anpassung bei veränderten Rahmenbedingungen (Anpassungsfunktion), die leistungsgerechte Einkommensverteilung (Verteilungsfunktion) sowie die Begrenzung wirtschaftlicher Machtpositionen (Kontrollfunktion). Über diese ökonomischen Funktionen hinaus erfüllt der Wettbewerb auch gesellschaftspolitische Zielsetzungen. Zu nennen sind die Freiheit des Unternehmers, eigenverantwortlich über den Ressourceneinsatz und

seine Ziele zu bestimmen sowie die Freiheit von Nachfragern, zwischen verschiedenen Alternativen wählen zu können. Allein die Existenz dieser Auswahloptionen stellt für alle Marktbeteiligten einen Wert an sich dar.

Es ist jedoch zu bedenken, dass wettbewerbliche Lösungen immer auch mit einer Reihe von Kosten verbunden sind; allem voran mit erhöhten Transaktionskosten, z. B. durch den administrativen Aufwand einer Vielzahl von Einzelverträgen anstelle nur eines Kollektivvertrags. Auch ist Wettbewerb nur wenig geeignet, schwächere und schützenswerte Marktteilnehmer zu unterstützen, sodass die Ergebnisse wettbewerblicher Prozesse nicht immer mit den gesellschaftlichen Erfordernissen übereinstimmen. Genau an dieser Stelle bedarf es dann einer punktuellen Regulierung des freien Wettbewerbs, um bspw. einzelne Versicherte bzw. (chronisch) kranke Patienten – oder allgemeiner: die Solidarität als gesellschaftliche Zielvorstellung – zu schützen. Beides zusammenzubringen ist die Grundidee einer solidarischen Wettbewerbsordnung, in der im Sinne der Patienten und Beitragszahler auch Ziele wie die Zugangsgerechtigkeit, Sicherstellungsaspekte oder der Schutz vor nicht qualitätsgesicherten Leistungen und Informationsasymmetrien erfüllt werden sollen.

Das Gesundheitswesen lässt sich in insgesamt vier Wettbewerbsfelder unterteilen, die in *Abbildung 7-1* dargestellt sind. Hierbei sind die jeweils unterschiedlichen Vertragspartner, -inhalte und -ebenen zu beachten.

Abbildung 7-1: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Der Fokus der folgenden Ausführungen liegt auf dem Leistungsmarkt. Hier geht es in erster Linie um die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern: In einem kollektivvertraglichen System (zweites Wettbewerbsfeld) besteht dabei kein Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen, wenngleich die Leistungserbringer sehr wohl in Konkurrenz zueinander um die Gunst des Nutzers stehen. Funktionsgerechte Wettbewerbsbedingungen müssen an dieser Stelle gewährleisten, dass dieser Wettbewerb verschiedener Leistungserbringer unter fairen Voraussetzungen verläuft. In einem selektiv-

tivvertraglichen System (viertes Wettbewerbsfeld) könnten die Wettbewerbspotenziale dagegen noch intensiviert werden, da der Wettbewerb hier auch auf die Krankenkassen übergreifen kann. Leistungserbringer konkurrieren mittels Preisen, Qualität und Serviceaspekten um Verträge mit den Versicherern, die ihrerseits in Konkurrenz um Versicherungskunden stehen.

Zwar resultieren aus den Gestaltungen dieses Leistungsmarktes auch Folgen für den Behandlungs- und den Versicherungsmarkt, doch sollen diese nicht im Zentrum der hier vorgenommenen Analysen stehen. So geht es im ersten Wettbewerbsfeld der *Abbildung 7-1* vor allem um den privaten Gesundheitsmarkt und damit ausschließlich um die direkten Beziehungen zwischen Nachfragern und Leistungserbringern (Beispiele sind individuelle Gesundheitsleistungen, nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel oder Wahlleistungen im Krankenhaus). In diesem Bereich folgt die Nachfrage dem subjektiven Bedarf des Kunden, der gemäß seiner Präferenzen entscheidet, was ihm Nutzen stiftet. Dieser Bereich unterliegt bereits heute weitgehend wettbewerblichen Regeln, wenngleich Informationsasymmetrien (bspw. hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Leistung) zwischen Anbietern und Nachfragern bestehen und damit die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbsmechanismus eingeschränkt ist. Außerdem muss festgestellt werden, dass der Wettbewerb auf dem privaten Gesundheitsmarkt anderen Regeln und Zielen folgt als der im Rahmen dieses Beitrags thematisierte sozialverträgliche Wettbewerb: So kann – wie in anderen Wirtschaftsbereichen üblich – der subjektive Bedarf nur bei entsprechender Zahlungsfähigkeit erfüllt werden.

Das dritte Wettbewerbsfeld beschäftigt sich mit den Beziehungen zwischen den Versicherern und ihren Kunden (Beispiele sind Zusatzbeiträge, Service, Satzungsleistungen, Wahltarife, private Zusatzversi-

cherungen etc.) (*siehe SVR-G 2012, Ziffer 28 ff.*). Auch dieser Bereich soll nicht direkt Gegenstand der folgenden Überlegungen sein, wenngleich die Verknüpfungen zu den im Folgenden beschriebenen Wettbewerbsprozessen auf dem Leistungsmarkt am Rande thematisiert werden.

Damit das Ordnungsprinzip Wettbewerb die oben beschriebenen Potenziale entfalten kann, müssen einige zentrale Voraussetzungen erfüllt sein. Diese werden im zweiten Unterkapitel dieses Beitrages allgemeingültig erläutert. Im dritten Unterkapitel wird der neue Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vorgestellt. Im vierten Unterkapitel werden die zuvor allgemein formulierten Wettbewerbsvoraussetzungen auf diesen Bereich angewandt und es wird anhand dieser Argumente überprüft, ob sich die Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für eine stärker wettbewerblich ausgerichtete Rahmenordnung eignen würden. Der Beitrag, der wesentlich auf Ergebnissen des Sondergutachtens „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beruht, schließt mit einem Ausblick zu weiteren Bereichen des Gesundheitswesens, die von einer stärker wettbewerblich ausgeprägten Rahmenordnung profitieren könnten.

## 7.2 Voraussetzungen des Wettbewerbs

Damit Wettbewerb die erwünschten Wirkungen erzielen kann, müssen die im Folgenden beschriebenen Mindestbedingungen weitgehend erfüllt sein. Aus diesen lässt sich ableiten, unter welchen Bedingungen Wettbewerb möglich ist bzw. an welchen Stellen des Gesundheitswe-

sens diese aktuell erfüllt sind oder durch Neuregelung zu erreichen wären.

Zwar ist bei richtiger Ausgestaltung auch innerhalb kollektivvertraglicher Regelungen ein Wettbewerb der Anbieter möglich (*siehe zweites Wettbewerbsfeld in Abbildung 7-1*), doch gilt es in der Folge zu prüfen, an welchen Stellen des Gesundheitssystems die Bedingungen für einen funktionierenden selektivvertraglichen Wettbewerb gegeben sind.

Neben allgemeinen Voraussetzungen wie der Existenz privater Eigentums- bzw. Verfügungsrechte, Gewerbe- und Investitionsfreiheit, einer funktionsfähigen Justiz oder eines funktionierenden Währungssystems sind die folgenden Wettbewerbsvoraussetzungen auf Nachfrager- und Anbieterseite sowie bzgl. der Transparenz des Marktes zu beachten (*siehe Eucken 1952, 254 ff.; SVR-G 2012, Ziffer 301*).

### **1. Wettbewerbsvoraussetzungen auf Nachfragerseite**

- Entscheidungsfreiheit des Nachfragers,
- Reaktionsbereitschaft/ Flexibilität des Nachfragers,
- Reaktionsfähigkeit (Existenz von Auswahloptionen),
- Planbarkeit des Handelns.

### **2. Wettbewerbsvoraussetzungen auf Anbieterseite**

- Marktoffenheit im Sinne niedriger Marktzutrittsbeschränkungen (z. B. Niederlassungsfreiheit) und Marktaustrittsschranken (Ausscheiden bei Misserfolg, Abwesenheit von Subventionierung),
- Abwesenheit von wettbewerbsschädigender Marktmacht,

- Möglichkeit zu wettbewerblichem Handeln (flexibles Reaktionsvermögen auf Umfeldänderungen),
- Verfügung über notwendige technische, personelle und finanzielle Ressourcen,
- Wettbewerbsgeist: Wille zu rivalisierendem Handeln.

### **3. Markttransparenz**

- Messbarkeit der Qualität,
- Informiertheit der Marktteilnehmer (z. B. über das Vorhandensein von Unterschieden),
- Existenz eines funktionsfähigen Preissystems.

Die Potenziale einer stärker wettbewerblich geprägten Rahmenordnung – einerseits innerhalb des bisherigen Kollektivvertragssystems und andererseits auch darüber hinaus im Rahmen von (den Kollektivvertrag substituierenden) selektivvertraglichen Regelungen – lassen sich gut anhand des Beispiels der ASV aufzeigen.

## **7.3 Ein mögliches Wettbewerbsfeld: Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zum Jahresbeginn 2012 ein eigenständiger Regelungsrahmen für die ASV geschaffen. Dieser Leistungsbereich hatte seit seiner Einführung im Jahr 2004 (zu dieser Zeit noch unter etwas anderer Betitelung) eine kurze, aber wechselvolle Historie:

Die gesetzgeberische Entwicklung verlief dabei von einer – aufgrund der damaligen Rahmenbedingungen weitgehend ins Leere laufenden – selektivvertraglichen Gestaltung (2004 bis 2007) über eine bei den Bundesländern als Zulassungsinstanz angesiedelten „Bestimmungslösung“ (2007 bis 2011) bis hin zum jetzigen Modell nach dem Prinzip „wer kann, der darf“ (*siehe Jacobs 2012, 28*). Gemäß dieser neuen Rechtslage sind nun alle zugelassenen Vertragsärzte und Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen berechtigt, soweit sie die Anforderungen und Voraussetzungen des G-BA erfüllen. Der Zugang zur Versorgung erfolgt somit ausschließlich über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen ohne jede Bedarfsplanung oder Mengenregulierung. Nach alter Rechtslage war ein Krankenhaus dagegen zur Erbringung dieser ambulanten Leistungen nur dann berechtigt, wenn es durch die zuständige Landesbehörde zugelassen worden war. Dies erfolgte auf Antrag des Krankenhausträgers und unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation. Hierbei kam den Bundesländern als Zulassungsinstanz ein erheblicher Ermessensspielraum zu, in dessen Folge es zu großen Differenzen im Antrags- und Genehmigungs-geschehen zwischen den Ländern kam, die nicht hinreichend über Populations-, Alters- oder Morbiditätsunterschiede erklärbar sind (*siehe SVR-G 2012, Ziffer 312 ff.; Hitpaß/Leber 2012, 220 f.*). Durch die unterschiedliche Interpretation der Aufsicht ergeben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Wettbewerbsintensität zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen an der ambulant-stationären Schnittstelle.

Inhaltlich sind die Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden zunächst (fast) deckungsgleich mit denen der bis Ende 2011 geltenden Rechtslage. Der Bereich umfasst die Diagnostik und Behandlung von 1.) seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit

entsprechend geringen Fallzahlen, 2.) hochspezialisierten Leistungen sowie von 3.) Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wobei letztere seit 2012 auf schwere Verlaufsformen begrenzt sind. Die volle Tragweite wird allerdings erst erkennbar sein, wenn der G-BA in seinen Richtlinien die Zulassungsvoraussetzungen und den Versorgungsumfang in den einzelnen Indikationen konkretisiert hat.

Die Vergütung erfolgt einheitlich für Niedergelassene und Krankenhäuser unmittelbar durch die Krankenkassen auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei öffentlich geförderten Krankenhäusern wird die Vergütung um einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent gekürzt. Langfristig soll jedoch eine eigenständige und stärker pauschalierte Vergütungssystematik vereinbart werden. Der Gesetzgeber gibt in diesem Zusammenhang außerdem vor, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um diejenigen Leistungen zu bereinigen ist, die Bestandteil der ASV sind.

Bezüglich des bisherigen Umsetzungsstandes der ASV durch Krankenhäuser liegen nur wenige und teils widersprüchliche Zahlen vor (*siehe DKI 2008, 2009, 2010; Norden 2009; Hitpaß/Leber 2012*). Einer Befragung des Sachverständigenrats Gesundheit zufolge hatten zu Beginn des Jahres 2011 17,3 Prozent aller Krankenhäuser (mit über 50 Betten) in mindestens einem Indikationsgebiet die Zulassung zur spezialfachärztlichen Leistungserbringung erhalten. Dies entspricht jedoch weniger als einem Drittel aller laut Selbstauskunft eigentlich hierfür geeigneten Häuser und zeigt das weitere ambulante Potenzial der deutschen Krankenhäuser auf. Einer Abfrage bei den zu diesem Zeitpunkt für die Zulassung verantwortlichen Landesbehörden zufol-

ge wurden bis September 2011 in ganz Deutschland exakt 1.261 Zulassungsbescheide<sup>1</sup> für ambulante Behandlungsleistungen nach § 116b SGB V erteilt. Bezüglich der Antragszahlen zeigen Hochrechnungen, dass bis Anfang des Jahres 2011 insgesamt etwa 2.600 Anträge von den Krankenhäusern gestellt wurden. Die Onkologie ist dabei die bestimmende Indikation des ASV-Bereichs (*siehe SVR-G 2012, Ziffer 312 ff.*). Auch in den offiziellen Statistiken zu den jährlichen Gesamtausgaben der GKV findet sich ein Hinweis auf den Umfang der erbrachten ASV-Leistungen im Krankenhaus: Im Jahr 2011 beliefen sich die Gesamtausgaben auf rund 147 Mio. Euro (*siehe BMG 2012, KJ1-Statistik*).

## 7.4 Möglichkeiten zur selektivvertraglichen Gestaltung der spezialfachärztlichen Versorgung

Grundsätzlich kann Wettbewerb auf zwei Ebenen bzw. in zwei Stufen realisiert werden. In der ersten Stufe kann durch einheitliche Wettbewerbsbedingungen für alle Marktteilnehmer (im Fall der ASV sind dies Krankenhäuser und Niedergelassene) der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern innerhalb des kollektivvertraglichen Systems intensiviert werden. In der zweiten „Ausbaustufe“ kann durch selektivvertragliche Optionen dieser Wettbewerb auch auf die Krankenkassen übergreifen und so letztlich zu einem Konkurrieren der Kassen um Versicherte werden.

---

<sup>1</sup> Die Krankenhäuser stellen für jede Indikation separate Anträge und erhalten einzelne Zulassungen, sodass die Zahl zugelassener Krankenhäuser deutlich geringer ist.

Bei der Analyse des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes fällt auf, dass sich die dortigen Maßnahmen auf die erste Stufe des Wettbewerbs konzentrieren (*siehe nächster Abschnitt*). Die Umsetzung der zweiten Stufe steht dagegen noch aus. Im übernächsten Abschnitt soll deshalb geprüft werden, ob der ASV-Bereich für diesen Schritt grundsätzlich geeignet wäre.

### **Erste Wettbewerbsebene: einheitliche Wettbewerbsbedingungen im Kollektivvertrag**

Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurde ein erster Ansatz unter-  
nommen, die bislang inhomogen geregelte Versorgung an der  
Schnittstelle ambulant-stationär in einen einheitlicheren Rechtsrah-  
men zu überführen. Innerhalb dieses Rahmens sollen künftig hoch-  
spezialisierte ambulant tätige Fachärzte und Krankenhäuser zu fairen  
Wettbewerbsbedingungen um Fälle der ASV konkurrieren.

Zuvor bemängelten beide Seiten ungleiche Wettbewerbsbedingungen.  
Viele dieser Kritikpunkte wurden mit der Neuordnung des Rechtsrah-  
mens nun angegangen. Hierzu zählen vor allem folgende Bereiche:

- **vergleichbare Qualitätsstandards und -sicherungssysteme:** In der ASV gelten nun einheitlich für alle hier tätigen Leistungserbringer definierte Qualifikations- und Qualitätsanforderungen als Zugangsvoraussetzung zur Leistungserbringung;
- **einheitliche Leistungsdefinitionen und gleiche Regelungen bzgl. der Abrechnung von Behandlungsmethoden:** Die Zugangsmöglichkeiten wurden vereinheitlicht, sodass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der ASV zukünftig von allen Leistungserbringern gemäß des Verbotsvorbehalts erbracht werden können;

- **vergleichbare rechtliche Möglichkeiten bzgl. der Einkaufsoptionen:** Ungleichheiten zwischen Anbietern bei ärztlichen Löhnen oder Preisen für Großgeräte und die Anmietung von Räumen etc. stellen ausdrücklich keine Wettbewerbsverzerrungen dar, sondern sind Ausdruck wünschenswerter Effizienzunterschiede zwischen verschiedenen Organisationsformen. Vereinheitlichungsbedarf besteht jedoch weiterhin bzgl. ungleicher rechtlicher Möglichkeiten bei der Beschaffung von Arzneimitteln;
- **Vereinheitlichung der Vergütung und der Investitionsfinanzierung:** Der kritisierte Wettbewerbsvorteil von Krankenhäusern soll künftig durch einen fünfprozentigen Abschlag ihrer Vergütung ausgeglichen werden. Dieser deutschlandweit einheitliche prozentuale Abschlag stellt eine praktikable (jedoch auch recht undifferenzierte) Lösung zur Herstellung vergleichbarer Wettbewerbsbedingungen dar;
- **einheitliche Regelungen zur Zulassung und Budgetierung:** Eine wesentliche Ungleichbehandlung bestand lange Zeit darin, dass viele der Versorgungsgebiete der ASV im niedergelassenen Bereich einer Bedarfsplanung unterlagen und Mengenregulierungen in Form von Regelleistungsvolumina kannten, wohingegen Begrenzungen dieser Art für Krankenhäuser nicht bestanden. Diese Ungleichbehandlung wurde inzwischen zugunsten eines einheitlichen, rein qualifikationsbasierten, Marktzugangs (ohne Mengenregulierung) beseitigt.

Trotz der beschriebenen (teilweise weiter bestehenden) kleineren Verwerfungen ist festzuhalten, dass es dem Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz gelang, weitgehend faire Wettbewerbsbedingungen im Bereich der ASV zu schaffen. Nach der endgültigen Festlegung der vom G-BA bestimmten Detailregeln wird es vermutlich zu

einem intensiven Wettbewerb um Patienten zwischen den Leistungserbringern auch innerhalb des kollektivvertraglichen Systems kommen.

Problematisch ist allerdings der beschriebene Verzicht auf jegliche Mengenregulierung. Hieraus entstehen für die Leistungserbringer Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrageausweitung. Den einzelnen Krankenkassen stehen dagegen derzeit keine wettbewerblichen Steuerungsmöglichkeiten zur Verfügung. Ihre wesentliche Aufgabe liegt darin, die erbrachten Leistungen nach Einheitspreisen zu bezahlen.

Selektivvertragliche Optionen könnten jedoch potenziell in der Lage sein, den Wettbewerb der Krankenhäuser und Niedergelassenen auch auf den Kassenwettbewerb um Versicherte überspringen zu lassen. Inhalte dieser Selektivverträge wären (zeitlich befristete) Vereinbarungen zu Mengen, Preisen, medizinischen Qualitätsstandards, Servicestandards oder Garantien. Die dringend notwendige Mengenregulierung wäre im Falle einer selektivvertraglichen Gestaltung Gegenstand der Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien. Solange eine Mengengrenzung über diesen Weg jedoch nicht vorgesehen ist, sollte die hier beschriebene erste Wettbewerbsebene um wirksame Maßnahmen zur Verhinderung unbegrenzter Leistungsausweitungen ergänzt werden.

### **Zweite Wettbewerbsebene: Wettbewerb der Krankenkassen durch selektivvertragliche Optionen**

In der Folge soll anhand der zuvor erwähnten Wettbewerbsvoraussetzungen aus der ökonomischen Theorie geprüft werden, ob sich der Bereich der ASV grundsätzlich für eine selektivvertragliche Ausgestaltung eignen würde.

Insbesondere die Wettbewerbsvoraussetzungen auf Nachfragerseite sind für den Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung bereits heute vergleichsweise gut erfüllt. Das in diesem Zusammenhang wichtigste Argument besteht darin, dass es sich bei diesen Leistungen fast ausschließlich um elektive Behandlungen handelt. Die Wettbewerbsvoraussetzung "Planbarkeit des Handelns eines Nachfragers" ist demnach weitgehend erfüllt. Dies trifft insbesondere für die ambulante Folgebehandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und perspektivisch auch für die ambulanten Operationen (die heute noch nicht zur ASV gezählt werden) zu. Für diese spezialisierten Leistungen sind Patienten schon heute eher bereit, größere Distanzen in Kauf zu nehmen. Zwar würden sich tendenziell höhere privat zu tragende Nutzerkosten (wie ein erhöhter Zeitaufwand oder Fahrtkosten) ergeben, jedoch dürfte der Patient bereit sein, für die räumliche Bündelung medizinischer Expertise einigen Reiseaufwand in Kauf zu nehmen.

Auch die übrigen Wettbewerbsvoraussetzungen auf Nachfragerseite sind bereits heute überwiegend erfüllt: Es existieren Auswahloptionen für die Nutzer (eine Vielzahl von Leistungserbringern und Krankenkassen) und es liegt ein Sanktionierungswille und -mechanismus der Nachfrager gegenüber schlechten Anbietern vor. Darüber hinaus ist auch die Entscheidungsfreiheit der Nutzer gegeben, wenngleich die Entscheidung eines Patienten sicher auch von außen – z. B. von Freunden, Verwandten und v. a. durch vorbehandelnde Ärzte – mitbestimmt wird. Im Falle einer selektivvertraglichen Regelung wäre die freie Wahl eines konkreten Leistungserbringers natürlich eingeschränkt, jedoch setzt die Wahlfreiheit des Versicherten/Patienten hier eine Ebene „höher“, nämlich bei der Wahl der Krankenkasse und deren spezieller Vorauswahl von Leistungserbringern, an. Außerdem ist – wie heute schon teilweise bei Arzneimittelrabattverträgen üblich –

zu vermuten, dass die Versicherten zumindest aus mehreren mit der jeweiligen Krankenkasse selektivvertraglich verbundenen Anbietern auswählen dürfen. Ein Teil der Patienten strebt die Rolle des selbstbestimmten Nutzers gar nicht erst an und ist froh, die Nachfragerrolle bei komplizierten medizinischen Entscheidungen an Sachkundige (bzw. im Rahmen der Selektivverträge auch an den Krankenversicherer) abzutreten. In diesem Sinne gehört zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch, Entscheidungsunterstützung von außen einzuholen.

Bezüglich der Wettbewerbsvoraussetzungen auf **Anbieterseite** ist zur Frage der Marktoffenheit zu bemerken, dass aktuell – und im Gegensatz zur Situation vor dem Jahr 2012 – keine klassischen Mengenregulierungen und keine Kapazitätsplanungen für den ASV-Bereich bestehen. Tatsächlich ist der Marktzutritt für Leistungserbringer, die für diese Leistungen in Frage kommen, jedoch keineswegs völlig frei, da sie i. d. R. noch weitere Leistungsbereiche (die nicht zur ASV zählen) abdecken. So ist unzweifelhaft, dass derzeit für Krankenhäuser und Niedergelassene ganz allgemein strenge Marktzutrittsschranken bei gleichzeitig geringen Marktaustrittsanreizen gegeben sind (Bedarfsplanung mit unbefristeten Zulassungen für Altanbieter; teilweise Zulassungssperren für potenzielle Neuanbieter). Auch ein Marktaustritt durch wirtschaftlichen Misserfolg ist aktuell eher unüblich.

Die Schaffung einer größeren Marktoffenheit (im Sinne geringerer Markteintritts- und Marktaustrittsschranken) ist eines der wettbewerbstheoretisch wichtigsten Potenziale eines stärker selektivvertraglichen Systems. Zeitlich befristete Selektivvertragsabrechnungsbefugnisse (im Gegensatz zu unbefristeten GKV-weiten Zulassungen), die Abwesenheit von Subventionierung sowie ein drohendes Ausscheiden ineffizienter Anbieter spätestens bei der nächsten Ausschreibungs-

runde könnten auch die Wettbewerbsgesinnung der Anbieter noch deutlich forcieren.

Die durchaus bereits heute bestehende Konkurrenz zwischen Niedergelassenen, MVZs und Krankenhäusern bietet für die Anbieter einige Möglichkeiten zu individuellem wettbewerblichem Handeln sowie eine weitgehend freie Verfügung über technische, personelle und finanzielle Ressourcen. Das Ausmaß staatlicher Regulierung (z. B. in Bezug auf den Einsatz neuer Behandlungsmethoden oder die Eigentumsregulierung) ist derzeit allerdings recht hoch, sodass auch hier weitere wettbewerbliche Potenziale gehoben werden könnten, wenn größere Freiheitsgrade zugelassen würden.

Bezüglich der Abwesenheit von Marktmacht ist festzustellen, dass das Handeln eines einzelnen (in Relation zum Gesamtmarkt recht kleinen) Anbieters im Bereich der ASV derzeit nur wenig Einfluss auf die Marktsituation anderer Wettbewerber hat. Nach und nach ist allerdings zu erwarten, dass es auch hier zu einer erhöhten Marktkonzentration kommen wird, sodass der ASV-Markt im Falle einer selektivvertraglichen Gestaltung dem Wettbewerbsrecht unterworfen werden muss, um marktbeherrschende Stellungen zu vermeiden. Je spezialisierter die Leistung ist (und je weiter somit die regionale Marktabgrenzung sein muss, um genügend große Patientenzahlen bezogen auf den Einzelanbieter zu generieren), desto mehr stellt sich allerdings versorgungspolitisch die Frage, wie zwischen übermäßiger regionaler Konzentration und ausreichender Versorgungssicherheit angemessen abzuwägen ist. Ähnlich wie heute schon beim Krankenhausmarkt in dünn besiedelten Gebieten könnte auch bei sehr spezialisierten Leistungen eine (zumindest zeitlich befristete) regionale Monopolisierung unvermeidbar sein, um ein ausreichendes Versorgungsangebot zu gewährleisten.

Bei der Analyse der Anbieterseite ist außerdem zu bedenken, dass im Falle einer selektivvertraglichen Organisation auch die Krankenkassen als (mittelbare) Anbieter von Gesundheitsleistungen gesehen werden könnten. Es muss demnach sichergestellt sein, dass all die soeben beschriebenen Wettbewerbsanforderungen auch für den Krankenkassenmarkt erfüllt sind. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu erwähnen, dass die zwischen den Jahren 2004 und 2007 geltende Regelung, der zufolge Krankenkassen selektivvertraglich mit den Krankenhäusern Vereinbarungen zur Erbringung der ASV-Leistungen hätten treffen sollen, weitgehend ins Leere lief. Der Grund war, dass diese – bei einem damals noch nicht morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) – befürchteten, Versicherte mit hohem Kostenrisiko anzulocken. Auch fehlte es an adäquaten Bereinigungsregeln, sodass für die Krankenkassen die Gefahr bestand, Leistungen mehrfach zu finanzieren (*siehe SVR-G 2007, Ziffer 300*). Im Falle des hier vorgeschlagenen ausschließlich selektivvertraglich geregelten Versorgungsbereichs bedarf es jedoch lediglich einer einmaligen Bereinigung der Kollektivbudgets um die ASV-Leistungen. Die Bereinigung wäre in diesem Fall keine wiederkehrende Aufgabe, da es keine Parallelität von Kollektiv- und Selektivvertragsselementen mehr gäbe.

Für die Funktionsfähigkeit einer wettbewerblichen Marktordnung stellt darüber hinaus auch die **Markttransparenz** eine wichtige Voraussetzung dar. Die in diesem Bereich formulierten Wettbewerbsbedingungen sind derzeit im gesamten Gesundheitswesen kaum erfüllt. Die Lösung dieses Problems liegt jedoch gerade nicht in der Ablehnung wettbewerblicher Elemente, sondern – ganz im Gegenteil – in einer Bestärkung ebendieser. Den Leistungserbringern entstehen hieraus Anreize zur Entwicklung von Messverfahren, anhand derer sie Krankenkassen und Versicherte von ihrer Leistungsfähigkeit überzeugen können. Dem Versicherten entstehen Anreize zur Beschaffung

dieser Informationen und zum Vergleich von Anbietern, wenn ihm das Vorhandensein von (Qualitäts-)Unterschieden auch bewusst ist und nicht wie heute die kollektivvertragliche Einheitslösung vorherrscht, woraus auch eine einheitliche Qualitätsvermutung resultiert. Durch die Planbarkeit der Behandlung und die Schwere der Erkrankung hat der Patient im Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung vermutlich außerdem eher den Wunsch und die Möglichkeit, sich vor der Behandlung Informationen zu beschaffen. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass sehr große Wahlfreiheiten wiederum zu Intransparenz führen können. Standardisierte Informationen und/oder Vergleichsportale können an dieser Stelle für Übersichtlichkeit sorgen.

Messungen der Behandlungsqualität anhand von Kennzahlen sind im Bereich der ASV (z. B. Erfolgsraten in Form vermiedener stationärer Wiedereinweisungen) vorstellbar, wenngleich eine Verknüpfung der Vergütung an Behandlungsergebnisse derzeit noch vor großen methodischen Hürden steht. In Bereichen mit einer geringen Anbieterdichte könnte ein Benchmarkingsystem helfen, Wettbewerbsdruck auf den lokalen Monopolisten auszuüben.

Zuletzt könnte ein funktionierender Preismechanismus dadurch erreicht werden, dass die Versicherten an den Behandlungskosten beteiligt werden und so den Preis als Suchkriterium wahrnehmen. Eine Steuerungswirkung wäre gerade bei diesen planbaren Leistungen möglich.

Tabelle 7-1: Prüfung der Erfüllung von Wettbewerbsvoraussetzungen in der ASV		
Wettbewerbsvoraussetzung	heute schon erfüllt	in selektivvertraglichem System erfüllbar
<b>1. Wettbewerbsvoraussetzungen Nachfragerseite</b>		
Entscheidungsfreiheit des Nachfragers	<i>erfüllt</i> , aber beeinflusst z. B. vom Hausarzt oder anderen „Vertrauten“	<i>erfüllbar</i> , allerdings primär auf Ebene der Krankenkassenwahl
Reaktionsbereitschaft/Flexibilität des Nachfragers	<i>erfüllt</i> , mehr noch im fachärztlichen als im hausärztlichen Bereich	
Reaktionsfähigkeit (Existenz von Auswahloptionen)	<i>erfüllt</i>	
Planbarkeit des Handelns	<i>erfüllt</i> , da planbare, elektive Leistungen	
<b>2. Wettbewerbsvoraussetzungen Anbieterseite</b>		
Marktoffenheit (i. S. niedriger Markteintritts- und Marktaustrittsschranken)	<i>weitgehend erfüllt</i> , aber deutlich steigerungsfähig durch 1.) befristete Ausschreibungen 2.) größeren Wettbewerbsdruck (Niedergelassene, MVZ, Krankenhäuser)	
Abwesenheit von wettbewerbschädigender Marktmacht	<i>erfüllt</i> durch kleinteilige Marktstruktur	<i>erfüllbar</i> 1.) bei Entstehen größerer Einheiten wird Konkurrenzhandeln gegenseitig „spürbar“ 2.) Kartellkontrolle
Möglichkeit zu wettbewerblichem Handeln (flexibles Reaktionsvermögen auf Umweltänderungen)	<i>weitgehend erfüllt</i> , trotz hoher gesetzlicher Regulierung (z. B. Einsatz neuer Behandlungsmethoden etc.)	
Verfügung über notwendige Ressourcen (technisch, personell, finanziell)	<i>weitgehend erfüllt</i> , trotz hoher gesetzlicher Regulierung (z. B. MVZ-Eigentumsregulierung)	
Wettbewerbsgeist: Wille zu rivalisierendem Handeln		<i>erfüllbar</i> , „spirit of competition“ wächst langfristig mit Selektivvertragsoptionen

Fortsetzung...

Fortsetzung Tabelle 7-1: Prüfung der Erfüllung von Wettbewerbsvoraussetzungen in der ASV		
Wettbewerbsvoraussetzung	heute schon erfüllt	in selektivvertraglichem System erfüllbar
<b>3. Markttransparenz</b>		
Informationen zum Vergleich der Kompetitoren, Messbarkeit der Qualität		erfüllbar 1.) Nutzerinformation, 2.) Benchmarking, Vergleichsportale (z. B. Erfolgsraten ambulanter OPs) 3.) P4P-Vergütung
Informiertheit der Marktteilnehmer		erfüllbar, Wille und Möglichkeit zur Informationsbeschaffung hoch, da 1.) planbare Behandlung (nur selten Akutbedarf), 2.) schwerwiegende Leiden
Existenz eines funktionsfähigen Preissystems (mit Preis als Suchkriterium)		erfüllbar, durch Selbstbeteiligungen, Steuerungswirkung bei planbaren Leistungen möglich
Quelle: Eigene Darstellung anhand der allgemeinen Wettbewerbsvoraussetzungen nach Eucken 1952, 254 ff. WldO 2013		

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die beschriebenen Wettbewerbsvoraussetzungen für den Leistungsbereich der ASV bereits weitgehend erfüllt sind bzw. in selektivvertraglichen Gestaltungen eher zu erfüllen sind als heute. Durch Einführung selektiver Vertragsoptionen wäre es möglich, die ASV – mit Modellcharakter für andere Versorgungsbereiche – wettbewerblich zu gestalten. Diese Leistungen könnten also von Krankenkassen oder deren Verbänden ausgeschrieben und damit komplett aus dem kollektivvertraglichen System herausgelöst werden (siehe Greiner 2011, 140). Ein Zurückfallenlassen in den "bequemeren" Kollektivvertrag wäre in diesem Fall nicht mehr möglich. Der Sicherstellungsauftrag läge bei den einzelnen Krankenkassen für ihre jeweiligen Versicherten. Auf diese Weise könnten erste Erfahrungen bezüglich der wettbewerblichen Wirkung stärkerer Kranken-

kassenkonkurrenz um Leistungsanbieter (und umgekehrt) gesammelt werden.

Die Rolle des Staates in diesem Wettbewerbsmodell wäre eine andere als heute: Neben einer allgemeinen Rechtsaufsicht über die Anbieter und geschlossenen Verträge käme dem Staat (bspw. in Gestalt der Landesverwaltung oder des G-BA) vor allem die Aufgabe zu, einen Mindestangebotsumfang vorzugeben, der anschließend durch selektivvertragliche Regelungen der Krankenkassen umzusetzen ist. Hierzu gehört auch die Definition und Überprüfung von Mindestqualitätsstandards, um den Patienten Schutz vor nicht qualitätsgesicherten Leistungen zu bieten. In Gegenden geringen direkten Wettbewerbsdrucks sollten den Krankenkassen durch ein bundesweites Benchmarking Anreize gesetzt werden, nach bestmöglichen Versorgungsstrukturen zu suchen. Ziel ist die Vermeidung von Risikoselektionsstrategien, die einzelnen Krankenkassen – trotz verfeinertem RSA – teilweise immer noch lohnenswert erscheinen könnten.

Der Staat nimmt in diesem Modell keine konkrete Angebots- und -Finanzierungsplanung vor, sondern beschränkt sich auf die Rahmenplanung und die Definition von Kriterien für Unterversorgung. Dem Gedanken eines Gewährleistungsstaates folgend, liegen dessen Aufgaben darin, eine Rahmenordnung zu setzen, eine generelle Marktzulassung von Leistungserbringern (über Qualifikationserfordernisse) zu gewähren und im Monitoring, d. h. in der Definition, Überwachung und Weiterentwicklung von Mindeststandards bzgl. Menge, Erreichbarkeit und Qualität.

Wettbewerbliche Lösungen wären v. a. in heute überversorgten Gebieten (Großstadtlagen mit einer Vielzahl von Niedergelassenen und Krankenhäusern) möglich, da hier für beide Vertragsseiten genügend

Optionen beständen. Zahlenmäßig und zeitlich begrenzte Selektivvertrags-„Zulassungen“ in überversorgten Bereichen wären somit in der Lage, heutige Überkapazitäten zu reduzieren und gleichzeitig die relative Attraktivität bislang weniger gut versorgter Gebiete langfristig zu erhöhen (*siehe Greiner 2011, 139 f.; Paquet 2011, 51*).

In weniger gut versorgten Gebieten sollten zunächst die Krankenkassen selbst durch selektivvertragliche Regelungen (ggf. in Kooperation mit KVen oder Ärzteverbänden) alle möglichen finanziellen wie anderen Anstrengungen unternehmen, um das vorgegebene ASV-Mindestversorgungsniveau sicherzustellen. Für Anbieter, die in den bislang überversorgten Gebieten nicht zum Zuge kamen, könnte es attraktiv sein, sich in Gebiete mit weniger starker Konkurrenz zu verlagern und hier ggf. sogar höhere Vergütungen zu realisieren.

Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sollten erst als letzte Option – und als ordnungspolitischer Ausnahmebereich – staatliche Interventionen bzw. kollektive Verträge möglich sein. Der „Staat“ übernehme nur subsidiär Verantwortung für die Kapazitätsvorhaltung und Kollektivverträge existierten nur dort, wo sie auch wirklich gebraucht werden. Dies betreffe insbesondere die Vorhaltung der spezialfachärztlichen Notfallversorgung. Auch dies wäre jedoch durch Ausschreibungen wettbewerblich gestaltbar. Nachteil jeder staatlichen Intervention ist allerdings, dass die Krankenkassen dies antizipieren könnten und so von vornherein nicht zum Aufbau eigener Versorgungsstrukturen bereit sind. Die Wirkung des Wettbewerbs als Kontroll- und Entdeckungsverfahren wird umso mehr ausgehöhlt, je stärker der Staat in die Leistungsplanung eingreift (*siehe Zerth 2005, 270 ff.*).

## 7.5 Fazit und Ausblick

Die vom Gesetzgeber vereinheitlichten Rahmenbedingungen für die verschiedenen Leistungserbringer werden in der nächsten Zeit vermutlich zu einem intensiven Wettbewerb um Patienten im Bereich der ASV führen, wovon die Versicherten (und die Versicherer) jedoch nur eingeschränkt profitieren. Die positiven Wirkungen des Wettbewerbs können unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht vom Leistungsmarkt auf den Versicherungsmarkt überspringen.

Im Rahmen dieses Beitrags konnte jedoch gezeigt werden, dass selektivvertragliche Regelungen dieses Problem beseitigen könnten. Die wesentlichen Voraussetzungen eines funktionierenden Wettbewerbs sind im Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung weitgehend erfüllt bzw. durch selektivvertragliche Gestaltungen erfüllbar.

Dem könnte nun entgegengehalten werden, dass es bereits in den Jahren 2004 bis 2007 eine solche selektivvertragliche Organisation des ASV-Bereichs gegeben hat und dieses Modell damals zweifelsfrei nicht funktionierte. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass die damalige Anreizsituation dafür verantwortlich war, dass das Modell scheiterte: Die Krankenkassen hatten zu dieser Zeit kein Interesse, Leistungen zusätzlich zur unbereinigten Gesamtvergütung an die Vertragsärzte zu bezahlen (*siehe SVR-G 2007, Ziffer 300*). Auch die Gefahr einer Attrahierung wirtschaftlich uninteressanter Kunden bei einem seinerzeit noch vergleichsweise eingeschränkten RSA begründete den mangelnden Reiz eines solchen Vertragsschlusses aus Kassenperspektive. Die Fehlanreize der damaligen Konstruktion sind bekannt und würden sich vermeiden lassen, wenn die folgenden Punkte beachtet werden:

Erstens funktioniert der heutige RSA durch seine inzwischen eingeführte Morbiditätsorientierung deutlich besser als zu Zeiten des ersten Versuchs einer selektivvertraglichen Organisation der ASV. Die weiter bestehenden, wenn auch stark verminderten Anreize zur Risikoselektion könnten vom Gesetzgeber durch Detailkorrekturen am RSA weiter reduziert werden (*siehe Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 2011*).

Zweitens ist zu verhindern, dass sich Leistungserbringer notfalls in den Schutz des Kollektivvertrags zurückfallen lassen können, um dem selektivvertraglichen Wettbewerbsdruck zu entgehen. Ein Kernproblem der von 2004 bis 2007 geltenden Regelungen lag darin, dass die spezialfachärztliche Versorgung damals bereits kollektivvertraglich sichergestellt war. Kein Leistungserbringer und auch keine Krankenkasse war gezwungen, einer gesonderten Einzelvertragslösung beizutreten, sodass lediglich einige „Add-on“-Regelungen getroffen wurden. Der hier nun formulierte Vorschlag basiert hingegen auf einer komplett den Kollektivvertrag für diesen Bereich ersetzenden Regelung, sodass die selektive Vertragsgestaltung hier als alleiniger Allokationsmechanismus fungieren würde. Zwar ist es wie beschrieben auf kollektiver Steuerungsebene weiterhin erforderlich Standards zu definieren, jedoch kann sich in diesem Modell zunächst kein Anbieter sicher sein, automatisch und kollektivvertraglich abrechnungsberechtigt zu sein.

Drittens müsste bei Einführung eines solchen selektivvertraglichen Bereichs eine einmalige Bereinigung der Kollektivbudgets um die ASV-Leistungen vorgenommen werden, die sowohl die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Niedergelassen als auch die substituierten stationären Leistungen im Krankenhauserlösbudget umfasst

*(siehe hierzu ausführlich die Ausführungen und Empfehlungen des SVR-G 2012, Ziffern 399 ff.).*

Anhand der hier formulierten und für das Gebiet der ASV geprüften Wettbewerbsvoraussetzungen können auch weitere Bereiche des Gesundheitswesens auf ihre Eignung hinsichtlich einer stärker wettbewerblich organisierten Versorgung untersucht werden. Vor allem die Beziehungen des Leistungsmarkts (*siehe Abbildung 7-1*) lassen sich mithilfe dieses Schemas untersuchen.

Unter der Voraussetzung, dass eine wirksame Mengenregulierung etabliert wird (idealerweise als Inhalt von Selektivverträgen; ansonsten durch „klassische“ Formen im Rahmen der kollektivvertraglichen Regeln) könnten und sollten langfristig weitere Leistungen in den spezialfachärztlichen Bereich überführt werden. Dies betrifft viele der ambulanten Operationen, stationersetzende Eingriffe (über den Umfang des bisherigen Katalogs des § 115b SGB V hinaus) und bislang noch stationär behandelte elektive Kurzzeitfälle.

Es ist weitgehend unbestritten, dass das Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht einen Ausnahmebereich in der Gesamtwirtschaft darstellt. Gründe dafür sind insbesondere die häufig sehr asymmetrische Informationsverteilung zwischen Anbietern und Nachfragern sowie unbefriedigende Ergebnisse bezogen auf die Versicherungs- und Versorgungsdichte einer reinen Marktlösung. Das sollte aber nicht den Blick davor verstellen, dass grundlegende ökonomische Wirkungsweisen auch im Gesundheitswesen gelten und Knappheit hier ebenso nur reduziert werden kann, indem effizienzsteigernde Maßnahmen ergriffen und Verschwendungen vermieden werden. Zu solchen Maßnahmen gehört eine stärker wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitssektors, um die vorhandenen Ressourcen zum möglichst großen Nut-

zen der Patienten (bzw. der Versicherten) einzusetzen. Die Neuregelung des ASV-Bereichs hätte in diesem Sinne ein Anfang sein können, in einem relativ begrenzten Feld Erfahrungen mit einer Ablösung der kollektivvertraglichen Regelung durch selektive Vertragslösungen zu gewinnen. Diese Chance sollte bei einer Neuregelung des Bereichs in den kommenden Jahren nochmals erwogen und dann anschließend für die Weiterentwicklung eines umfassenderen wettbewerblichen Orientierungsrahmens im deutschen Gesundheitswesen genutzt werden.

## 7.6 Literatur

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012), Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung – KJ1-Statistiken.

DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2008), Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008. Düsseldorf.

DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2009), Krankenhaus Barometer. Umfrage 2009. Düsseldorf.

DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2010), Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. Düsseldorf.

Eucken W (1952), Grundsätze der Wirtschaftspolitik. Tübingen: Mohr Siebeck.

Greiner W (2011), Ist Bedarfsplanung und Wettbewerb ein Widerspruch? Die Krankenversicherung (5), 138–140.

Hitpaß U/Leber W (2012), Spezialärztliche Versorgung – Plädoyer für eine Neuordnung. In: Klauber J/Geraedts M/Friedrich J/Wasem J (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2012, Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer; 205–236.

Jacobs K (2012), Wettbewerb in Fesseln. Gesundheit und Gesellschaft 15 (7/8), 25–29.

Norden G (2009), Unter den Erwartungen – Die Umsetzung des § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt nur schleppend. *Arzt und Krankenhaus* (9), 263–265.

Paquet R (2011), Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert- Stiftung; Zugriff am 18.07.2013 unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf>.

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007), Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012), Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bern: Huber.

Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2011), Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn; Zugriff am 18.07.2013 unter: [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat.

Zerth J (2005), Flächendeckende Versorgung im Gesundheitswesen: Eine Antwort aus liberaler Perspektive. *ORDO – Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft* (56), 261–286.



## **8 Zur Rolle von Staat und Selbstverwaltung**

### **Staatliche Institutionen zwischen Daseinsvorsorge, Systemsteuerung, Verbraucherschutz und Aufsicht**

**Franz Knieps**

Die Rolle des Staates in der Steuerung des Gesundheitswesens ist ideologisch umstritten. Das gilt insbesondere in Bezug auf das Verhältnis zu Selbstverwaltung und privatwirtschaftlichen Institutionen. Der folgende Beitrag skizziert die Veränderungen, die in den letzten 25 Jahren die Gesundheitspolitik geprägt haben und wirft einen Blick auf absehbare Entwicklungen. Der Fokus liegt dabei auf unterschiedlichen Aufgaben und Funktionen staatlicher Institutionen, die alle drei Formen der Staatsgewalt (Gesetzgebung, Administration, Rechtsprechung) betreffen und von der Rahmensetzung für die Daseinsvorsorge über die Systemsteuerung bis zu Verbraucherschutz und Rechtskontrolle reichen.

### **8.1 Die Auswirkungen der Gesundheitspolitik auf staatliche Aufgaben und Funktionen**

Aufgaben und Funktionen des Staates im deutschen Gesundheitswesen waren jahrzehntelang Gegenstand heftiger ideologischer und ordnungspolitischer Auseinandersetzungen. Im Gefolge diverser Ge-

sundheitsreformen seit 1988 sind die Rollen staatlicher Institutionen vor dem Hintergrund der Wandlung des Krankenversicherungsrechts vom Kern des sozialen Ausgleichs zur Wirtschaftsverwaltung diffuser geworden. Dies gilt zuvorderst für das klassische Feld der Gesetzgebung.

In den letzten Jahrzehnten haben sich Umfang, Komplexität und Regulierungstiefe von Bundesgesetzen, speziell dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) und des Krankenhausrechts, deutlich erhöht. Vor allem aber hat die untergesetzliche Normbindung durch selbstverwaltete Körperschaften an Bedeutung gewonnen. In erster Linie ist hier die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses zu nennen. Aber auch die Selbstregulierung durch ärztliche Körperschaften im Sozial- und Berufsrecht prägt den Alltag der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland deutlich stärker als früher. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Themenfelder Qualitätssicherung und Risikomanagement.

Dagegen ist die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen seltsam blass geblieben. Die Vertreter von Arbeitgebern und Versicherten sind zuweilen stärker darauf fixiert, Institutionen zu erhalten und Kompetenzen zu bewahren als darauf, Veränderungsprozesse zu initiieren und zu steuern. Hier besteht Reformbedarf, den der Verfasser an anderer Stelle bereits artikuliert hat. Dies gilt speziell für die Fragen der Unternehmenssteuerung von Krankenkassen. Nicht nur in diesem Bereich waren und sind die exekutiven Befugnisse staatlicher Behörden limitiert.

Der Staat spielt weder als Versicherungsträger noch als Betreiber von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung eine wesentliche Rolle. Ausnahmen sind jedoch die kommunalen Krankenhäuser und die

in der Regel landeseigenen Universitätskliniken. Ob sich die unzulängliche Entfaltung von Gesundheitsberufen – insbesondere Pflegekräften – durch eine öffentlich-rechtliche Verkammerung – bewirken lässt, darf aus verschiedenen Gründen bezweifelt werden.

Einen Bedeutungszuwachs haben staatliche Einrichtungen bei der Ausübung von Rechts- oder Fachaufsicht über private wie öffentliche Akteure der gesundheitlichen Versorgung erlangt. Allerdings fehlt es an einer klaren Aufgabenzuweisung und Abgrenzung der unterschiedlichen Aufsichtsbehörden. Auch lässt die personelle und sachliche Ausstattung vieler Aufsichtsbehörden und -gremien zu wünschen übrig. Ähnliches gilt für die Implementierung, Durchführung und Evaluation von Public-Health-Ansätzen im deutschen Gesundheitswesen. Vor allem finanzielle Engpässe verhindern, dass der öffentliche Gesundheitsdienst hier vor Ort eine adäquate Rolle spielt. Aber auch die meisten anderen Länder haben keine wahrnehmbare Public-Health-Strategie. Erst recht fehlt es an einem übergreifenden Ansatz auf der nationalen Ebene, wobei dem Bund hier bereits die Gesetzgebungskompetenz und die Verwaltungszuständigkeit abgesprochen werden. So ist zu erklären, dass in Deutschland die Akutversorgung dominiert und Prävention, Chronikerversorgung, Rehabilitation und Pflege dieser untergeordnet sind.

Bei der dritten Staatsgewalt ist ebenfalls ein Bedeutungswandel zu konstatieren. Dies gilt weniger für den in der Regel von vornherein zum Scheitern bestimmten Versuch, Eingriffe des Gesetzgebers in die Steuerung des Gesundheitswesens verfassungsrechtlich zu verhindern oder zu erschweren. Das Bundesverfassungsgericht folgt einer gefestigten Rechtsprechung, wonach die Finanzierbarkeit und die Steuerungsfähigkeit des Gesundheitswesens und speziell der gesetzlichen Krankenversicherung von überragender Bedeutung für das Gemein-

wohl der Bundesrepublik Deutschland sind, die auch schmerzhaft Eingriffe des Gesetzgebers zulasten von Versicherten und Patienten, Leistungserbringern und Institutionen rechtfertigt. Die Richter in Karlsruhe billigen dabei dem Gesetzgeber einen weiten Prognosespielraum zu, verpflichten ihn aber, eine in Gang gesetzte Entwicklung im Auge zu behalten und gegebenenfalls zu korrigieren.

Der Bedeutungswandel findet vielmehr auf der Ebene der einzelnen Fachgerichtsbarkeiten statt. Er betrifft zum einen die Sozialgerichtsbarkeit, die in steigendem Umfang zur Überprüfung von Einzelfallentscheidungen angerufen wird, um Ungereimtheiten unklarer Gesetzgebung, die vor allem auf schnelllebige Gesetzgebungsverfahren zurückzuführen sind, auszubügeln. Dies gilt aber speziell für die Versuche anderer Gerichtsbarkeiten, beispielsweise über den Umweg des Wettbewerbs- und Kartellrechts Entscheidungen im Gesundheitssektor zu beeinflussen oder zu korrigieren, ohne auf die versorgungspolitischen Konsequenzen besondere Rücksicht zu nehmen. Zunehmende Konflikte über die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen haben die Zahl der Rechtsstreitigkeiten erhöht und wirken sich auf die gesetzgeberische Tätigkeit aus, von der immer öfter die Lösung von ökonomischen und sozialen Konflikten und die Regelung von Detailfragen erwartet wird.

## **8.2 Die staatliche Letztverantwortung für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens**

Diese Befunde provozieren natürlich die Frage, ob der Staat überhaupt noch in der Lage ist, die Gesamtverantwortung für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu übernehmen. Dabei geht es an dieser Stelle weniger um die lebhaft debattierte Frage zur Regulierungsfähig-

keit durch Recht, sondern mehr um die Auswirkungen auf Aufgaben und Funktionen, die die bisherigen und künftigen Reformprozesse im Gesundheitswesen auf staatliche Institutionen übertragen haben.

Angesichts der praktischen Erfahrungen mit den Wirkungen von Gesundheitsreformen seit dem Blümschen Gesundheitsreformgesetz von 1988 (GRG) hegt wohl kaum jemand mehr die Illusion von der einen „großen Gesundheitsreform“, die alle Probleme des Gesundheitswesens lösen und ein selbststeuerndes System etablieren könnte. Vielmehr muss man sich damit abfinden, dass das Gesundheitswesen eine dauerhafte „Reformbaustelle“ ist, die es mit inkrementellen Reformschritten an politische, soziale und ökonomische Veränderungen anpasst. In der Regel werden in jeder Legislaturperiode ein Vorschaltgesetz, ein bis zwei strukturelle Reformvorhaben und mehrere Feinjustierungen vorgenommen.

Besondere Wirkungen haben dabei sogenannte „Reformviren“, deren Bedeutung anfänglich unterschätzt wird, die aber auf längere Sicht erhebliche Veränderungen bewirken. Dies gilt zum Beispiel für die Einführung der Kassenwahlfreiheit im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992, das zum Startschuss für eine wettbewerbliche Orientierung des deutschen Gesundheitswesens wurde. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2003 wurden der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen etabliert, um die evidenzbasierte Medizin in Deutschland durchzusetzen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahr 2007 führte zur Einrichtung des Gesundheitsfonds und zur überfälligen Durchsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) aus dem Jahre 2010 etablierte eine frühe Nutzenbewertung und anschließende Preisverhandlungen zwi-

schen den Arzneimittelherstellern und den gesetzlichen Krankenkassen. Schließlich wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) aus dem Jahre 2011 ein neuer, weitgehend deregulierter Versorgungsbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen, die sogenannte ambulante spezialfachärztliche Versorgung (*siehe den Beitrag von Greiner und Hodek in diesem Band*). Solche Veränderungen werden im Gesetzgebungsprozess mit allen Mitteln bekämpft und von der jeweiligen Opposition prinzipiell infrage gestellt, erweisen sich aber, erst einmal eingeführt, als erstaunlich lebensfähig.

### 8.3 Ordnungspolitik und Steuerung durch Recht, Selbstverwaltung und Wettbewerb

All diese Reformgesetze sind Beispiele für pragmatische Mischformen zwischen unterschiedlichen ordnungspolitischen Steuerungsansätzen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens. Sie kombinieren die Steuerung durch Recht und Politik über Gesetzgebung, Kapazitätsplanung und Aufsicht auf Bundes- und Landesebene mit der Steuerung durch Selbstverwaltung über untergesetzliche Normsetzung und Kollektivverträge mit Kontrahierungszwang auf mittlerer Ebene und mit der Steuerung durch Markt und Wettbewerb über Einzel-/Selektivverträge auf einzelwirtschaftlicher Ebene. Dieser Pragmatismus trägt der Komplexität der Materie ebenso Rechnung wie der Vielfalt der steuernden Akteure.

Der Pragmatismus ist aber auch Ausdruck politischer Kompromisse zwischen unterschiedlichen Parteien, zwischen Bund und Ländern oder zwischen Staat und Selbstverwaltung. Dabei gelingt es nicht immer, die unterschiedlichen Interessen auszubalancieren und die

Zielkonflikte zu lösen. Die Inkongruenz von Gesundheitszielen, volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Rationalitäten ist ebenso evident wie die Kluft zwischen Machbarem, Sinnvollem und ethisch Vertretbarem. Eine Patentlösung existiert nicht in einem System, das ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung kennt und das von einer kaum zu bremsenden Dynamik und einer stetig wachsenden Komplexität geprägt ist. Schließlich ist zu beachten, dass das Gesundheitswesen keineswegs nur über gesetzliche und administrative Vorgaben zu steuern ist, sondern dass ökonomische Anreize, normative Überzeugungen und professionelle Identitäten sowie Kommunikation und Technologie von herausragender Bedeutung für die Steuerung des Systems als Ganzes, vieler Teilsysteme und einzelner Prozesse sind. Diese Ansätze sind nur begrenzt direkt über Recht und Politik steuerbar und lassen sich bestenfalls über geeignete Rahmenbedingungen beeinflussen.

## 8.4 Zentrale Handlungsfelder der Politik

Die Besonderheiten des Gesundheitswesens als Wirtschaftsbranche, die nicht allein über den Markt gesteuert wird, und als Politikfeld, das besonderen sozialen und moralisch-ethischen Bedingungen unterworfen ist und das eine persönliche Betroffenheit bei allen Bürgerinnen und Bürgern erzeugt, sind ein Erklärungsansatz dafür, dass der Staat permanent interveniert und intervenieren muss. Dabei sind trotz großer politischer Meinungsverschiedenheiten und unterschiedlicher ideologischer Ausrichtung, deren Bedeutung allerdings über die Jahre und Jahrzehnte abgenommen hat, bestimmte Grundtendenzen in den Reformanstrengungen unübersehbar.

An erster Stelle ist dabei die Konvergenz der Versicherungssysteme zu nennen, auch wenn dies Krankenkassen wie private Krankenversicherungen nur selten bewusst wahrhaben wollen. Schritt für Schritt hat der Gesetzgeber insbesondere durch Flexibilisierung des Berufs- und Sozialrechts den Wettbewerb der Organisations-, Betriebs- und Vertragsformen in der Gesundheitsversorgung intensiviert und Anstrengungen zur Überwindung der Sektorengrenzen bei Bedarfsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung unternommen. Dabei hat er den Weg frei gemacht für den Ausbau des Versorgungsmanagements durch unterschiedliche Akteure, darunter auch neue Player wie Managementgesellschaften oder Dienstleistungsunternehmen, und für die Nutzung moderner Kommunikations- und Mobilitätstechnologien. Deutlich aufgewertet hat er Rechte und Rollen der Nutzer dieses Systems. Er hat ihnen individuelle (Mit-)Entscheidungsmöglichkeiten gegeben und kollektive Beteiligungsrechte geschaffen. Das letzte sichtbarste Beispiel dafür ist die Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes, das zwar keine wesentlichen Erweiterungen der Patientenrechte beinhaltet, dessen psychologische Wirkung allerdings nicht unterschätzt werden sollte. Es wird die Kultur der Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse ebenso verändern wie die Mitwirkungsmöglichkeiten von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Selbstverwaltungsgremien.

Vieles spricht dafür, dass diese Grundtendenzen der Reformen auch künftige Felder der Gesundheitspolitik sein werden. Man muss kein Prophet sein, um vorherzusagen, dass im Mittelpunkt der nächsten Legislaturperiode stehen wird, einen einheitlichen Versicherungsmarkt von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu schaffen. Dabei ist auch zu entscheiden, ob und inwieweit neue Finanzquellen (Steuer, Verbeitragung aller Einkünfte, Lohnsummenbeitrag) die Nachhaltigkeit der Finanzierung verbessern. Insbesondere die

Primärversorgung wird nur durch eine Kombination unterschiedlicher Anreizsysteme, die Nutzung moderner Kommunikationsmittel und durch neue Mobilitätskonzepte flächendeckend sicherzustellen sein. Ein Beitrag hierzu wird die Neubestimmung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen leisten. Im Gefolge dieser Themen bietet sich die Chance und besteht die Notwendigkeit, ein einheitliches Planungs- und Honorierungssystem mit gleicher Bezahlung unabhängig vom Sektor der Erbringung zu schaffen, das Multimorbidität besser abbildet, (Ergebnis-) Qualität berücksichtigt und Anreize zu schonender Medizin und gegen nichtindizierte Mengenausweitungen bietet. Die Gesundheitspolitik sollte auf allen Ebenen Gesundheitsziele formulieren und, wie beispielsweise beim Nationalen Krebsplan, neue Wege zur Umsetzung dieser Ziele gehen. Solche Wege sind jedoch nur erfolgversprechend, wenn sie sich einerseits auf moderne Managementinstrumente stützen und andererseits eine klare Nutzerorientierung aufweisen.

## 8.5 Der Wandel der Institutionen

Diese politischen Veränderungen beeinflussen Aufgaben, Funktionen und Rollen der Akteure im Gesundheitswesen. Dies gilt natürlich auch für staatliche Institutionen. Die Gesetzgeber in Bundes- und Landesparlamenten müssen diskursiver und transparenter arbeiten und den Zeitdruck im Gesetzgebungsverfahren reduzieren. Dazu kann beitragen, dass die Vorbereitung von Gesetzgebungsarbeiten aus Koalitionsarbeitsgruppen wieder zurück in die Ministerialbürokratie verlagert wird, ohne dass der Primat der Politik infrage gestellt wird. Denn nur eine sorgfältige Vorbereitung gesetzgeberischer Eingriffe einschließlich einer fachlich versierten Diskussion gewährleistet eine effektive und effiziente Steuerung durch Recht. Die Einschätzung von

wirtschaftlichen und sozialen Folgen eines Gesetzes sowie der Bürokratiekosten sollten ebenso wie die öffentlichen Anhörungen in den Ausschüssen der Parlamente so reformiert werden, dass sie nicht in Ritualen erstarren. Sie sollten durch eine systematische Evaluation gesetzlicher Änderungen zu festgelegten Zeitpunkten ergänzt werden. Inhaltlich sollte sich der Gesetzgeber auf eine Rahmensetzung beschränken und die Feinregulierung der Administration, der (gemeinsamen) Selbstverwaltung und wettbewerblichen Differenzierungen überlassen. Dabei muss er allerdings sicherstellen, dass kein Akteur eine Verweigerungshaltung oder eine Blockadeposition einnehmen kann. Ein wesentliches Instrument ist die Ersatzvornahme durch die zuständigen Ministerien. Sie ist vor allem dann erfolgversprechend, wenn sie mit Hilfe der Expertise und auf Kosten der Akteure vollzogen wird, die selbst die Umsetzung nicht leisten.

## 8.6 Selbstverwaltung in der Krise?

Grundsätzlich zu diskutieren ist die Abgrenzung zwischen unmittelbarer und mittelbarer Staatsverwaltung. Seit der Gesetzgeber sich nicht mehr unmittelbar von den Akteuren der Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung zum Handeln oder Nichthandeln beeinflussen lässt, ist das Verhältnis zur unmittelbaren Staatsverwaltung gestört. Die Delegation von Aufgaben und Verantwortung an die mittelbare Staatsverwaltung lebt allerdings davon, dass der Gesetzgeber sich auf den intendierten Gesetzesvollzug und eine wirksame untergesetzliche Normsetzung verlassen kann. Werden öffentlich-rechtliche Aufgaben und Funktionen – wie beispielsweise von Teilen der Vertragsärzteschaft – infrage gestellt oder der Körperschaftsstatus – wie von einzelnen Krankenkassen – zur Diskussion feilgeboten, müssen diese Aufgaben von anderen Institutionen übernommen oder völlig

aufgegeben werden. Dies gilt auch, wenn Governance-Probleme nicht gelöst werden können. So ist es beispielsweise fraglich, ob die gleiche Institution regulierende, überwachende und operative Tätigkeiten gleichzeitig ausüben kann. Dies ist heute speziell bei den Kassenärztlichen Vereinigungen der Fall. Aber auch interne Governance-Standards müssen beachtet werden. So ist zu diskutieren, ob sogenannte Friedenswahlen ohne echte Wahlakte der Versicherten eine ausreichende Legitimation für die Selbstverwaltung der Krankenkassen bilden. Oder es darf hinterfragt werden, ob im Rahmen der AMNOG-Neuregelungen die gleichen Institutionen und Personen bei der Bewertung eines Zusatznutzens und bei den darauf aufbauenden Preisverhandlungen entscheiden dürfen. Bei der Bewertung, ob Institutionen ihre zugewiesenen Aufgaben und Funktionen bestimmungsgemäß erfüllen, kommt es darauf an, ob sie im Ergebnis die gewünschten Steuerungsziele erreichen, Akzeptanz bei den Betroffenen finden und den Interessen der Nutzer des Gesundheitswesens dienen. Hier hat die Selbstverwaltung noch viele ungenutzte Entwicklungspotenziale, beispielsweise durch Kooperation mit Sozialverbänden, Selbsthilfegruppen und Patientenvertretern.

## 8.7 Die Rolle der Aufsicht

Letzteres haben insbesondere die Aufsichtsbehörden auf den jeweiligen Ebenen zu gewährleisten. Diese sind jedoch personell und finanziell oft unzureichend ausgestattet. Teilweise fehlt ihnen auch die politische Rückendeckung, um unangenehme Fragen zu stellen und wirksame Sanktionen zu verhängen. Zudem ist die Aufsicht in den meisten Fällen auf die sogenannte Rechtsaufsicht beschränkt. Das heißt, die Aufsichtsbehörden dürfen nur prüfen, ob die Akteure sich im vorgegebenen gesetzlichen Rahmen bewegen und insbesondere die

Verfahrensregelungen beachtet haben. Die politische Zweckmäßigkeit und die fachliche Eignung einer Entscheidung unterliegen in der Regel nicht der Rechtsaufsicht. Dieser begrenzte Spielraum wird zudem von den Gerichten so ausgelegt, dass die Aufsicht nur zurückhaltend ausgeübt werden kann. Hinzu kommen eine vielfach unregelmäßige Konkurrenz von Aufsichtsbehörden und eine uneinheitliche Aufsichtspraxis in Bund und Ländern. So treten sich bei der Prüfung von Krankenkassen Versicherungsämtern, Rechnungshöfen und demnächst auch Kartellbehörden gegenseitig auf die Füße. Auch zeigt die Verwaltungspraxis, dass Dienstreisen und Bewirtungskosten oft minutiös geprüft werden, während Verschwendung bei Infrastruktur- und Beschaffungsentscheidungen außer Betrachtung bleibt.

Solche Probleme verschärfen sich, wenn die Steuerung des Gesundheitswesens verstärkt auf die einzelwirtschaftliche Ebene verlagert wird und Wettbewerb als Steuerungsinstrument eine größere Bedeutung gewinnt. Eine Verlagerung zwischen den Steuerungsebenen muss dann Konsequenzen für die Zuweisung von Aufgaben und Funktionen an staatliche Institutionen und Akteure der Selbstverwaltung haben. Dies gilt sowohl materiellrechtlich wie organisationsbezogen. Es muss klare Regelungen für Wettbewerbsfelder und wettbewerbskonformes Verhalten geben. Wettbewerbsbehinderungen und Diskriminierungen müssen wirksam geahndet werden. Dies gilt auch für indirekte Behinderungen, wie beispielsweise die Bereinigung von Kollektivverträgen zugunsten selektiver Vertragsangebote. Erweist sich das korporatistische System – und hier insbesondere die ärztliche Selbstverwaltung – dazu weiterhin unwillig oder gar unfähig, ist eine Kompetenzverlagerung von Institutionen der Selbstverwaltung auf Behörden der unmittelbaren Staatsverwaltung zwingend. Solche Schritte hat der Gesetzgeber bei der Deregulierung des Verkehrswesens sowie bei Post, Energieversorgung und Telekommunikation ge-

tan. Sie wären also kein völliges Neuland. Dabei müsste der Gesetzgeber auch in Rechnung stellen, dass viele Akteure des Gesundheitswesens Gesetze und Richtlinien offenbar für unverbindliche Empfehlungen halten. Hier wären neue Wege denkbar, um das gewünschte Verhalten nicht nur normierend vorzuschreiben, sondern durch finanzielle Anreize zu unterstützen. Hätte der Gesetzgeber beispielsweise die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung mit Direktzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds statt mit einer pauschalierten Einbeziehung in die Ausgaben der Krankenkassen verbunden, hätte es mit Sicherheit weniger Widerstände und Einführungsprobleme gegeben.

## 8.8 Nutzerorientierung und Verbraucherschutz

Ein letzter Aspekt betrifft wiederum die Nutzerorientierung im System. Vielfalt und Komplexität der Angebote in der Versicherungslandschaft wie in der gesundheitlichen Versorgung erfordern, dass die Transparenz über diese Angebote verbessert und der Verbraucherschutz verstärkt wird. Dies bedeutet nicht nur, dass Verbraucherzentralen und Patientenberatungsstellen finanziell und organisatorisch aufgerüstet werden. Die Verbraucherschutzfunktion muss präventiv wie reaktiv auch stärker mit der Aufsichtsfunktion staatlicher Behörden verzahnt werden. Hier sind ökonomische Anreize für das erwünschte Verhalten ebenso zielführend wie spürbare Sanktionen bei der Verletzung von Verbraucherinteressen. Schließlich ist eine enge Verzahnung mit Aktivitäten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sowie eine Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlich.

## 8.9 Fazit: Regulierung modernisieren, um Wettbewerb zu intensivieren

Das deutsche Gesundheitswesen muss ständig an die Veränderungen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft angepasst werden. Dabei sind divergierende Interessen auszugleichen und Zielkonflikte zu entscheiden. Dies erfolgt in erster Linie durch eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Akteure im Gesundheitswesen. Angesichts der starken Stellung des korporatistischen Systems von Krankenkassen und Leistungserbringern sind aber auch Aufgaben, Funktionen und Rollen verbandlicher Akteure zu hinterfragen. Dies hat Auswirkungen auf die Reichweite staatlichen Handelns im Gesundheitswesen, insbesondere im Rahmen der Aufsicht und der Gewährleistung des Verbraucherschutzes. Wenn zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verstärkt auf wettbewerbliche Instrumentarien zurückgegriffen werden soll, müssen das Verhältnis von unmittelbarer und mittelbarer Staatsverwaltung neu geordnet und zugleich Governance-Probleme behoben werden.

## 8.10 Weiterführende Literatur

Axer P (2006), Gesundheitswesen, in: Isensee J/Kirchhof P (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Band IV – Aufgaben des Staates, 3. Auflage. Heidelberg: C. F. Müller, § 95, 1005 ff.

Becker U (2012), Organisation und Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: von Maydell B/Ruland F/Becker U (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 5. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, § 13, 673 ff.

Braun B/Greß S/Lüdecke D/Rothgang H/Wasem J (2007), Funktionsfähigkeit und Perspektiven von Selbstverwaltung in der GKV. Soziale Sicherheit 56 (11), 365-373.

Braun B/Klenk T/Kluth W/Nullmeier F/Welti F (2008), Modernisierung der Sozialversicherungswahlen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Ellwein T/Hesse JJ (1994), Der überforderte Staat. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Gerlinger T (2009), Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik 62 (3-4), 12-17.

Grimm D (Hrsg.) (1990), Wachsende Staatsaufgaben – sinkende Steuerungsfähigkeit des Rechts. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Grimm D (Hrsg.) (1994), Staatsaufgaben. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Hase F (2008), Soziale Selbstverwaltung, in: Isensee J/Kirchhof P (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Band VI – Bundesstaat, 3. Auflage. Heidelberg: C. F. Müller, § 145, 1175 ff.

Isensee J/Kirchhof P (Hrsg.) (2007), Handbuch des Staatsrechts, Band V – Rechtsquellen, Organisation, Finanzen, 3. Auflage. Heidelberg: C. F. Müller.

Klein B/Weller M (Hrsg.) (2012), Masterplan Gesundheitswesen 2020. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Kneip S (2009), Verfassungsgerichte als demokratische Akteure. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Knieps F (2010), Unternehmenssteuerung von Krankenkassen und Partizipation der Versicherten – Gedanken zur Reform der Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik 64 (2), 25-29.

Penner A (2010), Leistungserbringerwettbewerb in einer sozialen Krankenversicherung – Zu den Grundsätzen eines liberalisierten Vergütungsrechts in der ambulanten Versorgung der GKV und der Basis-PKV. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Pfister FM (2010), Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang.

Reiners H (2009), Gesundheitspolitik als Implantierung von Reformviren. G+G Wissenschaft (GGW) 9 (3), 7-12.

Rürup B/IGES/DIW/Wille E (Hrsg.) (2010), Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schmehl A /Wallrabenstein A (Hrsg.) (2005,) Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Band 1: Wettbewerb. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schmehl A/Wallrabenstein A (Hrsg.) (2006), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Band 2: Kooperation. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schmehl A/Wallrabenstein A (Hrsg.) (2007), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Band 3: Kontrolle. Tübingen: Mohr Siebeck.

Thielscher C (Hrsg.) (2012), Medizinökonomie, 2 Bände. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Wille E/Hamilton GJ/von der Schulenburg JM/Thüsing G (2012), Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen – Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

## 9 Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz

Konstantin Beck

### 9.1 Struktur der Schweizer Krankenversicherung

Der Schweizer Krankenversicherungsmarkt orientiert sich über weite Strecken an Enthovens Managed-Competition-Modell von 1978. Die soziale Grundversicherung umfasst einen abschließend definierten Leistungskatalog und ist (im Gegensatz zu Deutschland) für sämtliche Einwohner der Schweiz obligatorisch. Für Leistungen, die die Grundversicherungsdeckung übersteigen, gibt es einen separaten gewinnorientierten Zusatzversicherungsmarkt mit risikogerechten Prämien. Oft sind die Anbieter im Zusatzversicherungsmarkt rechtlich mit einem oder mehreren Anbietern im Grundversicherungsmarkt verbunden. Denn auch die Anbieter der sozialen Grundversicherung sind private Versicherungsunternehmen, die das übernommene Risiko zu 100 Prozent selber tragen und dementsprechend auch in Konkurs gehen können. Für das Marktsegment der Grundversicherung gelten allerdings restriktivere Regulierungen. Es ist den Versicherern (nicht aber den Leistungsanbietern) verboten, Gewinne zu machen. Und auch die Prämiengestaltung orientiert sich grundsätzlich an der Einheitsprämie, lässt jedoch wohldefinierte Abweichungen von diesem Grundprinzip zu. Besonders die geografische Differenzierung in 42 (!) unterschiedliche Prämienregionen ist als Gegensatz zum deutschen System hervorzuheben. Die Versicherer finanzieren sich zu 98 Pro-

zent über Prämieinnahmen der Versicherten, wovon 88,4 Prozentpunkte oder 22,2 Milliarden Schweizer Franken (CHF) die Prämien der Grundversicherung darstellen. Die Prämieinnahmen aus dem Zusatzversicherungsgeschäft sind mit 8,6 Prozent oder 2,2 Milliarden CHF deutlich geringer. Andere Finanzierungsquellen wie Zinserträge aus Anlagen spielen eine untergeordnete Rolle. Direkte staatliche Subventionen an den Versicherer existieren keine (*siehe BAG 2012, 146*).

Die Prämien- und sonstigen Einnahmen in der Grundversicherung decken nur 86 Prozent der grundversicherten Leistungen ab. 14 Prozent müssen die Versicherten über Zuzahlungen beisteuern, was im internationalen Vergleich relativ hoch ist (*siehe ebenda, 147*). 2012 standen sich im Markt 63 konkurrierende Versicherer gegenüber.

Ein Wettbewerb unter Krankenversicherern mit kostenorientierten Prämien zeitigt nur dann die gewünschte sozialpolitische Wirkung, wenn der Staat den Zugang zur Versicherungsdeckung auch für Personen mit geringem Einkommen garantiert. Das gewährleistet in der Schweiz das Instrument der individuellen Prämienverbilligung (IPV). 2,3 Millionen Versicherte (30 Prozent aller Einwohner) erhalten vom Staat einen Zuschuss zu ihrer Prämie, der bis zu 100 Prozent des Prämienbetrags ausmachen kann. Gesamthaft wurden 4 Milliarden CHF ausbezahlt (*siehe BAG 2012, 110; alle Werte bezogen auf 2010*).

Eine weitere wichtige Voraussetzung für einen sozialpolitisch sinnvollen Wettbewerb stellt die Neutralisierung des Risikoselektionsanreizes dar. Auch die Schweiz kennt daher die Institution eines Risiko(struktur)ausgleichs. Auch wenn das über den Risikoausgleich umverteilte Volumen mit 6,2 Milliarden CHF eindrücklich erscheint, wurde seine im internationalen Vergleich ungenügende Ausgestal-

tung des Öfteren kritisiert (*vergleiche van de Ven 2007*). Von 1993 bis 2011 orientierte sich der Ausgleich lediglich an den Kriterien Alter und Geschlecht. Erst ab 2012 kam ein zusätzlicher grober Morbiditätsindikator dazu: der Spitalaufenthalt im Vorjahr (*siehe Beck et al. 2011a*). Eine genauere Erfassung der Morbiditätsunterschiede, wie sie der deutsche Risikostrukturausgleich heute bereits kennt, ist das erklärte Ziel des zuständigen Ministers (*siehe Bundesrat 2011*). Auch unter den Politikern unterschiedlichster Parteien setzt sich die Risikoausgleichsreform als Konsens immer stärker durch. Zurzeit fehlen jedoch noch die gesetzlichen Grundlagen. Daher ist es wichtig festzuhalten, dass der in der Vergangenheit gültige Risikoausgleich nicht in der Lage war, die Risikoselektion deutlich einzudämmen.

## 9.2 Wettbewerbsparameter der sozialen Krankenversicherer

Wie einleitend dargestellt, kennt die Schweiz einen Krankenversicherungsmarkt mit starker Wettbewerbsorientierung. Die Stärkung der Eigenverantwortung genießt innerhalb der Bevölkerung hohe Akzeptanz und im Krankenversicherungsgesetz sind mehrere Modelle definiert, die dem Krankenversicherer die Möglichkeit geben, die Eigenverantwortung seiner Kunden auf freiwilliger Basis zu stärken.

Es gibt einerseits die Modelle mit freiwilliger Wahl der jährlichen Franchise (Selbstbehalt). Grundsätzlich gilt für alle Versicherten: Als minimale Zuzahlung hat jeder jährlich die ersten 300 CHF selbst zu tragen sowie 10 Prozent der 300 CHF übersteigenden Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 700 CHF, gesamthaft also maximal 1.000 CHF pro Jahr. Dem Versicherten steht es frei, gegen einen entsprechenden Prämienrabatt höhere Franchisen zu wählen. Er kann sich

beispielsweise entscheiden, die ersten 2.500 CHF selbst zu tragen (plus 10 Prozent der übersteigenden Kosten bis maximal 3200 CHF). 56 Prozent aller Versicherten hatten 2010 eine der fünf möglichen höheren Franchisenstufen gewählt (*siehe BAG 2012, S. 190*). Mehrere Autoren weisen nach, dass die freiwilligen Wahlfranchisen zu einer Reduktion des Moral Hazards führen (*siehe Nicolet et al. 2001; Werblow/Felder 2003; Gerfin/Schellhorn 2005; Gardiol et al. 2006 sowie van Kleef et al. 2008*).

Das interessanteste Modell zur Stärkung der Eigenverantwortung ist hingegen das sogenannte Managed-Care-Modell (MC-Modell). Wie das Wahlfranchisenmodell führt auch dieses zu einer Einschränkung des Moral Hazards und zu einem bewussteren Umgang mit der Ressource Gesundheitsleistung. Im Gegensatz zur Wahlfranchiseversicherung, die technisch relativ einfach zu handhaben und dementsprechend im Gesetz praktisch abschließend definiert ist, stellt die MC-Versicherung viel höhere Ansprüche an die Phantasie und das Organisations- und Verhandlungstalent des Krankenversicherers. Auch hier ist die Akzeptanz in der Bevölkerung sehr groß, haben doch ebenfalls 56 Prozent aller Versicherten im April 2012 diese Versicherungsform gewählt, wobei rund zwei Drittel das MC-Modell in Kombination mit einer höheren Wahlfranchise abgeschlossen haben (*siehe Daten-Quelle: Datenpool Santésuisse*).

### 9.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Analysiert man die MC-Modelle genauer, so fällt als erstes auf, dass die gesetzlichen Bestimmungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) äußerst knapp gehalten sind. Die Ausführungen beschränken sich auf einen Gesetzesartikel (KVG 62) und vier Verordnungsvorschriften

(KVV 90, 99, 100 und 101). Diese Artikel stellen ein Musterbeispiel liberaler Rahmengesetzgebung dar. Im ordentlichen Versicherungsmodell nach dem KVG haben die Versicherten freien Zugang zu sämtlichen praktizierenden Ärzten ihres Wohnkantons sowie zu sämtlichen von den Kantonen anerkannten Spitälern. Wer nun freiwillig dieses Recht auf freie Leistungserbringerwahl in irgendeiner Form einschränkt, hat Anspruch auf eine reduzierte Prämienzahlung. Genauer werden MC-Modelle im Gesetz nicht umschrieben. Es ist Sache von Versicherern und Ärzten, diese Vorgabe mit sinnvollem Inhalt zu füllen. In den übrigen Artikeln fordert der Gesetzgeber Gleichbehandlung in Bezug auf Risikoausgleich und Reserven, um sicherzustellen, dass sich die MC-Versicherten nicht aus der Solidarität mit den übrigen Versicherten lösen können.

Diese liberale gesetzliche Grundlage machte es möglich, dass Formen von Managed Care wie die telemedizinische Versorgung eingeführt werden konnten, von denen sich der Gesetzgeber in den Beratungen vor 1990 nicht einmal vorstellen konnte, dass sie einmal existieren würden. Der gesetzliche Rahmen erwies sich also als höchst flexibel. Das war andererseits auch darum entscheidend, weil Versicherer und Ärzte über längere Zeit erst einmal ein ökonomisch gleichgewichtiges, organisatorisch handhabbares und medizinisch sinnvolles Modell suchen mussten. Sämtliche in den ersten Jahren eingeführten MC-Modelle erlitten Schiffbruch, weil sie die genannten Bedingungen nicht gleichzeitig erfüllen konnten. Ein vorsichtiges und mühevoll Herantasten an die letztlich überzeugenden Modellkonstruktionen war unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg von Managed Care in der Schweiz. Gleichzeitig war der Druck des Marktes notwendig und hilfreich, um suboptimale Formen von Managed Care wieder zu eliminieren. Anhaltende Defizite oder das Ausbleiben von Kunden waren jeweils der Anlass, um bestehende Modelle zu modifizieren

oder zu schließen. In kooperatistischen Verhandlungen am grünen Tisch wären solche radikalen Einschnitte nicht durchsetzbar gewesen und Managed Care hätte nie die heutige Bedeutung erlangt. Das Gesagte bedeutet nicht, dass die Modelle im Gegeneinander von Ärzten und Versicherern entstanden seien. Ganz im Gegenteil – die erfolgreichen Modelle entstanden dort, wo sich Ärzte und Versicherer gemeinsam den Anforderungen des anonymen Marktes stellten und zusammen nach der optimalen Lösung suchten.

### 9.2.2 Prämiendifferenzierung

Eine finanzielle Belohnung eigenverantwortlichen Verhaltens der Versicherten als Anreiz zur Teilnahme an MC-Modellen war von Beginn an im Gesetz vorgesehen. Zur Zeit der Einführung von Managed Care existierte noch kein Risikoausgleich. Darum musste mit einer Beschränkung der Rabattierung der MC-Prämie auf 20 Prozent sichergestellt werden, dass die MC-Modelle nicht einfach zur Risiko-selektion missbraucht werden konnten. Erst nach fünfjährigem Bestehen eines MC-Modells können Rabatte von mehr als 20 Prozent vergeben werden, wenn der überwachenden Behörde aufgezeigt werden kann, dass entsprechende Einsparungen erzielt wurden. Leider erweist sich heute die überwachende Behörde als allzu leicht beeindruckbar, was zu tendenziell überhöhten Prämienrabatten führt.

Seit 2005 wurde eine weitere Rabattrestriktion ins Gesetz aufgenommen. Die Summe von Wahlfranchisen- und MC-Rabatten darf nun 50 Prozent nicht mehr übersteigen. Diese Regelung wurde offiziell mit der Eindämmung der Risikoselektion begründet. Allerdings hätte eine systemkonforme Eindämmung der Risikoselektion eine Reform des (zwischenzeitlich installierten) Risikoausgleichs notwendig gemacht.

Davon nahm der damals zuständige Minister jedoch dezidiert Abstand.

Trotz dieser Restriktionen führten die Rabattmöglichkeiten zusammen mit den relativ hohen Prämien zu einem ausgeprägten Anreiz für die Versicherten, die MC-Angebote ihrer Versicherer sorgfältig zu prüfen.

### 9.2.3 Produktdifferenzierung

Wettbewerb, der die Präferenzen der Konsumenten berücksichtigt, führt zu Produktvielfalt. Das ist auch im Schweizer MC-Markt so. Diese Vielfalt wollen wir im Folgenden klassifizieren. Bei allen Modellen übernimmt jemand die Gatekeeper-Funktion. Das heißt, ein Arzt entscheidet für den (eingeschriebenen) Patienten, ob ein nachgelagerter Leistungserbringer (das Spital, der Spezialarzt etc.) aufgesucht werden soll. Mit dem Gatekeeper können ein Budget-Vertrag, eine Gewinnbeteiligung bei vorliegenden Kosteneinsparungen oder auch ganz einfache Einzelleistungsvergütung ausgehandelt werden. Es ist weiter zu unterscheiden, ob ein gesonderter Zusammenarbeitsvertrag zwischen Arzt und Versicherung vorliegt oder nicht. Und schließlich spielen bei bestimmten Modelltypen die Besitzverhältnisse eine Rolle (autonome Einheit oder Tochtergesellschaften eines Versicherers).

- HMO (Health Maintenance Organization): Die HMO gehört zu den ursprünglichsten MC-Modellen im Schweizer Markt. Bei einer HMO handelt es sich um eine Gruppenpraxis, die mit den Versicherern (in der Regel) einen Budgetvertrag abgeschlossen hat und pro Kopf und Morbiditätsgrad der eingeschriebenen Patienten im Voraus entschädigt wird. Gelingt es ihr, die Patienten kostengünstiger zu

behandeln, erwirtschaftet sie einen Gewinn, den sie je nach Vertragsmodalitäten ganz oder zumindest teilweise einbehalten kann. Im Budget ist bereits eine Sparvorgabe eingerechnet, damit der Versicherer seinen Versicherten Rabatt gewähren kann. Oft ist der Versicherer ab einer bestimmten Kostenhöhe pro Fall auch Rückversicherer der HMO. Die Qualitätssicherung erfolgt über einen Patientenrat oder über eine Qualitätssertifizierung der HMO und auch über das Monitoring durch den Versicherer (beispielweise durch Befragung von austretenden Kunden). Wichtig sind die regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel der beteiligten Ärzte. Gatekeeper sind die HMO-Ärzte. Manche HMOs sind ärzteigene, autonome Institutionen, andere sind Tochtergesellschaften von Versicherern. Praktisch jede HMO muss, um die Fixkosten decken zu können, auch Patienten mit ordentlicher KVG-Deckung und Einzelleistungsvergütung behandeln. HMOs gibt es seit 1990 (Finsterwald 2004).

- **Hausarztmodelle:** Im Gegensatz zu den HMOs handelt es sich bei Hausarztmodellen (HAM) um einen vertraglichen Zusammenschluss geografisch separierter Arztpraxen. Gatekeeper ist der behandelnde Arzt in der Hausarztpraxis. Die HAM weisen Budgetverträge, zum Teil auch weniger restriktive Bonus/Malus-Verträge auf. Im zweiten Vertragstyp erhält der Gatekeeper eine Auszahlung, falls ein Kostenvorteil in der Behandlung durch das HAM nachgewiesen werden kann. Verträge mit (relevanter) Maluskomponente sind eher selten. Auch HAM sind qualitätszertifiziert und führen ebenfalls Qualitätszirkel durch. In der Regel gehören die Hausarztpraxen dem Allgemeinpraktiker. Praxen, die von Versicherern oder von dazwischen geschalteten MC-Organisationen geführt werden, sind eher selten. Hausarztmodelle gibt es seit Mitte der 90er Jahre.
- **Listenmodelle:** Im Unterschied zum Hausarztmodell liegt beim Listenmodell kein Zusammenarbeitsvertrag zwischen den betroffenen

Hausärzten und dem Versicherer vor. Der Versicherer definiert autonom eine Liste ihm genehmer Hausärzte, aus denen sich der Versicherte seinen persönlichen Gatekeeper auswählen kann. Qualitätssicherung und Qualitätszirkel wie auch Gewinnbeteiligung der Ärzte und Budgetierung des Modells fallen weg, ebenso der Verhandlungsaufwand. Allein der Gatekeeper-Effekt ist ausreichend, um Kostenersparnisse zu bewirken. Ein Listenmodell erlaubt die Einführung von MC in Regionen, wo die Ärzte nicht zur Zusammenarbeit bereit sind oder sich zu Kartellen zusammengeschlossen haben. Die Listenmodelle entstanden nach der Jahrhundertwende.

- **Telemedizinische Modelle:** Hier ist der Gatekeeper ein Arzt in einem Callcenter, der eine Ersteinschätzung einer Krankheit vornimmt und über den Besuch eines weiteren, lokalen Leistungserbringers entscheidet. Diese Modelle können von Beginn an schweizweit operieren. Damit leiden sie weniger am Auslastungsproblem, das bei HMOs und HAM vor allem in der Startphase ein heikles Problem darstellt. Zudem verbessern sie die medizinische Versorgung in abgelegenen Seitentälern. Finanziert werden sie mit Kopfpauschalen. Im Gegensatz zu den Budgets der HMO sind nachgelagerte Kosten (von Spezialisten oder Spitälern) in diesen Pauschalen nicht enthalten, da das Callcenter nur die Verantwortung für den Erstzugang ins System übernehmen kann. Hingegen kennen diese Modelle ein hohes Niveau an Qualitätskontrollen (Aufzeichnung der Beratungsgespräche) und auch Qualitätszirkel. Die telemedizinischen Modelle sind die jüngsten Varianten der MC-Angebote.

## 9.3 Schwierigkeiten der Implementation

Die oben beschriebene Angebotspalette entstand nicht ohne Schwierigkeiten. Eine Reihe der Probleme lassen sich systematisch analysieren und sollen im Folgenden genauer dargestellt werden.

### 9.3.1 Vertrauensverhältnis Arzt/Versicherer

Mit dem Aufkommen der MC-Modelle sahen sich Ärzte und Versicherer erstmals gezwungen zu kooperieren. Die Umsetzung der MC-Idee setzte medizinisches und versicherungsmathematisches Wissen voraus, das auf beiden Seiten nur jeweils zur Hälfte vorhanden war. In der Anfangsphase der Verhandlungen war es zentral, eigene Feindbilder in Frage zu stellen und Vertrauen ins jeweilige Gegenüber aufzubauen. Ein Beispiel mag dies illustrieren: Die Versicherer wären von Beginn an in der Lage gewesen, äußerst differenzierte Kalkulationsmodelle zur Erstellung eines Budgets zu entwickeln. Sie mussten aber zur Kenntnis nehmen, dass seitens der Ärzte das Vertrauen in ihre Kalkulationsgrundlagen fehlte. Die Situation konnte entschärft werden, indem auf amtliche Statistiken zurückgegriffen wurde. Diese waren zwar deutlich undifferenzierter, wurden aber von der Gegenseite als Berechnungsgrundlage akzeptiert. Erst mit den Jahren, nachdem die Nachteile solch grober Kalkulationen immer offensichtlicher geworden waren, war es möglich, auf detailliertes Zahlenmaterial der Versicherer zurückzugreifen.

### 9.3.2 Finanzierung der Zusammenarbeit Arzt/Versicherer

Die faire Finanzierung war ein frühes Problem von MC. Weil die Nachfrage nach MC überschätzt worden war und sich die ersten HMOs als überdimensioniert entpuppten, entstand Mitte der 90er Jahre die folgende paradoxe Situation: Die Versicherer wussten, dass eine auf Alter und Geschlecht basierende Finanzierung zu einer Überbezahlung der Modelle führt, wenn vor allem gesunde Kunden die neuen Modelle wählen würden (was damals der Fall war). Trotz dieser übermäßigen Entschädigung konnten die HMOs ihre Kosten nicht decken, weil sie zu hohe Fixkosten aufwiesen. Für alle Beteiligten war Managed Care zum Verlustgeschäft geworden. Es galt daher, die Kapazitäten der MC-Modelle zu redimensionieren und die Finanzierung morbiditätsorientierter auszugestalten. Ab 1999 wurde die Budgetberechnung um den Faktor „Hospitalisation im Vorjahr“ erweitert und seit 2005 werden chronisch kranke Personen, gestützt auf pharmazeutische Kostengruppen, besser entschädigt (*zu Details siehe Beck et al. 2011b*). Der Turnaround der MC-Modelle setzte mit der Jahrhundertwende ein.

### 9.3.3 Kontrahierungszwang zwischen Arzt und Versicherer

Neben den lösbaren Problemen des mangelnden Vertrauens und der adäquaten Finanzierung blieben zwei grundsätzliche Anreizprobleme bestehen, eines auf Seiten des Krankenversicherers und eines auf Seiten der Ärzte. Für alle niedergelassenen Ärzte garantiert das Gesetz aufgrund eines Einzelleistungstarifs (Tarmed) einen Zusammenarbeitsvertrag mit sämtlichen sozialen Krankenversicherern. Somit bestand für die Ärzte keine dringende Veranlassung, neue Zusammenarbeitsformen zu suchen. Das wiederum war einer der Gründe, warum

die Versicherer zu den telemedizinischen und den Listenmodellen übergangen, bei denen das Einverständnis der Ärzte nicht notwendig war. Erst mit der Verschlechterung des Tarmed-Tarifs stieg das Interesse der Grundversorger an MC-Verhandlungen. Noch heute liegt das Problem von Managed Care jedoch beim zu geringen Angebot seitens der Ärzte.

### 9.3.4 Selektionsanreiz des Versicherers

Aber auch der Versicherer hat einen Zielkonflikt. Eine Strategie bestand darin, mittels Managed Care Kosten einzusparen und damit die Prämien konkurrenzfähiger zu machen.

Auf der anderen Seite erkannten die Kassen zunehmend die Schwäche des Risikoausgleichs, und weil MC vorwiegend Junge und Gesunde anzog, eignete es sich als Vehikel zur Risikoselektion. Zur Risikoselektion waren aber telemedizinische oder Listenmodelle ausreichend. Das Interesse an ausgefeilten Modellen mit Budgetverantwortung, bei denen sich auch die Ärzte möglicherweise am Selektionsgewinn beteiligen könnten, drohte daher zu erlahmen.

Wir kommen auf die beiden Anreize im Abschnitt zur Politik zurück.

### 9.3.5 Vertrauensverhältnis Versicherungsnehmer/ Managed-Care-Anbieter

Zu Beginn dieses Jahrhunderts war das MC-Produkt ausgereift und sowohl für den Versicherer als auch für die Ärzte finanziell lukrativ, bei Prämienrabatten für die Kunden von 15 bis 25 Prozent. Einzig die

Kunden blieben aus. Von 2000 bis 2005 stagnierte der Markt auf einem sehr niedrigen Niveau.

Das Hin und Her mit Eröffnungen und Schließungen von MC-Modellen in den 1990er Jahren hatte die Kunden verunsichert. Und die einseitige Betonung der Prämieinsparungen schreckte diejenigen ab, die Angst vor einer Versorgung mit Billigmedizin hatten. Zwei Faktoren dürften für die Überwindung der Stagnation entscheidend gewesen sein: Erstens war es ab 2005 möglich, Wahlfranchisen- und MC-Modelle zu kombinieren, was Rabatte bis zu 50 Prozent möglich machte. Andererseits beruhigte sich das Angebot im Markt und Schließungen von MC-Modellen wurden seltener. Im Jahr 2006 setzte ein bis heute anhaltender Wachstumsschub ein. Zurzeit haben von insgesamt 7,9 Millionen Versicherten 56 Prozent ein MC-Modell gewählt, davon 8 Prozent das telemedizinische Modell, 9 Prozent eine HMO oder ein Hausarztmodell mit Budgetverantwortung und 39 Prozent ein Hausarztmodell ohne Budgetverantwortung, worunter auch die Listenmodelle subsummiert werden (*siehe Datenpool, April 2012*).

## 9.4 Die Rolle der Politik

### 9.4.1 Die Managed-Care-Vorlage

Um es vorwegzunehmen: Die Pläne der Politik in Bezug auf Managed Care scheiterten in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 grandios. 76 Prozent der abstimmenden Bevölkerung sprachen sich gegen die vom Ministerium vorgeschlagene Reform aus. Das ist für Schweizer Verhältnisse ein beispielloses Debakel. In der Geschichte des Bundesstaats kam es lediglich in sechs Fällen zu einer deutlicheren Ab-

lehnung einer Regierungsvorlage (*siehe [www.swissvotes.ch](http://www.swissvotes.ch)*). Die Intention von Regierung und Parlament war es, Managed Care zu fördern. Die Politik wurde gegen Ende der extremen Stagnationsperiode 2000 bis 2005 ins Spiel gebracht, weil MC-Ärzte eine Förderung ihrer kostengünstigeren Medizin forderten. In der Folge machte die Politik eine Reihe von Fehlern:

- Sie ignorierte die sprunghaft gestiegene Akzeptanz von Managed Care im Markt ab 2006 geflissentlich. Kam es doch in diesen Jahren zu Wachstumsraten von bis zu 100 Prozent pro Jahr. Allerdings muss man dem Parlament zugutehalten, dass das bezüglich Effizienzsteigerung wirksamste Modell (*vergleiche Abschnitt 9.5.2*), nämlich das Modell mit Budgetverantwortung, nicht die größten Marktanteile eroberte.
- Als zweites scheuten sich die politischen Kreise, den Kontrahierungszwang zwischen Ärzten und Versicherten aufzuheben. Damit blieb ein fundamentaler Fehlanreiz im System bestehen, und das Angebot an kooperativen HMOs und Hausarztmodellen dürfte auch in Zukunft kaum zunehmen.
- Dafür förderte die Politik die Nachfrage nach Managed Care, indem sie eine Differenzierung der Zuzahlungen einführen wollte. Versicherte, die weiterhin die freie Arztwahl in Anspruch nehmen wollten, hätten im Krankheitsfall eine (geringfügig) höhere Zuzahlung in Kauf nehmen müssen (*siehe Reich/Gyger 2008*). Diese Regelung war nicht so innovativ, wie sie politisch verkauft wurde, besteht doch bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, die Zuzahlung der MC-Versicherten bis auf null zu reduzieren. Die schlechten Erfahrungen im Markt sind der Grund dafür, dass diese Regelung schon länger nicht mehr zur Anwendung kam – eine Erfahrung, die von der Politik ebenfalls ignoriert wurde.

Diese Nachfrageförderung hätte zusammen mit der unterlassenen Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwangsläufig zu einem Nachfrageüberhang im MC-Markt geführt.

- Möglicherweise ein Schritt in die richtige Richtung stellte die Verankerung der Budgetverantwortung in Managed-Care-Modellen dar. Allerdings hätte die Ausgestaltung der Budgetverantwortung in den Ausführungsbestimmungen genauer definiert werden müssen. Eine Verwässerung dieses Punkts wäre durchaus möglich gewesen. An die Stelle der Verhandlungen zwischen MC-Ärzten und Versicherern, in denen um die adäquate Definition der Budgetverantwortung gerungen wird, wäre der runde Tisch mit paritätischen Delegationen getreten. Der Druck des Wettbewerbs zur Erzielung eines für beide Seiten akzeptablen, aber auch effizienten Verhandlungsergebnisses wäre in dieser Konstellation weggefallen.
- Beim Risikoausgleich hatte die Politik den Hebel am richtigen Ort angesetzt. Zur Reduktion der Risikoselektion hätten zusätzliche Morbiditäts-Indikatoren in die Formel aufgenommen werden sollen. Dieser wichtige Schritt zur Erlangung eines effizienzorientierten Wettbewerbs wurde zwar in der Volksabstimmung ebenfalls verworfen. Der Risikoausgleich stand in den vorangegangenen Debatten jedoch nicht im Vordergrund und unmittelbar nach der Abstimmungsniederlage erstand er gleichsam als Phönix aus der Asche, indem er den kleinsten gemeinsamen Nenner der aktuellen Gesundheitspolitik darstellt (*siehe Schoch 2012*).
- Ebenfalls problematisch war die Tatsache, dass eine neue Art von Managed Care, die sogenannte Integrierte Versorgung, gesetzlich verankert werden sollte, wobei auch den Fachleuten nicht klar war, was damit im Detail gemeint sei.

Wäre die MC-Vorlage angenommen worden, so hätte man ohne Not diejenige Marktseite gefördert, die heute bereits expandiert, während die Marktverzerrung auf der Angebotsseite unberührt geblieben wäre (und geblieben ist). Viel wichtiger wäre aber es gewesen, die Definitivonshoheit zu verlagern. Liegt es heute im Ermessen von Krankenversicherern und Ärzten, innerhalb ihrer Verhandlungen zu definieren, was Managed Care genau sein soll, so hätte sich diese Kompetenz zum Bundesamt für Gesundheit verschoben. Der entscheidende Vorteil von Managed Care, die liberale gesetzliche Grundlage, welche die Voraussetzung für eine dynamische, den Marktgegebenheiten entsprechende Definition von Managed Care darstellt, wäre zu Gunsten einer staatlichen, regulativen und damit starren und von Interessengruppen beeinflussten Definition geopfert worden.

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass die Erfolgsgeschichte von Managed Care, wie sie hier dargestellt wird, unter den neuen, vom Volk verworfenen Rahmenbedingungen wohl kaum eine Fortsetzung gefunden hätte.

## 9.5 Das Ergebnis von Managed Care

### 9.5.1 Qualität

Im Laufe der Abstimmungskampfes wurde die Qualität von Managed Care immer wieder in Frage gestellt. Ohne hier im Detail auf die einzelnen Qualitätsstudien einzugehen, gilt es festzuhalten, dass die Qualitätsstudien für den MC-Bereich zahlreicher sind als für den traditionellen ambulanten Bereich und dass die Bereitschaft, solche Studien durchzuführen, bei MC-Ärzten ebenfalls ausgeprägter war – zumin-

dest in der Anfangsphase von Managed Care. Schließlich sind auch die Qualitätslabel für die ambulante Versorgung aus der MC-Szene heraus entwickelt worden.

### 9.5.2 Einsparungen

Auch die Kostenvorteile von MC-Modellen wurden von der MC-Gegnerschaft in Abrede gestellt (*siehe Haldemann 2012*). Bei Durchsicht der Literatur fällt allerdings auf, dass sämtliche mit Schweizer Daten durchgeführten Studien (*siehe Quellenangabe zu Tabelle 9-1*) positive Einspareffekte nachweisen können, wobei einzig im Falle *Schwenkglens* deren Signifikanz nicht sicher auszumachen war. Dabei beschränkt sich diese Auflistung auf wissenschaftliche Studien und lässt die eher marketingmotivierten Beiträge außen vor. Berechnet man den einfachen Durchschnitt aller Einsparungen aller Studien, ergibt sich folgendes Bild:

Modelltyp	Budgetverantwortung	Einsparung (Mittelwert)	Standardabweichung
(1) HMO & Hausarztmodelle	Ja	18,9 %	5,4 %
(2) Hausarztmodelle	Nein	18,4 %	4,2 %
(3) Listenmodelle	Nein	12,0 %	8,5 %
(4) Telemedizinische Modelle	Nein	4,5 %	0,6 %

Quellen: Trottmann et al. 2012a und 2012b; Beck et al. 2011c; Beck et al. 2009; Lehmann 2003; Lehmann/Zweifel 2004; Grandchamp/Gardiol 2010; Reich et al. 2012; Schwenkglens et al. 2006

WIdO 2013

Überraschend zeigt sich in *Tabelle 9-1*, dass das Vorliegen von Budgetverantwortung zwar zum besten Einsparresultat führt, dieses sich

aber nicht signifikant vom Resultat der Hausarztmodelle ohne Budgetverantwortung unterscheidet. Zudem wird deutlich, dass dort, wo verbindliche Zusammenarbeitsverträge zwischen Versicherern und Ärzten vorliegen (Modelltypen 1 und 2), die höchsten Effizienzgewinne anfallen. Zu betonen ist zudem, dass der Gatekeeping-Effekt auch in den Typen 3 und 4 nachweisbar bleibt, und zwar in der erwarteten Reihenfolge. Also tragen auch telemedizinische Modelle mit ihrem beschränkten Einfluss des Gatekeepers auf den Patienten in einem gewissen Umfang zur Effizienzsteigerung bei.

## 9.6 Fazit

Analysiert man die Wettbewerbserfahrungen in der Schweiz, so ist ohne Wenn und Aber festzuhalten, dass im Schweizer Krankenversicherungsmarkt die Risikoselektion eine große Rolle spielt, auch wenn ihre Bedeutung in jüngster Zeit abzunehmen scheint (*siehe von Wyl/Beck 2012*). Trotz dieser Anreizverzerrung bei den Krankenversicherern ist eine große Palette von Kostensparmodellen umgesetzt worden. Dabei wurde in diesem Beitrag schwerpunktmäßig die Wirkung von Managed Care untersucht. Nicht zu vergessen ist, dass die Sparwirkung der wählbaren Franchisen (wählbare Zuzahlungen) noch dazukommt.

Beim Blick auf Managed Care fällt vorab dessen Vielfältigkeit auf. Dies drückt die unterschiedlichen Präferenzen von Versicherten, aber auch von Ärzten und Versicherern aus. Andererseits weisen sämtliche Modelltypen die erwünschten Einsparwirkungen auf (wenn auch nicht immer im politisch gewünschten hohen Ausmaß) und auch bezüglich der Qualität innerhalb der MC-Modelle gibt es keine Indizien, die Anlass zu Sorge geben müssten. Es ist allerdings im Auge zu behalten,

dass die hier beschriebenen Modelle größtenteils Pioniermodelle sind. Die innovativsten Schweizer Ärzte wollten in den vergangenen zwei Jahrzehnten den Beweis erbringen, dass gutes Managed Care in der Schweiz möglich ist. Entsprechend standen sie auch im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Ein möglicher Skandal beispielsweise um die systematische Abweisung von chronisch kranken Personen hätte die aufstrebenden Modelle in ihrer Glaubwürdigkeit und damit an einem sehr empfindlichen Nerv getroffen. Ob Einsparungen und Qualität der Behandlung auf gleichem Niveau bleiben werden, je mehr „Me-too-Modelle“ auf den Markt kommen werden, sei dahingestellt.

Am wichtigsten für die Entwicklung der Sparmodelle in der Schweizer Krankenversicherung scheint jedoch der liberale Gesetzesrahmen und der vollständige Verzicht auf staatliche Anschubfinanzierung welcher Art auch immer. Von Beginn an mussten sich die Akteure mit 100 Prozent der Kosten, 100 Prozent der Risiken, aber auch 100 Prozent der Chancen auseinandersetzen und eine für alle Beteiligten akzeptable Lösung ansteuern. Gerade weil die Modelle im Klima eines Wettbewerbs entwickelt wurden, konnte keine Marktseite die andere dominieren. Das Ergebnis kann sich sehen lassen, auch und gerade wenn man weiß, dass sowohl bei den Versicherern (Risikoselektion) als auch bei den Ärzten (Kontrahierungszwang) Fehlanreize die Entscheidungen mitgeprägt haben. Das ideale Gesundheitssystem wird es nie geben. Dass der Wettbewerb auch im suboptimalen Umfeld Früchte trägt, ist darum ein ermutigendes Zeichen.

## 9.7 Literatur

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2012), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010. Bern: EDMZ.

Beck K/Käser U/Trottmann M/von Rotz S (2009), Effizienzsteigerung dank Managed Care? Evidenz aus der Schweiz, in: Datamaster (Beiheft zum Clinicum), 15–21.

Beck K/Trottmann M/Engler N/Käser U/Keller B/von Rotz S (2011a), Problem der Ausgestaltung eines funktionstüchtigen Risikoausgleichs, in: Beck K (Hrsg.), Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt, 261–320.

Beck K/Käser U/Buholzer M/Kunze U/Engler N/Trottmann M (2011b), Problematik einer fairen Risikoteilung zwischen Versicherern und Leistungserbringern in Managed-Care-Modellen, in: Beck K (Hrsg.), Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt, 321–372.

Beck K/Kunze U/Buholzer M/Trottmann M. (2011c), Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. Forschungsbericht des CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie; Zugriff am 22.07.2013 unter: [www.css-institut.ch/de/home/wissenschaftliche\\_publicationen/managed\\_care\\_and\\_capitation.html](http://www.css-institut.ch/de/home/wissenschaftliche_publicationen/managed_care_and_capitation.html).

Bundesrat (2011), Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 07.3769 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats vom 9. November 2007. Bern: EDMZ.

Enthoven A (1978), Consumer-Choice Health Plan. *The New England Journal of Medicine* 298 (12), 650–658 und (13), 709–720.

Finsterwald, D (2004), Managed Care – Pionierland Schweiz, in: Schriftenreihe der SGGF Band 75, Muri.

Gardiol L/Geoffard P/Grandchamp C (2006), Selection and Incentive Effects. An Econometric Study of Swiss Health-Insurance Claims Data, in: Chiappori P-A, Gollider C (Hrsg.), *Competitive Failures in Insurance Markets: Theory and Policy Implication*. Cambridge: MIT Press, 81–95.

Gerfin M/Schellhorn M (2005), Nonparametric Bounds on the Effect of Deductibles in Health Care Insurance on Doctor Visits – Swiss Evidence, in: Discussion Paper No. 1616, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit: Bonn.

Grandchamp C/Gardiol L (2010), Does a mandatory telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks? In: *Health Economics*; published online in Wiley Online Library, DOI, 10.1002/hec.1668.

Haldemann R (2012), Bringt Budgetmedizin doch keine Einsparungen? In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (17), 636–637.

Lehmann HJ (2003), *Managed Care – Kosten senken mit alternativen Versicherungsformen?* Chur/Zürich: Verlag Rüegger.

Lehmann HJ/Zweifel P (2004), Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance. *Journal of Health Economics* 23 (5), 997–1012.

Nicolet C/Geoffard P/Gardiol L (2001), Testing for adverse selection and moral hazard: econometric study of deductibles and health expenditures on Swiss insurance claims data. Unveröffentlichtes Arbeitspapier: Universität Lausanne.

Reich O/Gyger P (2008), KVG–Revision: Alternativvorschlag zur Zulassungsbeschränkung, in: *Care Management* 1/3, 4–8.

Reich O/Rapold R/Flatscher-Thöni M (2012), An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care* 12, 1–12.

Schoch C (2012), Wichtiges Nein zur Managed Care Vorlage, in: *Neue Zürcher Zeitung*, 18.9.2012, 11.

Schenklenks M/Preiswerk G/Lehner R/Weber F/Szucs TD (2006), Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (1), 24–30.

Trottmann M/Beck K/Kunze U (2012a), Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist, in: Schweizerische Ärztezeitung 93 (4), 125-127.

Trottmann M/Zweifel P/Beck K (2012b), Supplside and demandside cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? Journal of Health Economics 31 (1), 231-242.

Van de Ven W/Beck K/van de Voorde C/Wasem J/Zmora I (2007), Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: Six Years Later. Health Policy 83 (2-3), 162-179.

Van Kleef R/Beck K/van de Ven W/van Vliet R (2008), Risk Equalization and Voluntary Deductibles: A Complex Interaction. Journal of Health Economics 27 (2), 427-443.

Von Wyl V/Beck K (2012), How to measure risk selection in a competitive health insurance market? Unveröffentlichtes Arbeitspapier, CSS Institut Luzern: [www.css-institut.ch](http://www.css-institut.ch).

Werblow A/Felder S (2003), Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Evidenz aus der Schweiz, in: Schmolters Jahrbuch 123 (2), 235-264.

## 10 Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden – Eine Zwischenbilanz

Stephanie Heinemann und Stefan Greß

### 10.1 Hintergrund

Im Jahr 2006 trat in den Niederlanden das neue Krankenversicherungsgesetz (*Zorgverzekeringswet*) in Kraft. Im Rahmen dieser Reform wurden die bisher parallelen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungssysteme in ein gemeinsames, wettbewerbsorientiertes Krankenversicherungssystem zusammengeführt. Die Elemente von Managed Competition (*siehe Enthoven 1978; Enthoven/van de Ven 2007*) wurden somit noch tiefer im niederländischen Gesundheitssystem verankert. Von einem solchen regulierten Wettbewerb erhofft sich der Gesetzgeber, dass die Effizienz auf den Krankenversicherungs- und Krankenversorgungsmärkten gesteigert werden kann, ohne den Zugang zu Gesundheitsleistungen einzuschränken (*siehe Greß et al. 2001*).

Um diese Ziele zu erreichen, müssen drei Voraussetzungen gewährleistet sein (*siehe Greß 2006*). Erstens muss auf dem Versicherungsmarkt eine Risikoadjustierung die vorhersehbaren Verluste für schlechte Risiken und die Gewinne für gute Risiken weitgehend kompensieren. Dies muss sowohl aus Effizienz- als auch aus Gerechtigkeitsgründen erfolgen. Zweitens müssen Versicherte die Option haben, ihren Krankenversicherer im Fall von Unzufriedenheit zu wech-

seln. Unter dieser Voraussetzung haben Versicherer hohe Anreize, ihre Preise und Leistungen an die Präferenzen der Kunden anzupassen. Schließlich ist nur ein präferenzgerechtes Angebot dazu geeignet, neue Kunden zu gewinnen und bestehende Kunden zu halten. Hierdurch soll vor allem die Effizienz auf dem Krankenversicherungsmarkt gesteigert werden. Drittens brauchen Versicherer Instrumente für die Steuerung der Versorgung, wobei die Versorgung für definierte Patientengruppen nach bestmöglicher Evidenz innovativ und effizient organisiert werden soll. Hiermit soll die Effizienz auf dem Krankenversicherungsmarkt gesteigert werden.

Dieser Beitrag stellt eine deutschsprachige Zusammenfassung einer Studie dar, die die Entwicklung seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes vor allem durch Interviews mit Stakeholdern aufarbeitet (siehe *Heinemann et al. 2013*). In den folgenden Abschnitten werden zuerst die Methoden kurz erläutert und anschließend die Interview-Ergebnisse zu den Themen Risikoadjustierung, Wahlfreiheit der Versicherten und Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung präsentiert. Ein Fazit fasst die derzeitige Umsetzung der drei Voraussetzungen für regulierten Wettbewerb in den Niederlanden und die Schlussfolgerung für die Diskussion um die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes in Deutschland zusammen.

## 10.2 Methodisches Vorgehen

Um einen umfassenden Blick auf die Umsetzung des Zorgverzekeringswet zu erhalten, haben wir neben der Auswertung der einschlägigen Literatur im Jahr 2009 zwölf Interviews mit Stakeholdern aus den Bereichen Politik, Leistungserbringer, Versicherte, Versicherer und Wissenschaft geführt. In *Tabelle 10-1* sind die teilnehmenden In-

interviewpartner mit der dazugehörigen Perspektive auf die Entwicklungen anonymisiert aufgeführt. Gesundheitspolitische Vertreter der drei zum damaligen Zeitpunkt einflussreichsten niederländischen Parteien, der Liberaldemokraten (VVD), der Sozialdemokraten (PvdA) und der Christdemokraten (CDA) sowie zwei Beamte aus dem Gesundheitsministerium repräsentieren die Sichtweise der Politik.

Interview-partner (IP)	Perspektive	Hintergrund
IP1	Forscher	Wissenschaftliche Evaluation der Reform
IP2	Leistungserbringer	Hausarztgewerkschaft
IP3	Leistungserbringer	Niederländische Ärztekammer
IP4	Politiker	Gesundheitspolitischer Experte (VVD)
IP5	Versicherte	Gewerkschaft
IP6 und IP7	Politiker	Gesundheitspolitische Experten (Gesundheitsministerium)
IP8	Politiker	Gesundheitspolitischer Experte (PvdA)
IP9	Versicherer	Kleines regionales Versicherungsunternehmen
IP10	Versicherer	Patientenorganisation
IP11	Versicherer	Großes nationales Versicherungsunternehmen
IP12	Politiker	Gesundheitspolitischer Experte (CDA)

©WldO 2013

Vertreter des Hausarztverbands und des niederländischen Ärzteverbands nehmen die Perspektive der Leistungserbringer ein. Aus der Perspektive der Versicherten argumentieren Vertreter der größten niederländischen Gewerkschaft sowie der größten Patientenorganisation. Aus Sicht der Krankenversicherer sprechen Vertreter eines großen landesweit tätigen Krankenversicherers sowie eines kleinen regio-

nen Krankenversicherers. Die Wissenschaft ist durch einen Forscher vertreten, der an der Evaluation des Krankenversicherungsgesetzes beteiligt war. Alle Interviewpartner nahmen freiwillig an der Studie teil. Die Interviews dauerten in der Regel eine Stunde. Eine finanzielle Entschädigung hat keiner der Interviewpartner erhalten.

Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Jeder Interviewpartner erhielt ein Pseudonym. In einem vierstufigen Prozess wurden Codes entwickelt, die Interviews kodiert, Textstellen paraphrasiert und anschließend thematisch geordnet. Die Ergebnisse wurden entlang der Forschungsfragen strukturiert und die zum Teil redundanten Aussagen in den Originaldaten kondensiert, um wichtige Themen über die Einzelinterviews hinweg zu erkennen.

### 10.3 Ohne Risikoadjustierung geht es nicht

In einem System von Managed Competition sind alle Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Versicherer unterliegen dem Kontrahierungszwang und müssen alle Kunden versichern – auch diejenigen, die vorhersehbar hohe Kosten verursachen werden. Der Verzicht auf risikobezogene Prämien verursacht somit bei den Krankenversicherern starke Anreize zur Risikoselektion. Umgekehrt setzt ein solches System wenige Anreize, hochwertige Versorgungskonzepte für schlechte Risiken – etwa chronisch Kranke – zu entwickeln (*siehe van de Ven 2011*). Aus diesem Grund ist es notwendig, ein System zur Risikoadjustierung so weit zu entwickeln, dass die vorhersehbaren Verluste der Krankenversicherer verringert und die Unsicherheit über den zu erwartenden Gewinn durch Risikoselektion erhöht wird (*siehe van de Ven et al. 2004*). Das System der Risikoadjustierung muss nicht perfekt sein, doch muss es aus Sicht

der Versicherer attraktiver sein, Risikounterschiede zu akzeptieren, statt Risikoselektion zu betreiben. Idealerweise führt ein optimiertes System der Risikoadjustierung dazu, dass die Behandlung für schlechte Risiken – wie chronisch Kranke – verbessert wird, da potenzielle Effizienzgewinne bei schlechten Risiken (Kranke) höher sind als bei guten Risiken (Gesunde) (*siehe van de Ven 2011*).

Vor diesem Hintergrund werden in der weiteren Analyse anhand der Interviews mit den Stakeholdern die folgenden Fragen zum Stand der Risikoadjustierung im regulierten Krankenversicherungswettbewerb der Niederlande diskutiert:

1. Ist das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden ausgereift genug, um vorhersehbaren Verlusten der Krankenversicherer entgegenzuwirken?
2. Verzichten die Krankenversicherer empirisch auf Risikoselektion?
3. Verbessern die Krankenversicherer die Behandlung von chronisch Kranken?

**Vorhersehbare Verluste.** Aus Sicht von Versichertenvertretern haben Krankenversicherer ausreichende Informationen darüber, ob sie es mit guten oder schlechten Risiken zu tun haben (IP10, Versicherte). Aus Sicht der Krankenversicherer ist dies nicht so. Danach sei das System der Risikoadjustierung sehr komplex und wenig transparent (IP9, Versicherer). Das wiederum bedeutet, dass vorhersehbare Verluste ebenso wie Selektionsgewinne für die Krankenversicherer schwer zu kalkulieren sind. Insofern deutet einiges darauf hin, dass das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden eine negative Risikoauslese wirkungsvoll verhindern kann.

**Risikoselektion.** Dennoch ist aus Sicht der Stakeholder durchaus umstritten, ob die Krankenversicherer auf Selektionsstrategien auch empirisch verzichten. Einige Experten (IP4 [Politiker], IP10 [Versicherte]) fanden, dass diese Frage ohnehin nebensächlich sei. Schließlich seien die Risikopools der vier größten Versicherer (mit einem Marktanteil von insgesamt 90 Prozent) so groß, dass Risikoselektion entweder unmöglich (IP4) oder unwichtig (IP10) sei. IP11 (Versicherer) verwies darauf, dass Risikoselektion sowohl unerlaubt als auch unmöglich sei.

Im Gegensatz dazu zeigten die Kommentare zweier Interviewpartner deutlich, dass das Thema Risikoselektion in den Niederlanden trotz eines weit fortgeschrittenen Systems der Risikoadjustierung noch nicht zu den Akten gelegt werden kann. IP9 (Versicherer) gab offen zu, dass alle Versicherer das gleiche Ziel hätten: *„healthy persons paying a lot of premium and low cost“* (Zeile 472). IP1 (Forscher) berichtete von einem Versicherer, der eine besonders günstige Zusatzversicherung für Studierende anbot, um diese Gruppe der guten Risiken anzulocken. IP12 (Politiker) und IP4 (Politiker) kommentierten, dass diese Art von selektiver Vermarktung an Studenten sehr streng überwacht wurde, um sicher zu gehen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang eingehalten werden. Letztlich nutzte der Versicherer hier jedoch eine private Zusatzversicherung zur Risikoselektion, sodass die zuständigen Aufsichtsbehörden keine Handhabe gehabt hätten einzuschreiten (IP4, IP12). Empirisch zeigt sich damit, dass die Krankenversicherer in den Niederlanden trotz eines elaborierten Systems der Risikoadjustierung das Instrument der Risikoselektion zumindest in Einzelfällen weiter nutzen.

**Chronisch Kranke.** IP1 (Forscher) konstatierte, dass das System der Risikoadjustierung neu definiere, welche Patientengruppen für Versi-

cherer einen Überschuss bzw. einen Verlust bedeuten. Sowohl IP1 wie IP10 (Versicherte) nannten Diabetespatienten als eine Versicherten-Gruppe, für die eine Überkompensation vorhersehbarer Verluste stattfindet. Theoretisch gibt eine solche Überkompensation den Versicherten einen hohen Anreiz, Effizienzgewinne durch Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass bisherige Strukturen durch qualitativ bessere und effizientere Versorgungsstrukturen ersetzt werden. Mit Innovationen für Diabetespatienten könnten Versicherer dann am Markt auftreten, um weitere Diabetiker anzuwerben. Tatsächlich berichteten mehrere der interviewten Stakeholder (IP2 und IP3 [Leistungserbringer], IP4 [Politiker], IP5 und IP10 [Versicherte], IP9 [Versicherer]), dass nach der Implementierung des Zorgverzekeringwet Primärversorgungszentren zur effizienteren Behandlung von chronisch Kranken – insbesondere von Versicherten mit Diabetes – entwickelt und eingeführt wurden. Insofern deutet einiges darauf hin, dass das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden in der Tat Anreize zur bevorzugten Behandlung von schlechten Risiken bietet.

## 10.4 Wachsende Bedeutung von Gruppenverträgen

Für die erfolgreiche Umsetzung eines regulierten Wettbewerbs spielt auch die Wahlfreiheit der Versicherten eine wichtige Rolle. Unzufriedene Kunden müssen die Möglichkeit haben, sich eine andere Krankenversicherung zu suchen. Hirschman nannte dieses Phänomen Exit (*siehe Hirschman 1970*). Die Versicherten müssen die Exit-Option allerdings auch nutzen. Im ersten Jahr nach der Einführung des Zorgverzekeringwet haben etwa 20 Prozent der Versicherten den Versicherer gewechselt. Inzwischen hat sich die Wechselquote auf einem

Niveau von 3 Prozent bis 4 Prozent stabilisiert, was mit der Schweiz und Deutschland vergleichbar ist (*siehe Hendriks et al. 2009*).

Theoretisch sollten Krankenversicherer durch Verluste von Versicherten angespornt werden, künftig präferenzgerechtere Angebote zu machen. Hendriks et al. schließen daraus, dass Kunden nicht wechseln werden, wenn die Vorteile eines Wechsels nicht deutlich werden oder überhaupt nicht existieren (*siehe Hendriks et al. 2009, 9*). Eine andere Interpretation niedriger Wechselquoten ist, dass der regulierte Wettbewerb keine ausreichende Effizienzgewinne erwirtschaften kann (*siehe Schut/van de Ven 2005, 71*). Umgekehrt kann eine niedrige Wechselquote aber auch eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Versicherer signalisieren. Der Anteil der Wechsler allein sagt demzufolge wenig aus.

Seit der Einführung des Zorgverzekeringswet haben sich zudem viele Beschäftigte für einen Gruppenvertrag entschieden, den meist ihr Arbeitgeber mit einem Krankenversicherer abgeschlossen hat (*siehe Rosenau/Lako 2008*). Demnach beeinflussen in den Niederlanden nicht nur Individuen, sondern auch Arbeitgeber den Wettbewerb auf den Krankenversicherungsmarkt.

In der folgenden Analyse werden in Bezug auf die Wahlfreiheit der Versicherten die Antworten auf die folgenden Fragen diskutiert:

4. Ist ein möglicher Kassenwechsel einen Ansporn für Versicherer zur Entwicklung präferenzgerechter Angebote?
5. Ist „Exit“ der zentrale Steuerungsmechanismus?

**Ansporn für Versicherer.** Versicherer und Versichertenvertreter berichten, dass der Kundenservice seit dem Krankenversicherungsgesetz an Bedeutung zugenommen habe. Einfache Leistungen werden stark nachgefragt, wie z. B. den Kunden zuzuhören, deren Wünsche und Präferenzen wahrzunehmen, Rechnungen rechtzeitig zu begleichen und am Telefon erreichbar zu sein (IP11, Versicherer). Auch komplexere Leistungen werden verlangt. Hierzu zählen etwa Informationen über die Qualität von regionalen Leistungserbringern (IP9, Versicherer), Case Management (IP10, Versicherte) und überregionale Versorgung (auch in Belgien und Deutschland) – falls Wartelisten vor Ort zu lang sind (IP11, Versicherer). IP11 betonte, die Kunden seien anspruchsvoll und demzufolge auch nicht bereit, schlechte Serviceleistungen oder lange Wartezeiten hinzunehmen:

*“The customer is emancipated. They don’t say ‘Oh, my insurer says in this hospital you have to wait 12 weeks, that’s it.’ They say to us: ‘I have a problem. I want to have my operation in two weeks. I don’t care if it’s here or there, but it should happen fast. And YOU (the insurer) will organize it for us. If you don’t, then I will say goodbye.’” (siehe IP11, Zeilen 398–392)*

IP11 (Versicherer) berichtete, dass sein großes Versicherungsunternehmen Standorte aufgeben und viele Stellen streichen musste, um Kosten zu sparen. Trotzdem wurde der Bereich Kundenservice während dieser Phase ausgebaut, da es für das Überleben der Firma notwendig geworden sei, bessere Serviceleistungen anzubieten. Zumindest im Hinblick auf die Servicequalität schafft die drohende Exit-Option damit nachhaltige Anreize für die Versicherer, präferenzgerechtere Angebote für die Versicherten zu schaffen.

**Kassenwechsel.** Die Interviews geben interessante Einsichten zur Bewertung der oben dargestellten quantitativen Entwicklung des Kassenwechsels – insbesondere im Hinblick auf Wechselbarrieren. In den Interviews wurden vier Barrieren zum Versicherungswechsel angesprochen. Erstens verstünden die Versicherten häufig nicht, was sie bekämen, wenn sie ein Versicherungsunternehmen wählen. Zweitens würden Versicherte Informationen zu Qualitätsunterschieden meiden. Sie würden es vorziehen zu glauben, die Qualität sei überall gleich gut. Drittens würden die Versicherten ihre individuelle Wahl lieber an das Kollektiv übertragen und diesem vertrauen, gute Entscheidungen zu treffen. In der Tat haben inzwischen viele niederländische Versicherte einen Gruppenvertrag abgeschlossen. IP5 (Versicherte) berichtet, dass seine Gewerkschaft nach der Einführung des Zorgverzekeringswet einen Gruppenvertrag für ihre Mitglieder angeboten habe. Erwartet wurde, dass sich etwa 30.000 Mitglieder für dieses Angebot entscheiden würden. Tatsächlich haben sich im ersten Jahr über 250.000 Gewerkschaftsmitglieder eingeschrieben. Gründe dafür seien, so IP5, ein Prämienrabatt von 10 Prozent (2009 entsprach dies rund 100 Euro jährlich) und das Vertrauen in das Kollektiv. Dieses Vertrauen beschreibt er so:

*„...people became a member of [our] collective health insurance contract because they trust [us] not to do weird things. They want [us] to negotiate this for them, to understand it for them.” (siehe IP5, Zeilen 760–762)*

Drei Stakeholder (IP1 [Forscher], IP4 [Politiker], IP5 [Versicherte]) fanden es erstaunlich, dass sich so viele Versicherte für einen Gruppenvertrag entschieden haben, da die finanziellen Ersparnisse eher gering ausfielen. IP10 (Versicherte) merkte an, dass der Trend zu großen Versichertenkollektiven eine der Grundannahmen des regulierten

Wettbewerbs untergrabe, nämlich dass Individuen sich am Markt für die beste Versicherung auf der Basis individueller Präferenzen entscheiden werden.

Die Versichertenvertreter (IP5 und IP10) betonten dann auch, dass nicht Individuen, sondern die Personalabteilungen großer Unternehmen – bzw. von Gewerkschaften – die Entscheidung trafen, ob und wann das Versicherungsunternehmen gewechselt wird. Solch große Gruppen seien träge und eher bereit, die bestehenden Verträge anzupassen, statt gleich mit einem großen Versichertenkollektiv zu wechseln. Vor diesem Hintergrund scheint es eher wahrscheinlich, dass bei Unzufriedenheit zunächst verhandelt statt sofort gewechselt wird. In Hirschmans Terminologie steigt damit die Bedeutung der Voice-Option im Vergleich zur Exit-Option (*siehe Hirschman 1970*).

## 10.5 Instrumente zur Versorgungssteuerung stehen noch am Anfang

Ziel des Zorgverzekeringswet war, dass Krankenversicherer zu guten und umsichtigen Einkäufern von Gesundheitsleistungen für ihre Versicherten werden (*siehe van de Ven/Schut 2009*). Die Krankenversicherer sollen für ihre Versicherten die bestmögliche Versorgung organisieren und die Versorgungswege mit den betreffenden Leistungserbringern vertraglich regeln. Den Krankenversicherern in den Niederlanden stehen dazu zwei Instrumente zur Verfügung – die hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping) und die selektivverträgliche Versorgung durch ausgewählte Leistungserbringer (Preferred Provider Networks). Der erfolgreiche Einsatz dieser Instrumente hängt davon ab, dass die Versicherten gleichzeitig ihrem Hausarzt und ihrem Ver-

sicherer vertrauen, dass diese die bestmögliche Versorgung für sie organisieren.

Ein für die gesamte Bevölkerung verpflichtendes Gatekeeping ist seit jeher integraler Bestandteil des niederländischen Versorgungssystems und wird von den Versicherten akzeptiert. Selektivverträge mit ausgewählten Leistungserbringern sind dagegen vergleichsweise neu. Unterschiede in der Qualität sind für die Versicherten schwer zu erkennen. Für die Versicherten sind daher andere Auswahlkriterien von Bedeutung – wie z. B. Standort, finanzielle Anreize und die Rolle des Hausarztes (*siehe Boonen et al. 2008*). Bisher haben die Versicherten wenig Vertrauen in ihre Krankenversicherer. Dies mindert die Akzeptanz von Selektivverträgen mit einem eingeschränkten Kreis von Leistungserbringern (*siehe Boonen/Schut 2011*). Boonen und Schut gehen jedoch davon aus, dass eine Zunahme an vertrauenswürdigen Informationen über die Qualität von Leistungserbringern dieses Vertrauensproblem lösen könnte (*siehe ebenda*).

In der folgenden Analyse werden in Bezug auf die Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung diese Fragen beantwortet:

6. Wird die Patientenversorgung durch hausärztliche Gatekeeper aktiv gesteuert?
7. Schließen Versicherer Selektivverträge mit ausgewählten innovativen Leistungserbringern und werden diese Angebote von den Versicherten angenommen?

**Gatekeeping:** Der Hausarzt wird nach Einschätzung der Repräsentanten der Ärzteverbände im niederländischen Gesundheitssystem von den Versicherten weiterhin als Gatekeeper akzeptiert (IP2 und IP3

[Leistungserbringer]). Allerdings haben Hausärzte nach der Einführung des Zorgverzekeringswet einen erhöhten Arbeitsaufwand. Die Versicherer versuchen möglichst, Patienten vom Krankenhaus fernzuhalten (IP3, Leistungserbringer). IP10 [Versicherte] unterstreicht die zentrale Rolle des Hausarztes, da seiner Meinung nach Primärversorgungsteams (Hausärzte und speziell ausgebildetes Pflegepersonal) die akute Einweisung oder Wiedereinweisung von Patienten in Krankenhäuser stark reduzieren könnten.

Seit der Einführung des Zorgverzekeringswet experimentieren einige Versicherer mit interdisziplinären Primärversorgungszentren (Hausärzte, Physiotherapeuten, speziell ausgebildetes Pflegepersonal, Psychologen). Über die Entstehung dieser Zentren berichteten verschiedene Stakeholder (IP2 und IP3 [Leistungserbringer], IP4 [Politiker], IP5 und IP10 [Versicherte], IP 9 [Versicherer]). Der Fokus dieser Zentren liegt demnach auf dem effizienten Management von chronisch Kranken durch die Vermeidung von teuren Spezialbehandlungen. Die Versicherer wollen mit den Zentren Kosten sparen und gleichzeitig die Qualität der Versorgung für chronisch Kranke verbessern.

Laut IP5 (Versicherte) wurde diese Entwicklung erst durch das Krankenversicherungsgesetz ermöglicht:

*„[Our insurer] is quite active, playing the strongest role in introducing primary care centres. Before the law, this would have been done by the government if they wanted it. They didn't want it. [...] And now you see that health insurers are starting to come up with such ideas.” (siehe IP5, Zeilen 899–905)*

**Selektivverträge mit Leistungserbringern:** Anders als die hausarztzentrierte Versorgung sind Selektivverträge mit bevorzugten Leistungserbringernetzen untypisch für das niederländische Gesundheitssystem. Das Zorgverzekeringswet gibt Versicherern mehr Anreize, solche Selektivverträge mit Leistungserbringern einzugehen. Allerdings gibt es in den Niederlanden zwei Barrieren zum Abschluss von Selektivverträgen. Erstens müssen die Krankenversicherer den Kreis der Leistungserbringer einschränken können, ohne ihren Sicherstellungsauftrag zu gefährden. Zweitens muss die durch den Krankenversicherer getroffene Auswahl von den Versicherten akzeptiert werden.

Ein Versicherer kann Leistungserbringer nur selektieren, wenn der Sicherstellungsauftrag – der in den Niederlanden bei den Krankenversicherern liegt – dadurch nicht gefährdet wird. In den Niederlanden gab es vor Einführung des Zorgverzekeringswet in einigen Bereichen eher eine Unterversorgung (Wartelisten). Insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung – so berichteten einige Interviewpartner – gäbe es zu wenige Leistungserbringer, um Selektivverträge durchzusetzen (IP2 and IP3 [Leistungserbringer], IP5 [Versicherte], IP6 and IP7 [Politiker]).

Die zweite Barriere für Selektivvertragsmodelle in den Niederlanden besteht darin, dass die Versicherten nur ein eingeschränktes Vertrauen in die Auswahl ihres Versicherers haben:

*„...if you go to your insurance, they will say ‘don’t go to that hospital, don’t go to that specialist because he is too expensive or his quality isn’t good enough.’ The insured think, ‘Well, the insurance company goes only for the money. I don’t believe the insurance companies’.” (siehe IP8, Zeilen 804-809)*

IP8 (Politiker) findet, dass die Versicherten der Motivation der Versicherer bei der Auswahl von Leistungsanbietern misstrauen. Auch IP10 (Versicherte) erwähnt, dass Patienten selbst über ihre Leistungsanbieter entscheiden wollen und Versicherern mit Selektivvertragsmodellen eher mit Misstrauen begegnen.

## 10.6 Schlussfolgerungen für den deutschen Krankenversicherungsmarkt

Für erfolgreichen regulierten Wettbewerb auf Krankenversicherungsmärkten müssen drei Voraussetzungen gewährleistet sein. Erstens muss auf dem Versicherungsmarkt eine Risikoadjustierung die vorhersehbaren Verluste für schlechte Risiken und die Gewinne für gute Risiken weitgehend kompensieren. Zweitens müssen Versicherte die Möglichkeit haben, ihren Krankenversicherer im Fall von Unzufriedenheit zu wechseln. Drittens brauchen Versicherer Instrumente für die Steuerung der Versorgung und müssen diese auch anwenden. Unsere Analyse hat gezeigt, dass diese Voraussetzungen in den Niederlanden noch nicht vollständig umgesetzt werden konnten. *Tabelle 10-2* fasst die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie zusammen.

Tabelle 10–2: Ergebnisübersicht	
Voraussetzung Managed Competition	
Risikostrukturausgleich	Expertenmeinung
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ist das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden ausgereift genug, um vorhersehbaren Verlusten der Krankenversicherer entgegenzuwirken?</li> </ul>	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verzichten die Krankenversicherer empirisch auf Risikoselektion?</li> </ul>	nein
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbessern die Krankenversicherer die Behandlung von chronisch Kranken?</li> </ul>	ja
Wahlfreiheit der Versicherten	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ist ein möglicher Kassenwechsel ein Ansporn für Versicherer, präferenzgerechte Angebote zu entwickeln?</li> </ul>	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ist <i>Exit</i> der zentrale Steuerungsmechanismus?</li> </ul>	eher nein
Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Wird die Patientenversorgung durch hausärztliche Gatekeeper gesteuert?</li> </ul>	ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Schließen Versicherer Selektivverträge mit auserwählten innovativen Leistungserbringern?</li> </ul>	eher nein
WldO 2013	

Obwohl das System der Risikoadjustierung in den Niederlanden sehr weit entwickelt ist und vorhersehbare Gewinne und Verluste für Versicherer damit schwer zu kalkulieren sind, suchen Versicherer weiterhin nach guten Risiken und betreiben zumindest in Einzelfällen Risikoselektion. Gleichzeitig werden Versicherer zum Teil für chronisch Kranke überkompensiert. Als Folge haben die Krankenversicherer durch die Einführung von Primärversorgungszentren eine Innovation für die effizientere Versorgung von chronisch Kranken eingeführt.

Hinsichtlich des Wechselverhaltens von Versicherten in der Folge der Einführung des Zorgverzekeringswet zeigen die Ergebnisse unserer Interviews zweierlei: Einerseits führt schon die drohende Exit-Option dazu, dass die Versicherungen zumindest im Hinblick auf die Servicequalität präferenzgerechtere Angebote erstellen. Zweitens zeigt die Beliebtheit von Gruppenverträgen in den Niederlanden, dass die

Bedeutung der individuellen Wahlentscheidung abnimmt und zunehmend Voice an die Stelle von Exit tritt.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist den Versicherten in den Niederlanden vertraut und wird weiterhin akzeptiert. Nach der Implementierung des Zorgverzekeringswet sind erste Versorgungsinnovationen – interdisziplinär ausgestattete Primärversorgungszentren – entstanden, die den Hausarzt in den Mittelpunkt stellen. Der Abschluss von Selektivverträgen ist für die Krankenversicherer in den Niederlanden vor allem aus zwei Gründen weiterhin problematisch: Erstens können Krankenversicherer nur dann Selektivverträge abschließen, wenn sie durch diese Auswahl ihren Sicherstellungsauftrag nicht gefährden. Das ist jedoch insbesondere in der hausärztlichen Versorgung schwierig. Zweitens begegnen die Versicherten Selektivvertragsmodellen weiterhin mit großer Skepsis.

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland? Schließlich werden die niederländischen Entwicklungen immer wieder für die Weiterentwicklung des deutschen Krankenversicherungssystems als Referenzmodell herangezogen. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Krankenversicherungswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung liefern die Entwicklungen in den Niederlanden wertvolle Erkenntnisse. Erstens zeigen die Auswertungen der Interviews mit den Stakeholdern in den Niederlanden, dass eine „Überkompensation“ chronisch kranker Versicherter im Rahmen des Risikostrukturausgleichs für eine versorgungsorientierte Weiterentwicklung des Kassenwettbewerbs durchaus sinnvoll sein kann – zumal wir es in Deutschland noch immer mit einer Überkompensation gesunder Versicherter zu tun haben. Nur mit einer konsequenten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird es möglich sein, krasse Beispiele von Risikoselektion – wie im

vergangenen Jahr medienwirksam bei der KKH/Allianz aufgedeckt – zu vermeiden.

Weniger übertragbar erscheinen zumindest auf den ersten Blick die Erfahrungen in den Niederlanden im Hinblick auf die steigende Bedeutung von Gruppenverträgen. Der Kassenwechsel ist in Deutschland noch immer eine sehr individuelle Entscheidung. Es ist kaum vorstellbar, dass Versicherte diese Entscheidung kollektiv von ihrem Arbeitgeber oder ihrer Gewerkschaft treffen lassen. Aufgeklärte individuelle Entscheidungen über den optimalen Krankenversicherer sind jedoch erst möglich, wenn die Versicherten gut informiert vergleichen können. Solange diese Informationen nicht qualitätsgesichert, übersichtlich und transparent zur Verfügung stehen, wird die Wahlentscheidung – wie in der Vergangenheit – vor allem über den Preis erfolgen.

Auch die Erfahrungen beim Abschluss von Selektivverträgen sind nicht ohne Weiteres auf die Diskussion in Deutschland übertragbar, die Voraussetzungen sind in Deutschland jedoch zumindest teilweise günstiger als in den Niederlanden. So sind die Kapazitäten in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland – trotz aller Diskussion um den vorgeblichen oder tatsächlichen Ärztemangel – deutlich größer als in den Niederlanden. Die Krankenkassen hätten also – wenn der Gesetzgeber ihnen die entsprechenden Instrumente einräumen sollte – tatsächliche Wahlmöglichkeiten. Es bleibt allerdings die Skepsis der Versicherten gegenüber Selektivvertragsmodellen, die den vertrauten Arzt oder die vertraute Ärztin nicht beinhalten. Diese Skepsis müssen die Krankenkassen bei der zukünftigen Entwicklung von Selektivvertragsmodellen auch in Deutschland berücksichtigen.

## 10.7 Zusammenfassung

Das niederländische Krankenversicherungsgesetz hat die bisher parallel existierenden gesetzlichen und privaten Krankenversicherer seit dem Jahr 2006 in ein stark reguliertes, gemeinsames Krankenversicherungssystem zusammengeführt. Regulierter Wettbewerb (Managed Competition) soll die Effizienz des Krankenversicherungssystems und des Versorgungssystems insgesamt erhöhen. In diesem Beitrag untersuchen wir, inwieweit drei zentrale Voraussetzungen für einen gelungenen regulierten Wettbewerb vorliegen: Risikoadjustierung, Wahlfreiheit der Versicherten und Instrumente für Versorgungsmanagement. Neben der Auswertung der einschlägigen Literatur haben wir dazu Experteninterviews mit Stakeholdern durchgeführt und analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass das niederländische System der Risikoadjustierung zwar sehr weit, aber noch nicht perfekt entwickelt ist. Es gibt weiterhin Anreize für Krankenversicherer zur Risikoselektion, wengleich dies offensichtlich nur selten geschieht. Wettbewerb zwischen Krankenversicherern hat bisher zu keinem ausgeprägten Wechselverhalten der Versicherten geführt. Das Krankenversicherungsgesetz gibt Krankenversicherern zwar neue Anreize, die Wünsche der Versicherten stärker zu berücksichtigen. Die Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung entwickelt sich aber nur langsam. Die Voraussetzungen für einen erfolgreichen regulierten Wettbewerb in den Niederlanden sind demnach noch nicht vollständig geschaffen: Risikoadjustierung kann noch nicht allen Anreizen zur Risikoselektion entgegenwirken, Versichertenpräferenzen werden erst seit Kurzem zunehmend von Versicherern berücksichtigt, und die Anwendung von Instrumenten zur Versorgungssteuerung befindet sich noch im Anfangsstadium.

## 10.8 Literatur

Boonen LH/Schut FT (2011), Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law* 6 (2), 219-235.

Boonen LH/Schut FT/Koolman X (2008), Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. *Health Economics* 17 (3), 299-316.

Enthoven AC (1978), Consumer-Choice Health Plan. *New England Journal of Medicine* 298 (12), 650-658 und (13), 709-720.

Enthoven AC/van de Ven WP (2007), Going Dutch: Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 357, 2421-2423.

Greß S (2006), Regulated competition in social health insurance: A three-country comparison. *International Social Security Review* 59 (3), 27-47.

Greß S/Okma K/Hessel F (2001), Managed Competition in Health Care in The Netherlands and Germany – Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions. Diskussionspapier 04/2001. Ernst-Moritz-Armdt-Universität Greifswald.

Heinemann S/Leiber S/Greß S (2013), Managed competition in the Netherlands – A qualitative study. *Health Policy* 109 (2), 113-21.

Hendriks M, de Jong JD, van den Brink-Muinen A, Groenewegen PP (2009), The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expectations* 13 (2), 195-207.

Hirschman AO (1970), *Exit, Voice and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press.

Rosenau PV/Lako CJ (2008), An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 33 (6), 1031-1055.

Schut FT/van de Ven WP (2005), Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Economics* 14, 59–S74.

Van de Ven WP (2011), Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done? *Health Economics, Policy and Law* 6 (1), 147-156.

Van de Ven WP/van Vliet RC/Lamers LM (2004), Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs* 23 (3), 45-55.

Van de Ven WP/Schut FT (2009), Managed Competition in the Netherlands: still work in progress. *Health Economics* 18 (3), 253-255.

## Autoren

### **Prof. Dr. Konstantin Beck**

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie  
Tribschenstrasse 21  
CH-6002 Luzern

Konstantin Beck ist Volkswirtschaftler und Dr. oec. publ. der Universität Zürich. Er habilitierte sich 2004 und ist seit 2010 Titularprofessor der Universität Zürich. Er ist zurzeit verantwortlicher Aktuar der CSS Gruppe, Leiter der Abteilung Mathematik & Statistik der CSS Versicherung, Mitglied der CSS Direktion, Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Lehrbeauftragter der Universitäten Zürich und Basel sowie der Fachhochschulen Bern und Winterthur.

### **Ralf Götze**

Universität Bremen  
Sonderforschungsbereich „Staatlichkeit im Wandel“  
Linzer Str. 9A  
28359 Bremen

Ralf Götze hat Politikwissenschaft, Kommunikationswissenschaft und neuere Geschichte an der Universität Münster studiert. Seit 2007 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern“ des Sonderforschungsbereichs 597 „Staatlichkeit im Wandel“ an der Universität Bremen.

**Prof. Dr. Wolfgang Greiner**

Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,  
Arbeitsgruppe 5 - Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement  
Universitätsstraße 25  
33615 Bielefeld

Wolfgang Greiner ist Diplom-Ökonom und Dr. rer. pol. (Universität Hannover), Professor an der Universität Bielefeld. Seit 2005 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld und seit Mitte 2010 Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesgesundheitsministerium.

**Prof. Dr. Stefan Greß**

Hochschule Fulda  
Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie  
Marquardstr. 35  
36039 Fulda

Stefan Greß ist Wirtschaftswissenschaftler und Dr. rer. pol. (Universität Bremen). Seit 2007 ist er Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Systemvergleich, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung.

**Dietmar Haun**

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin

Dietmar Haun ist Diplom-Soziologe (Universität Mannheim). Er ist seit 2001 für den AOK-Bundesverband tätig: erst als Projektmanager im Geschäftsbereich Change Management und dann als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen. Seit 2012 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

**Stephanie Heinemann**

Hochschule Fulda  
Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie  
Marquardstr. 35  
36039 Fulda

Stephanie Heinemann ist M. Sc. Public Health und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Forschungsschwerpunkte: Hausärztliche Versorgung, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Versorgungsforschung.

**Dr. Jan-Marc Hodek**

Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen  
Rochusstr. 1  
53123 Bonn

Jan-Marc Hodek ist Diplom-Ökonom (Universität Hannover) und Dr. Public Health (Universität Bielefeld). Er war von 2005 bis 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seit 2010 ist er Referent in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

**Prof. Dr. Klaus Jacobs**

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin

Klaus Jacobs ist Diplom-Volkswirt (Universität Bielefeld), Dr. rer. pol. (Freie Universität Berlin) und Honorarprofessor an der Universität Duisburg-Essen. Seit 2002 ist er Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen.

**Franz Knieps**

BKK Dachverband e.V.  
Zimmerstraße 55  
10117 Berlin

Franz Knieps hat Rechts- und Politikwissenschaften sowie neuere Deutsche Literatur studiert. Er ist Volljurist und war 15 Jahre im AOK-Bundesverband tätig, zuletzt als Geschäftsführer Politik. Danach war er 7 Jahre Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit, danach Politik- und Unternehmensberater. Seit 1.7.2013 ist er Vorstand des BKK Dachverbands e. V.

**Hartmut Reiners**

Friedbergstr. 45  
14057 Berlin

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist in Berlin und war vor seiner Pensionierung im März 2010 Leiter des Referats „Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik“ im Gesundheitsministerium Brandenburg in Potsdam.

**Prof. Dr. Heinz Rothgang**

Universität Bremen  
Zentrum für Sozialpolitik  
Mary-Somerville-Straße 5  
28359 Bremen

Heinz Rothgang ist Diplom-Volkswirt sozialwissenschaftlicher Richtung und Dr. rer. pol. (Universität zu Köln). Seit 2005 ist er Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen und leitet dort die Abteilung "Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung" im Zentrum für Sozialpolitik.

**Sabine Schulze**

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin

Sabine Schulze ist Diplom-Volkswirtin (Universität Trier). Seit 2002 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

**Klaus Zok**

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin

Klaus Zok ist Diplom-Sozialwissenschaftler (Universität Bochum). Seit 1992 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Arbeitsschwerpunkte: Durchführung von Versichertenbefragungen und Erstellung von Transparenzstudien zu Teilmärkten des Gesundheitssystems (z. B. „IGeL“).

Die Kritik am Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird immer lauter. Deshalb stellt sich die Frage nach der künftigen Ausgestaltung der Krankenversicherung in Deutschland. In diesem Sammelband untersuchen ausgewiesene Experten in zehn Beiträgen verschiedene Aspekte eines zukunftsfähigen Krankenversicherungssystems. Die Spannbreite reicht von den Präferenzen der Versicherten und der Analyse der „Dualität“ zwischen GKV und PKV sowie von Schwachstellen im Geschäftsmodell der PKV über Perspektiven der solidarischen und nachhaltigen Finanzierung und der vertragswettbewerblichen Versorgungssteuerung bis hin zu Wettbewerbserfahrungen innerhalb der einheitlichen Krankenversicherungssysteme der Niederlande und der Schweiz.

ISBN 978-3-940172-31-0

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

---

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag