Klaus Jacobs · Jürgen Klauber · Johannes Leinert

Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?
Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

Wissenschaftliches Institut der AOK
Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und keine Meinungsäußerung des AOK-Bundesverbandes.

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

Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

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

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

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

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

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

Internet: http://www.wido.de/
Inhalt

Vorwort .......................................................................................................................... 7

1 Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland 11
   Klaus Jacobs und Sabine Schulze

   1.1 Die gesundheitspolitische Debatte .......................................................... 11
   1.2 Zum Status quo des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV .............. 14
       1.2.1 Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten ................................................. 14
       1.2.2 Eingeschränkte Wettbewerbsinhalte ................................................. 17
   1.3 Geplante Reformmaßnahmen ................................................................. 19
       1.3.1 Weitere Einschränkung der Wahlmöglichkeiten............................... 20
       1.3.2 Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern .......... 20
       1.3.3 Portabilität der Alterungsrückstellungen ......................................... 22
       1.3.4 Basistarif mit Kontrahierungszwang ............................................... 24
   1.4 Fazit und Ausblick ...................................................................................... 26
   1.5 Literatur ....................................................................................................... 28

2 Einkommensselektion und ihre Folgen .................................................. 31
   Johannes Leinert

   2.1 Einkommensunterschiede ........................................................................... 31
   2.2 Folgen für das Gesundheitswesen ............................................................. 33
   2.3 Beitragsaufkommen .................................................................................... 36
   2.4 Leistungsausgaben ...................................................................................... 42
   2.5 Saldo .............................................................................................................. 45
   2.6 Fazit ............................................................................................................... 47
   2.7 Literatur ....................................................................................................... 48
<table>
<thead>
<tr>
<th>Section</th>
<th>Title</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.1.2.3</td>
<td>Selektive Kooperation mit Leistungserbringern</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>5.2</td>
<td>Novellierung des Versicherungsvertragsrechts und der GOÄ zukunftsweisend?</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3</td>
<td>Ein effizientes Gesundheitsmanagement erfordert einen funktionalen Wettbewerbsrahmen</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.1</td>
<td>Wettbewerbsmängel in der PKV im Status quo</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3.2</td>
<td>Übertragung der Alterungsrückstellung beim Unternehmenswechsel in der PKV – und beim Wechsel zwischen GKV und PKV</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>5.4</td>
<td>Literatur</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>6.1</td>
<td>Motivation</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2</td>
<td>Das Kalkulationsprinzip in der PKV</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3</td>
<td>Datenbasis</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4</td>
<td>Zahl der Versicherten und Prämienaufkommen</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>6.5</td>
<td>Prämienentwicklung von Männern und Frauen in der PKV</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>6.6</td>
<td>Prämienentwicklung nach Alter der Versicherten</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>6.7</td>
<td>Prämienentwicklung im Längsschnitt</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>6.8</td>
<td>Umfang der Selbstbeteiligung</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>6.9</td>
<td>Versicherte mit Prämien oberhalb des Höchstbeitrags der GKV</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>6.10</td>
<td>Ein Vergleich zur GKV</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>6.11</td>
<td>Ursachen des Prämienanstiegs in der PKV</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>6.12</td>
<td>Fazit</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>6.13</td>
<td>Literatur</td>
<td>120</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Chancen und Risiken für Versicherte in der PKV
– Fallbeispiele

Wolfgang Schuldzinski

7.1 Fall 1: keine vollständige Versicherung nach Wegfall der Beihilfe

7.2 Fall 2: Anbieterwechsel in der PKV faktisch unmöglich

7.3 Fall 3: Vorteil für Selbstständige mit wenig Einkommen

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

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

7.6 Fazit

7.7 Literatur

8 Einstellungen der Bevölkerung

Klaus Zok

8.1 Einleitung

8.2 Einschätzung und Erwartung

8.3 Systemmerkmale der GKV

8.4 Systemmerkmale der PKV

8.5 Einstellungen zu Reformoptionen

8.6 Fazit

8.7 Literatur

Abkürzungen

Autoren
Vorwort

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

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

Da sich zeigt, dass der „Wettbewerb“ zwischen GKV und PKV keineswegs in erster Linie auf Qualität und Effizienz gerichtet ist, sondern dabei insbesondere auch Anreize zu einer Risikoselektion zu Gunsten der PKV bestehen, wird in den folgenden Kapiteln untersucht, ob und in welchem Ausmaß sich diese Selektionsanreize in unterschiedlichen Versichertenstrukturen von GKV und PKV niederschlagen.
Im zweiten Kapitel untersucht Johannes Leinert, ob und in welchem Umfang sich eine Selektion nach Einkommen zwischen GKV und PKV beobachten lässt und welche Auswirkungen sich daraus für die Finanzierung des Gesundheitswesens ergeben. Hendrik Dräther geht im dritten Kapitel der Frage nach, inwiefern sich die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung Familienangehöriger in unterschiedlichen Familienstrukturen der Versicherten von GKV und PKV niederschlägt, und diskutiert Reformvorschläge zur Familienversicherung. Im vierten Kapitel analysiert Johannes Leinert, ob sich zwischen GKV und PKV eine Selektion nach Morbidität und als Folge davon nach Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beobachten lässt.

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

Im abschließenden achten Kapitel stellt Klaus Zok die Einstellungen der Versicherten zum Gesundheitssystem dar. Dabei untersucht er zunächst, ob sich die Einschätzung des Gesundheitswesens zwischen GKV- und PKV-Versicherten unterscheidet, ehe er darauf eingehen, wie
die grundlegenden Charakteristika von GKV und PKV von den Versicherten beurteilt werden.

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

Bonn, im September 2006
Klaus Jacobs
Jürgen Klauber
Johannes Leinert
Vorwort
1 Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland

Klaus Jacobs und Sabine Schulze

1.1 Die gesundheitspolitische Debatte

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

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

Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland


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

---


3 Grundlage dieser Ausführungen sind die am 4. Juli 2006 von den Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD vorgelegten „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“.
zwischen den privaten Krankenversicherungen (PKV) und den gesetzlichen Krankenkassen erhalten bleiben“ (CDU/CSU/SPD 2006, 23). Reformen betreffen folglich die Wettbewerbsbedingungen innerhalb der beiden Marktsegmente sowie an ihrer Schnittstelle im sog. „Systemwettbewerb“.

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

1.2 Zum Status quo des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV

1.2.1 Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten


---

Individuelle Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV haben aus- 

schließlich jene, für die aufgrund ihrer beruflichen Stellung generell 

keine GKV-Versicherungspflicht besteht (im Wesentlichen Beamte 

undSelbstständige – 2005 laut Mikrozensus rund 2,2 bzw. 4,1 Milli- 

onen Personen) bzw. die als Arbeitnehmer ein regelmäßiges Brutto- 

entgelt von monatlich mehr als 3.900 Euro beziehen (rund 4 Millio- 

nen Personen auf der Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels).

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

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


Eine zentrale Funktionsbedingung für Wettbewerb – für „fairen Wettbewerb“ allemal –, nämlich die Möglichkeit der individuellen Wahl, ist folglich in Bezug auf die Wahl zwischen GKV und PKV nur für eine relativ kleine Gruppe gegeben. Drei Viertel der Bevölkerung sind als GKV-Pflichtversicherte und deren Angehörige von vornherein ausgeschlossen, aber auch für den Großteil derjenigen, die rein recht-
lich mit einem entsprechenden Wahlprivileg ausgestattet sind, stehen einer tatsächlichen Wahlmöglichkeit faktisch unüberwindliche Hindernisse entgegen: Beamten in Richtung GKV sowie Älteren, Kinderreichen und Kranken in Richtung PKV.


1.2.2 Eingeschränkte Wettbewerbsinhalte

Schon die Identifizierung der vergleichsweise kleinen Gruppe der „faktisch Wahlfähigen“ hat gezeigt, dass die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV letztlich vor allem davon abhängt, ob der Verbleib im solidarisch finanzierten System der GKV in einer individuellen Kosten/Nutzen-Abwägung als vorteilhaft eingeschätzt wird oder nicht. Ein Wechsel zur PKV lohnt sich insbesondere für junge und gesunde Versicherte, die nur wenige mitzuversichernde Familienangehörige haben bzw. erwarten: Sie zahlen einen vergleichsweise günstigen Beitrag in der PKV und werden zugleich von der Beteili-
gung an der solidarischen Finanzierung der GKV befreit (Ausgleich nach Einkommen, Alter und Geschlecht, Familienlast und Ex-ante-Morbidity), bei der sie „Netto-Zahler“ wären. Die Abwanderung dieser Versicherten in die PKV führt im Ergebnis zu einer Aushöhlung des Solidarprinzips und hinsichtlich der Ausgabenrisiken der Versicherten zu einer adversen Selektion (Risikoentmischung) zu Lasten der GKV.


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

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

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

1.3 Geplante Reformmaßnahmen

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

\[5\] Da der Deutsche Bundestag zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Beitrags noch
kein Reformgesetz verabschiedet hat, müssen die folgenden Ausführungen zwangsläufig unter dem Vorbehalt der Vorläufigkeit stehen.
1.3.1 Weitere Einschränkung der Wahlmöglichkeiten


1.3.2 Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern


1.3.3 Portabilität der Alterungsrückstellungen


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


1.3.4 Basistarif mit Kontrahierungszwang


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


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

1.4 Fazit und Ausblick

Die Status-quo-Analyse des derzeitigen Wettbewerbs zwischen GKV und PKV zeigt, dass von „fairem Wettbewerb“ keine Rede sein kann. Der weit überwiegende Teil der Bevölkerung besitzt kein individuelles Wahlrecht zwischen GKV und PKV, sondern ist rechtlich bzw. fak-
tisch einem der beiden Systeme alternativlos zugewiesen. „Reguläre“ Wechselmöglichkeiten bestehen zudem allein in Richtung PKV. Weil im Wesentlichen ausschließlich junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte eine Wahlmöglichkeit zur PKV haben, hat der Wettbewerb zwischen den Systemen inhaltlich mit Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung so gut wie nichts zu tun.


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

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

1.5 Literatur


1 Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland
2 Einkommensselektion und ihre Folgen

Johannes Leinert

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

2.1 Einkommensunterschiede


\(^1\) Siehe Jacobs/Schulze 2004, 9.
haben daher in jedem Fall ein überdurchschnittlich hohes Einkommen. Bei Selbstständigen sorgen finanzielle Anreize dafür, dass sich insbesondere Bezieher hoher Einkommen privat versichern. Lediglich bei Beamten entfällt der Anreiz zur Einkommensselektion. Da bei ihnen eine private Absicherung über die Beihilfe bezuschusst wird, für die GKV jedoch keine Arbeitgeberzuschüsse gezahlt werden, ist in der Regel unabhängig vom Einkommen eine private Absicherung zu erwarten.


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

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

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels WIdO 2006

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

### 2.2 Folgen für das Gesundheitswesen

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


\(^3\) Zu den Abgrenzungsproblemen der Gruppe der PKV-Versicherten siehe Fußnote 9 in diesem Kapitel.


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

---


6 Die Zuzahlungen von GKV-Patienten lassen sich nur schwer, die Eigenbeteiligungen von PKV-Patienten in Tarifen mit Selbstbehalt oder Beitragsrückgewähr gar nicht quantifizieren. Da sie beide in dieselbe Richtung wirken und sich daher bei einer Saldierung (siehe Abschnitt 2.5) teilweise oder ganz aufheben, werden sie im Folgenden nicht berücksichtigt.
den Versicherungsschutz gewählt haben, ihn teilweise oder ganz auch als Zusatzversicherungen in einem IVS nachfragen würden. Da dieser Anteil nicht bekannt ist, werden zwei Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen über die Krankenhaus-Wahlleistungen berechnet.

**2.3 Beitragsaufkommen**


---

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personengruppe</th>
<th>alle Bürger(^a)</th>
<th>GKV-Mitglieder</th>
<th>heute PKV-Versicherte(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Beitrag in €</td>
<td>Beitrag in €</td>
<td>Beitrag als Vielfaches vom GKV-Durchschnitt</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Insgesamt</strong></td>
<td>241</td>
<td>224</td>
<td>359</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>darunter:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– Angestellte/Arbeiter</td>
<td>282</td>
<td>275</td>
<td>418</td>
</tr>
<tr>
<td>– Beamte</td>
<td>362</td>
<td>342</td>
<td>364</td>
</tr>
<tr>
<td>– GRV-Rentner</td>
<td>158</td>
<td>157</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>– Pensionäre</td>
<td>285</td>
<td>241</td>
<td>309</td>
</tr>
<tr>
<td>– Selbstständige</td>
<td>388</td>
<td>374</td>
<td>402</td>
</tr>
<tr>
<td>– Arbeitslose</td>
<td>144</td>
<td>145</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>– nicht Erwerbstätige</td>
<td>106</td>
<td>93</td>
<td>196(^c)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels WIdO 2006

Um abzuschätzen, wie hoch diese Einnahmen im Aggregat ausfallen, werden weitere Referenzstatistiken hinzugezogen. Im Falle der GKV liegen sowohl die Anzahl der Versicherten als auch das simulierte Beitragsaufkommen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels nahe
an den Ist-Werten für das Jahr 2003 und können durch einen einfachen Korrekturfaktor angeglichen werden.\(^8\)

Im Falle der PKV weicht dagegen die Anzahl der Versicherten gemäß der Selbstinstufung im Sozio-oekonomischen Panel deutlich von den Angaben des PKV-Verbandes zur Anzahl der Vollversicherten ab.\(^9\) Um dennoch plausible Abschätzungen über die fiktiven Beitragseinnahmen der PKV-Vollversicherten in einem IVS vornehmen zu können, werden die Pro-Kopf-Werte aus *Tabelle 2.2* auf die im Mikrozensus 2003 ausgewiesene Versichertenstruktur\(^{10}\) angelegt.

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

---


\(^{10}\) Siehe *Statistisches Bundesamt 2004, Tabelle 1.3.*
tätigen und arbeitslosen Beitragszahlern zu allen anderen Beitragszahlern laut Simulation auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels herangezogen.

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


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

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

\textsuperscript{12} Dabei wird unterstellt, dass mit Ausnahme der Selbstständigen in einem integrierten System alle Bürger wie GKV-Pflichtmitglieder behandelt werden, einschließlich derzeit freiwillig versicherten GKV-Mitglieder. Für Selbstständige werden die Mindestbeiträge deutlich abgesenkt, die greifen, wenn ein Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze nachgewiesen wird. Anstatt der bisher im Regelfall gültigen 75 % der monatlichen Bezugsgröße werden im abgemilderten Szenario für die Beitragsbemessung nur noch 15 % der monatlichen Bezugsgröße als Mindesteinkommen unterstellt.
niert. Wie hoch diese bei einem Einbezug der gesamten Bevölkerung ausfallen, hängt wiederum davon ab, inwieweit im Rahmen dieser Umstellung die Vergütungsregeln geändert werden. Dass hier eine Änderung erfolgen dürfte, ist allerdings wahrscheinlich (siehe Abschnitt 2.4). Letztlich ist es damit eine gesundheitspolitische Entscheidung, in welchem Umfang die erweiterten finanziellen Spielräume in einem IVS zur Finanzierung von Versorgungsleistungen, zur Abmilderung der Beitragsregeln oder für Beitragssatzsenkungen genutzt werden. Dieser Problematik wird im nächsten Abschnitt Rechnung getragen, indem verschiedene Szenarien für die Höhe der Gesundheitsausgaben berechnet werden.

### 2.4 Leistungsausgaben

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

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


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


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

---

15 Dieser Betrag ergibt sich über die Berechnung:

\[(1,143 \text{ Mrd. Euro}/70,454 \text{ Mio.}) \times (70,454 \text{ Mio.} + 7,892 \text{ Mio.}) = 1,3 \text{ Mrd. Euro.}\]
wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion auch nicht weiter verfolgt. Die Bundesgesundheitsministerin hat bereits verlauten lassen, dass das aktuelle Honorarvolumen bei den anstehenden Reformen nicht sinken soll.\footnote{So hat die Bundesgesundheitsministerin in der Diskussion um eine Angleichung der Vergütungssysteme von PKV und GKV betont, dass eine Honorarreform nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen solle, \textit{siehe o.V. (2005)}. Der Einbezug aller Bürger in die GKV bedeutet hinsichtlich der Vergütung ärztlicher Leistungen nichts anderes als eine vollkommene Angleichung der Vergütungssysteme.} Damit bietet sich als realistischere Untergrenze ein anderes Szenario an: Die Senkung der Beitragssätze in dem Umfang, bei dem das Vergütungsvolumen, das die Leistungserbringer derzeit von GKV und PKV zusammen erhalten, konstant gehalten wird (Szenario B).

2.5 Saldo


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Szenario</th>
<th>Beiträge in Mrd. €</th>
<th>Gesundheitsausgaben in Mrd. €</th>
<th>Beitragssatz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>gesamt</td>
<td>ohne Wahlleistungen</td>
<td>Änderung(^a)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Konstante Krankenhaus-Wahlleistungen (2,6 Mrd. Euro)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(A) Konstante Beitragssätze</td>
<td>163,5</td>
<td>154,0</td>
<td>151,4</td>
</tr>
<tr>
<td>(B) Konstantes Vergütungsvolumen</td>
<td>158,6</td>
<td>149,5</td>
<td>146,9</td>
</tr>
<tr>
<td>(C) Maximale Beitragssatzsenkung</td>
<td>151,9</td>
<td>143,3</td>
<td>140,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **Rückgang der Krankenhaus-Wahlleistungen auf GKV-Niveau (1,3 Mrd. Euro)** |        |                  |               |         |                |
| (A) Konstante Beitragssätze                | 163,5   | 152,7             | 151,4         | 3,2     | 14,3           | 0,0          |
| (B) Konstantes Vergütungsvolumen           | 160,0   | 149,5             | 148,2         | 0,0     | 14,0           | -0,3         |
| (C) Maximale Beitragssatzsenkung           | 152,1   | 142,1             | 140,8         | -7,4\(^b\) | 13,3           | -1,0         |

\(^a\) Änderung gegenüber den tatsächlichen Werten für Gesundheitsausgaben (149,5 Mrd. Euro) bzw. Beitragssatz (14,3).
\(^b\) Da die Berechnungen von Niehaus/Weber (2005) die Gesundheitsausgaben je nach Annahme über die Wahlleistungen im Krankenhaus um 1,1 bis 2,3 Mrd. Euro unterschätzen (siehe Leinert 2006), werden für die Änderung im IVS an dieser Stelle nicht 8,5 Mrd. Euro, sondern entsprechend nach unten korrigierte Werte angesetzt.

*Quelle: Niehaus/Weber (2005), eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels*
2.6 Fazit


<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhauswahlleistungen</th>
<th>Tabelle 2.5: Potenzielle Leistungsmehrausgaben im integrierten System im Vergleich zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben von GKV und PKV zusammen</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beitragszahleranteil der heute PKV-Versicherten im Vergleich zu den heute GKV-Versicherten (alters- und geschlechtsstandardisiert)</th>
<th>Krankenhauswahlleistungen</th>
<th>Krankenhauswahlleistungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1,3 Prozentpunkte weniger (absolut: 72,5 %)*</td>
<td>4,5 Mrd. €</td>
<td>3,2 Mrd. €</td>
</tr>
<tr>
<td>gleich (absolut: 73,8 %)</td>
<td>5,0 Mrd. €</td>
<td>3,7 Mrd. €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,3 Prozentpunkte mehr (absolut: 75,1 %)</td>
<td>5,3 Mrd. €</td>
<td>4,1 Mrd. €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Szenario wie in Abschnitt 2.4 beschrieben


Dass diese Mittel in voller Höhe als zusätzliche Ausgaben in das Gesundheitssystem geflossen wären, ist jedoch eher unwahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Mittel ganz oder teilweise
für Beitragssatzsenkungen oder „Abmilderungen“ der Beitragsregeln verwendet worden wären. Ein IVS mit solidarischer Finanzierung aller Bürger würde demnach gleich bleibende oder sinkende Beitragssätze bedeuten, ohne dass die Leistungserbringer sinkende Honorare befürchten müssten.

2.7 Literatur


3 Zur Bedeutung der Familienversicherung

Hendrik Dräther

3.1 Die Anreizwirkungen der Familienversicherung der GKV


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

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

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

\[\text{Zur Familienversicherung nach § 10 SGB V siehe Gerlach/Epping 2001.}\]
struktur von in der GKV freiwillig Versicherten mit Pflichtversicherten verglichen werden (*siehe Abschnitt 3.2*).

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

Beamte werden in diesen Vergleich explizit nicht mit einbezogen. Sie verfügen zwar formal über das Privileg, sich entweder in der GKV oder in der PKV versichern zu können. Allerdings ist die GKV aus ökonomischen Gründen für Beamte generell wenig attraktiv, da sie als freiwillig Versicherte Beiträge zahlen müssen, an denen sich der Dienstherr – etwa in Form eines „Arbeitgeberbeitrages“ – nicht beteiligt. Beihilfezahlungen im Falle der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen können auch GKV-versicherte Beamte nutzen. Jedoch erhalten z. B. die Leistungserbringer der ambulanten Versorgung eine geringere Vergütung, wenn sie GKV-Versicherte und nicht PKV-Versicherte behandeln. GKV-versicherte Beamte würden also im Vergleich zu PKV-versicherten auf einen
möglichen Vorteil bei der medizinischen Versorgung verzichten³. Auch aus weiteren Gründen sind Beamte daher überwiegend in der PKV (ca. 85 %) und kaum in der GKV (ca. 5 % bis 6 %) versichert.⁴

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

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

### 3.2 Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte in der GKV

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

---


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 3.1: Die Bedeutung der Familienversicherung bei pflichtversicherten und freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern im Jahr 2003</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>freiwillig Versicher-</td>
</tr>
<tr>
<td>te ohne Rentner</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV-Mitglieder ohne Mitversicherte</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitversicherte Kinder und Ehepartner von GKV-Mitgliedern</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusammen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Anteil mitversicherter Kinder und Ehepartner an Versicherten insgesamt | 45,9% | 32,8% | 8,3% | 28,2% |
| Auf ein Mitglied kommen ..... mitversicherte Kinder und Ehepartner | 0,89 | 0,49 | 0,09 | 0,39 |

*Quelle: KM6, Stand 1. Juli 2003; eigene Berechnung WIdO 2006*
3.3 Vergleich von PKV- und GKV-Versicherten


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

6 § 240 Abs. 4 SGB V
beeinflusst als bei abhängig Beschäftigten mit einem Arbeitsentgelt oder -einkommen oberhalb der VPG, die den Höchstbeitrag zu zahlen haben.\(^7\) Deswegen sollen die Selbständigen und die Arbeiter und Angestellten mit einem Einkommen oberhalb der VPG getrennt untersucht und verglichen werden.

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

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

---

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

\(^8\) Versicherungspflichtgrenze nach § 6 Abs. 7 und 8 SGB V
### Tabelle 3.2: Selbstständige nach Art der Krankenversicherung und Familienstruktur im Jahr 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ehestatus</th>
<th>ohne Kinder*</th>
<th>mit Kindern*</th>
<th>insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl in 1.000</td>
<td>Anteil an Gesamtpopulation in %</td>
<td>Anzahl in 1.000</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV-Mitglieder</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unverheiratet</td>
<td>353</td>
<td>31</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet</td>
<td>375</td>
<td>33</td>
<td>366</td>
</tr>
<tr>
<td>zusammen**</td>
<td>728</td>
<td>65</td>
<td>395</td>
</tr>
<tr>
<td>PKV-Versicherte</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unverheiratet</td>
<td>783</td>
<td>40</td>
<td>227</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet</td>
<td>410</td>
<td>21</td>
<td>514</td>
</tr>
<tr>
<td>zusammen**</td>
<td>1.193</td>
<td>62</td>
<td>741</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Von den in einem Haushalt zusammenlebenden Personen werden diejenigen als Kind identifiziert, die das 27. Lebensjahr nicht vollendet haben, ohne ausreichendes eigenes Einkommen oder Vermögen und unverheiratet sind.

** rundungsbedingte Abweichungen

Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen

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

---

\(^9\) Zu den allgemeinen Zugangsbeschränkungen der GKV gehört u. a. die 55er-Regel, nach der Personen, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, nicht mehr in die GKV wechseln können. Jüngere Arbeiter und Angestellte können ggf. nur dann der GKV beitreten, wenn sie eine „Vorversicherungszeit“ erfüllen (§ 9 Abs. 1 SGB V).
müssen nicht dauerhaft über Arbeitseinkommen oder -entgelt oberhalb der VPG verfügen, um in der PKV versichert zu sein.\textsuperscript{10}

\begin{table}[h]
\centering
\begin{tabular}{|c|c|c|c|c|c|c|c|}
\hline
\textbf{Ehestatus} & \textbf{ohne Kinder} & \textbf{mit Kindern} & \textbf{insgesamt} \\
\hline
 & \textbf{Anzahl in 1.000} & \textbf{Anteil an Gesamtpopulation in \%} & \textbf{Anzahl in 1.000} & \textbf{Anteil an Gesamtpopulation in \%} & \textbf{Anzahl in 1.000} & \textbf{Anteil an Gesamtpopulation in \%} \\ 
\hline
\textit{GKV-Mitglieder*} & & & & & & \\
unverheiratet & 823 & 32 & 177 & 7 & 1.000 & 39 \\
verheiratet & 695 & 27 & 883 & 37 & 1.578 & 61 \\
zusammen** & 1.518 & 59 & 1.060 & 41 & 2.578 & 100 \\
\hline
\textit{PKV-Versicherte*} & & & & & & \\
unverheiratet & 576 & 37 & 137 & 9 & 721 & 46 \\
verheiratet & 434 & 28 & 420 & 27 & 846 & 54 \\
zusammen** & 1.010 & 64 & 557 & 36 & 1.567 & 100 \\
\hline
\end{tabular}
\caption{Tabelle 3.3: Arbeiter und Angestellte mit freiwilligem Krankenversicherungsschutz in der GKV und der PKV im Jahr 2003}
\end{table}

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

\** rundungsbedingte Abweichungen

Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen

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

\textsuperscript{10} Nach Auskunft eines Sachbearbeiters des AOK-Bundesverbandes ist es praktiziertes Recht, dass abhängig Beschäftigte, deren Arbeitseinkommen oder -entgelt unterhalb der VPG fällt, in der PKV verbleiben können.
genüber 54 %). Auch hat ein größerer Anteil der GKV-Versicherten mindestens ein Kind (41 % bei den GKV-Versicherten gegenüber 36 % bei den privat Versicherten). Dementsprechend gibt es auch unter den PKV-Versicherten mehr Singles (37 %) als bei den GKV-Versicherten (32 %). Da die Familienversicherung der GKV nur ein Kriterium unter vielen darstellt, das die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV beeinflussen kann, sind in der GKV auch zahlreiche abhängig Beschäftigte mit einem Arbeitseinkommen oder -entgelt oberhalb der VPG nicht verheiratet bzw. haben keine Kinder. Das gleiche Argument gilt auch für den Kreis der privat versicherten abhängig Beschäftigten, die in vielen Fällen auch Kinder haben oder verheiratet sind. Dennoch lässt sich feststellen, dass verheiratete Personen und/oder Personen mit Kindern eher in der GKV als in der PKV versichert sind.

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ehestatus</th>
<th>ohne Kinder</th>
<th>mit Kinder</th>
<th>insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl an Personen</td>
<td>Anteil an Gesamtpopulation in %</td>
<td>Anzahl an Personen</td>
</tr>
<tr>
<td>PKV-Versicherte in 1.000*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unverheiratet</td>
<td>439</td>
<td>41</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet</td>
<td>168</td>
<td>16</td>
<td>358</td>
</tr>
<tr>
<td>zusammen**</td>
<td>607</td>
<td>57</td>
<td>453</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV-Versicherte in 1.000*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unverheiratet</td>
<td>349</td>
<td>51</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet</td>
<td>121</td>
<td>18</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>zusammen**</td>
<td>471</td>
<td>68</td>
<td>219</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Arbeiter und Angestellte, die in der GKV freiwillig versichert sind, müssen über beitragsrelevante Jahreseinnahmen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in Höhe von 44.900 Euro verfügen. Von den in einem Haushalt zusammenlebenden Personen werden diejenigen als Kind identifiziert, die das 27. Lebensjahr nicht vollendet haben, ohne ausreichendes eigenes Einkommen oder Vermögen und unverheiratet sind.

** rundungsbedingte Abweichungen

Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen

WIdO 2006

Statt die Familienstruktur der GKV- und PKV-Versichertenkollektive miteinander zu vergleichen (siehe Tabelle 3.2 bis Tabelle 3.4) kann man auch andersherum betrachten, wie sich Verheiratete und Personen mit Kindern auf die beiden Krankenversicherungssysteme verteilen (siehe Tabelle 3.5). Die Familienversicherung nimmt offensichtlich bei Arbeitern und Angestellten Einfluss auf die Wahlentscheidung für GKV oder PKV. Denn von den insgesamt 819.000 verheirateten und bis zu 40 Jahre alten Arbeitern und Angestellten sind ca. 64 % in der GKV (527.000) und ca. 36 % in der PKV (292.000) versichert. Bei den Personen mit Kindern fällt ein ähnlich signifikanter Zusammenhang auf: Von den 672.000 Arbeitern und Angestellten mit Kindern sind mehr als 67% in der GKV (453.000) und weniger als 33 % in der PKV (219.000) versichert. Eine Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten insgesamt und Arbeitern und Angestellten, die das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, bringt dabei keine weiteren Unterschiede hervor.
Die Gruppe der GKV-versicherten Selbständigen ist mehrheitlich verheiratet (66 %), während es in der PKV nur 48 % sind (siehe Tabelle 3.2). Andersherum betrachtet sind von den verheirateten Selbständigen ca. 55 % und von den Selbständigen mit Kindern ca. 57 % in der PKV versichert (siehe Tabelle 3.5). Bei den Selbständigen deutet daher nur die Familienstruktur des Versichertenkollektivs darauf hin, dass sich Verheiratete eher zu Gunsten der GKV entscheiden.

Tabelle 3.5: Arbeiter, Angestellte und Selbständige nach Familienstruktur und Art der Krankenversicherung im Jahr 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV</th>
<th>PKV</th>
<th>insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Arbeiter und Angestellte</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verheiratete in 1.000 (in % an Insgesamt)</td>
<td>1.578 (65)</td>
<td>846 (35)</td>
<td>2.424 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personen mit Kindern in 1.000 (in % an Insgesamt)</td>
<td>1.060 (66)</td>
<td>557 (34)</td>
<td>1.617 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Arbeiter und Angestellte bis 40 Jahre</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verheiratete in 1.000 (in % an Insgesamt)</td>
<td>527 (64)</td>
<td>292 (36)</td>
<td>819 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personen mit Kindern in 1.000 (in % an Insgesamt)</td>
<td>453 (67)</td>
<td>219 (33)</td>
<td>672 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Selbständige</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verheiratete in 1.000 (in % an Insgesamt)</td>
<td>741 (45)</td>
<td>924 (55)</td>
<td>1665 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personen mit Kindern in 1.000 (in % an Insgesamt)</td>
<td>395 (43)</td>
<td>514 (57)</td>
<td>909 (100)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* zum einbezogenen Personenkreis siehe Tabelle 3.3 und Tabelle 3.4.

Quelle: SOEP (2003); eigene Berechnungen

WIdO 2006
3.4 Fazit: Die „solidarischen“ und „unsolidarischen“ Wirkungen der Familienversicherung

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


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

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


\textsuperscript{14} Eine Ausnahme besteht bei den Beamten, bei denen der Dienstherr – also der Steuererzahler – bereits den größten Teil der Ausgaben für die „Krankenversicherung der Kinder“ übernimmt.
3.5 Literatur


3 Zur Bedeutung der Familienversicherung
Morbidität als Selektionskriterium

Johannes Leinert

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

Trotz der großen Bedeutung etwaiger Morbiditätsunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten für die gesundheitspolitische Diskussion existieren bislang nur wenige empirische Untersuchungen zur Thematik, so beispielsweise Lüngen et al. (2005) und Mielck/Helmert (2006). Im Unterschied zu diesen Untersuchungen konzentriert sich die vorliegende Auswertung vor allem auch auf die Unter-
gruppe der Wahlberechtigten, manifestiert sich doch bei dieser Gruppe die Möglichkeit der Risikoselektion zu Lasten der GKV. Die Datengrundlage bilden die GKV- und PKV-Stichproben des WIdOmonitors 2006, die sich auf Versicherte ab 18 Jahren beziehen.\footnote{Eine Beschreibung der Erhebung findet sich in Kapitel 8.} Befragte mit fehlenden Angaben zu den jeweils interessierenden Fragestellungen wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Da für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach Wahlberechtigung zusätzliche (und damit ggf. fehlende) Angaben benötigt wurden, hat dies zur Folge, dass in der Auswertung die Personengruppe der „Versicherten insgesamt“ stets größer ausfällt als die Summe ihrer Untergruppen.

### 4.1 Vorgehensweise


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

--

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

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

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 4.1: Morbidität nach Wahlberechtigung und Versicherungsart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Versicherte, die im 1. Quartal 2006 (leicht oder schwer) erkrankt waren</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlberechtigte*</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht-Wahlberechtigte</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Nicht-Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte insgesamt*</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil Versicherte, die unter chronischer Erkrankung leiden</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlberechtigte*</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht-Wahlberechtigte</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Nicht-Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte insgesamt*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Unterschied zwischen GKV und PKV signifikant auf dem 95-Prozent-Niveau

WIdO 2006
Auch bei der Leistungsinanspruchnahme zeigen sich bei den Wahlberechtigten der GKV- und der PKV-Stichprobe deutliche Unterschiede (siehe Tabelle 4.2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 4.2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Wahlberechtigung und Versicherungsart</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten**</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlberechtigte*</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht-Wahlberechtigte</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Nicht-Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte insgesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche in den letzten 12 Monaten</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlberechtigte*</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht-Wahlberechtigte</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Nicht-Erwerbstätige*</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte insgesamt*</td>
</tr>
<tr>
<td>Anteil der Befragten mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme in %</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlberechtigte*</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht-Wahlberechtigte</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Nicht-Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>davon: Erwerbstätige</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte insgesamt*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Unterschied zwischen GKV und PKV signifikant auf dem 95-Prozent-Niveau
** Wegen geringer Fallzahl der Versicherten mit Krankenhausaufenthalt eingeschränkt interpretierbar.

WIdO 2006

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

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

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


4.4 Literatur


5 Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zur Leistungs- und Ausgabensteuerung
Stephanie Sehlen


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

5.1 Die Ausgangslage: Gegenwärtige Leistungs- und Ausgabensteuerung der PKV

5.1.1 Steuerungsinstrumente eines Gesundheitsmanagements – ein Überblick über das theoretisch Mögliche

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

5.1.1.1 Gestaltung der Versicherungsverträge


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


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

---

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


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

\[2\] Siehe zu Methoden der Morbiditätsadjustierung Reschke/Sehlen 2005.
sätzliche Steuerung der Leistungserbringer ein höheres Niveau der finanziellen Absicherung erfahren.  

5.1.1.3 Selektive Kooperation mit Leistungserbringern

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

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

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

3 Siehe die modelltheoretische Betrachtung von Ellis/McGuire 1993.
nommenen Leistungen werden nicht in Gänze vom Versicherungsunternehmen erstattet.

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

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

### 5.1.2 Fehlender Einsatz von Steuerungsinstrumenten in der PKV

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


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

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


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


5.1.2.2 Gestaltung der Vergütung der Leistungserbringer

(Zahn-)Ärzte werden durch ihre Berufsordnung verpflichtet, ihre privatärztlichen Honorarforderungen auf Grundlage der staatlichen Preisverordnungen (Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) zu bemessen (§ 12 der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, MBO-Ä), soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregeln (insbesondere nach SGB V) gelten. Alternativen, wie auf Pauschalen basierende Vergütungsvereinbarungen, die auf höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer abzielen, sind damit ausgeschlossen. Berufsrechtlich sind zudem pauschalierte Vergütungen problematisch, mit denen Ärzte auch
für veranlasste Leistungen zusätzlich eine finanzielle Verantwortung erhalten.\textsuperscript{4}

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

\textbf{5.1.2.3 Selektive Kooperation mit Leistungserbringern}

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

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

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

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


\(^5\) Widersprüche der SGB-Regelungen, insbesondere zu Verträgen der integrierten Versorgung, mit den berufsrechtlichen Vorschriften sollen hier nicht weiter diskutiert werden. Es ist aber offensichtlich, dass durch neue Gesetzgebungen für das GKV-System größere Spielräume ermöglicht werden als zum jeweiligen Zeitpunkt nach dem Berufsrecht denkbar waren.
wirtschaftlichen Einflüssen gewährleistet ist. Die privatärztliche Tätigkeit muss zwingend nach der GOÄ abgerechnet werden.\footnote{Die DKV hat angekündigt, die an goMedus teilnehmenden Ärzte auch an den Ersparungen zu beteiligen, dieses könnte jedoch wie gesagt berufsrechtlich problematisch sein.}

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

Staatliche Regulierungsmaßnahmen, insbesondere das ärztliche Berufsrecht, stehen einer direkten Steuerung der Versorgung entgegen, sie geben gleichzeitig aber auch Mindeststandards vor: Neben den Ausbildungs- und Weiterbildungsvorschriften, insbesondere durch die Betonung der Eigenverantwortlichkeit und der finanziellen Unabhängigkeit der Ärzte, schreibt das Berufsrecht die Befolgung der GOÄ vor, wodurch ein Mindestqualitätsniveau der medizinischen Versorgung und eine gewisse Preisregulierung ermöglicht werden. Zudem profitiert die PKV auch durch das System der GKV, z. B. im ambulanten Bereich durch vereinbarte Qualitätssicherungsmaßnahmen und im stationären Bereich durch die ausgehandelten Preise für die allgemeinen Krankenhausleistungen, den DRGs. Anders als in der GKV können für die PKV aber beispielsweise keine Mengenvereinbarungen getroffen werden.
Eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung darüber hinaus ist für die PKV-Unternehmen kaum möglich. Weil PKV-Unternehmen vermittelnd über den Versicherten auf das Abrechnungsverhalten der Ärzte Einfluss nehmen statt direkte Steuerungsinstrumente anzuwenden, werden die Versicherten wie oben beschrieben einer erhöhten finanziellen Unsicherheit ausgesetzt.

5.2 Novellierung des Versicherungsvertragsrechts und der GOÄ zukunftsweisend?


Im März dieses Jahres hat das Bundesjustizministerium seinen Referentenentwurf zum Gesetz des Versicherungsvertragsrechts vorgelegt (Entwurf des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz vom 13. März 2006). Auf den Vorschlag der gesetzgebenden Kommission hin wurden folgende zusätzliche Dienstleistungen der Krankheitskostenversicherung aufgenommen: Beratung über Leistungen zur medizinischen Heilbehandlung sowie über die Anbieter solcher Leistungen, die Berä-
tung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Leistungserbringer, die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Leistungserbringer und die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen und der sich hieraus ergebenden Folgen sowie die unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit den Leistungserbringern anstelle von Kostenerstattung.

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

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

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

\footnote{Siehe auch die Äußerungen von Weber und Niederleithinger in Mertens 2004.}
hungen mit Leistungserbringern über gesonderte Vergütungsvereinbarungen und besondere Qualitätsvereinbarungen zu treffen.

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


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

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

5.3 Ein effizientes Gesundheitsmanagement erfordert einen funktionalen Wettbewerbsrahmen

5.3.1 Wettbewerbsmängel in der PKV im Status quo


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

Die mangelnden Anreize der PKV-Unternehmen zum Gesundheitsmanagement sind vor allem Folge des gegenwärtigen Kalkulationsverfahrens der PKV, welches einen Wettbewerb um Bestandskunden ausschließt. Zwar besteht gemäß den gesetzlichen Mindestanforderungen an die Gestaltung privater Krankenversicherungsverträge ein jährliches Kündigungsrecht für die Versicherten; im Falle eines Unternehmenswechsels allerdings ist die Mitnahme der bereits gebildeten Alterungsrückstellung nicht möglich, sodass solche Wechsler beim aufnehmenden PKV-Unternehmen wie PKV-Neukunden tarifiert werden. Ein Wechsel wäre damit bereits nach kurzer Vertragsdauer für die Versicherten mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden. PKV-Versicherte sind damit praktisch gesehen bis zu ihrem Lebensende an ihr (erstes) PKV-Unternehmen gebunden.
Folge der fehlenden Möglichkeiten zum Unternehmenswechsel für die Bestandskunden ist, dass der Wettbewerb privater Krankenversicherungsunternehmen sich auf die PKV-Neukunden beschränkt. Im Wettbewerb um den Neubestand können Versicherungsunternehmen niedrige Versicherungsbeiträge dadurch anbieten, dass sie bestehende Handlungsspielräume zu Lasten der Bestandsversicherten ausnutzen, denn wegen der fehlenden Wechselfähigkeit ist diesen Versicherten die Möglichkeit der Sanktionierung eines höheren Versicherungsbeitrags genommen. Wegen dieser Handlungsspielräume ist der Anreiz der Unternehmen für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Versorgung gering, eine Abwanderung der Bestandsversicherten z. B. in Richtung der GKV führt zudem zusätzlich zu Stornogewinnen aus verbliebenen Alterungsrückstellungen.

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

Im „Wettbewerb“ der privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der GKV verfügen die privaten Krankenversicherungsunternehmen neben der Prämie über den weiteren Wettbewerbsparameter „qualitativ bessere Versorgung“. Eine solche wird von Patienten häufig da-
durch erhofft, dass sie wegen der höheren Honorierung von den Leistungserbringern privilegiert behandelt werden. Als Indikatoren zur Beurteilung der Qualität medizinischer Leistungen, die als Wettbewerbsparameter gegenüber der GKV genutzt werden können, wurden in der Vergangenheit etwas weitergehende Freiheiten bei der Wahl der Leistungserbringer, ein je nach Vertrag umfassenderer Leistungs- katalog und eine gegenüber den gesetzlich Versicherten höhere Honorierung der Leistungserbringer gesehen.


Die Ausführungen zeigen, dass effizientes Gesundheitsmanagement einen funktionalen Wettbewerbsrahmen erfordert. Dies betrifft neben dem Binnenverhältnis der PKV auch das Verhältnis von GKV und PKV. Bevor ein funktionaler Wettbewerbsrahmen nicht geschaffen ist, sollten PKV-Unternehmen keine erweiterten Möglichkeiten für direkte Vertragsbeziehungen mit Leistungserbringern erhalten. Denn unter den gegenwärtigen Wettbewerbsbedingungen könnten PKV-Unternehmen ein Interesse daran haben, dass sie, wenn sie direkt gestaltet auf die medizinische Versorgung der Bestandsversicherten Ein-
fluss nehmen können, diese Handlungsspielräume zu Lasten der Versicherten ausnutzen (*Sehlen 2002, 206*). 

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Literatur


5  Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zur Leistungs- und Ausgabensteuerung
6 Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP

Markus M. Grabka


6.1 Motivation


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

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

6.2 Das Kalkulationsprinzip in der PKV

Die Prämien in der PKV werden nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Demgemäß soll die Versicherungsprämie der Summe der gesamten Versicherungsleistungen einschließlich der Verwaltungskosten entsprechen. Die gesetzlichen Grundlagen der Beitragskalkulation in der PKV sind durch das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Kalkulationsverordnung (KalV) geregelt.
Grundlage für die Bestimmung der Prämien ist die risikogerechte Kalkulation, d. h. die Prämienhöhe ist abhängig vom Geschlecht, dem Alter bei Abschluss der Versicherung, vom aktuellen Gesundheitszustand und eventuellen Vorerkrankungen. Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse aufgrund von Vorerkrankungen vorgenommen werden.

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


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

6.3 Datenbasis

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


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

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


6.5 Prämienentwicklung von Männern und Frauen in der PKV

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


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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prämienhöhe in Euro/Monat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frauen mit Beihilfeanspruch</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen ohne Beihilfeanspruch</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen  WIdO 2006

**6.6 Prämienentwicklung nach Alter der 
Versicherten**

In der PKV kommt es regelmäßig zu Prämienerhöhungen. Hiervon 
sind Versicherte mit länger laufenden Verträgen und höherem Le-
bensalter verstärkt betroffen. Zahlten Versicherte ohne Beihilfeans-
spruch im Jahre 1985 im Alter von unter 30 Jahren im Durchschnitt


Quelle: SOEP, eigene Berechnungen

6.7 Prämienentwicklung im Längsschnitt

Die bisherigen Darstellungen bezogen sich auf unverbundene Querschnitte. Um eine bessere Aussage über die tatsächliche Prämienentwicklung von Versicherten der PKV zu geben, sollen nun dieselben
Versicherten über einen längeren Zeitraum bezüglich ihrer Krankenversicherungsprämie beschrieben werden.


### Tabelle 6.1: Entwicklung der Prämie im Längsschnitt 1985–2005

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beihilfeanspruch</th>
<th>1985</th>
<th>1995</th>
<th>2005</th>
<th>85/95</th>
<th>95/05</th>
<th>85/05</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>in €/Monat</td>
<td>in %/Jahr</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mit</td>
<td>46</td>
<td>105</td>
<td>178</td>
<td>12,6</td>
<td>6,9</td>
<td>14,1</td>
</tr>
<tr>
<td>ohne</td>
<td>131</td>
<td>248</td>
<td>395</td>
<td>8,8</td>
<td>5,9</td>
<td>10,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: SOEP, Längsschnittgewichtung, eigene Berechnungen  WIdO 2006*


6.8 Umfang der Selbstbeteiligung


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


Quelle: SOEP, eigene Berechnungen

WIdO 2006
6.9 Versicherte mit Prämien oberhalb des Höchstbeitrags der GKV

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


6.10 Ein Vergleich zur GKV

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Prototypen</td>
</tr>
<tr>
<td>Rentner²</td>
</tr>
<tr>
<td>Geringverdiener³</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittsverdiener⁴</td>
</tr>
<tr>
<td>oberhalb BBG⁵</td>
</tr>
<tr>
<td>nachrichtlich: familienversichert</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen

WildO 2006

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


Letztlich sollte für einen Vergleich aber auch die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV berücksichtigt werden, da in der PKV ein Ehepartner ohne eigenes Einkommen eigenständig abgesichert werden muss. Hier hat die GKV systembedingt deutliche Vorteile, da über
die gesamten letzten 20 Jahre ein Familienversicherter keinen Beitrag in der GKV entrichten musste, wohingegen die gleiche Person in der PKV wie jeder andere Versicherte von dem Prämienanstieg betroffen gewesen wäre.

6.11 Ursachen des Prämienanstiegs in der PKV

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


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

6.12 Fazit

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

Bei der hier dargestellten Entwicklung der Prämien von Versicherten der PKV ist aufgrund der Annahme eines konstanten Leistungsumfangs davon auszugehen, dass der tatsächliche Prämienanstieg eher unterzeichnet wird, da durch Wechsel in andere Tarife, Leistungsreduzierungen oder eine Anhebung der Selbstbeteiligung der Prämienanstieg begrenzt werden kann. Trotz allem befinden sich in der PKV mehr als 350.000 Versicherte, die eine Prämie zahlen, die höher als der Höchstbeitrag in der GKV ist.
Versucht man zu beurteilen, wie sich die Gesundheitsreform 2006 (Bundesministerium für Gesundheit 2006) auf die Versicherten und deren Prämien in der PKV auswirken dürfte, so ist zunächst erkennbar, dass Voraussetzungen für eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs sowohl zwischen GKV und PKV als auch innerhalb der PKV geschaffen worden sind.


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

6.13 Literatur


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

7.1 Fall 1: keine vollständige Versicherung nach Wegfall der Beihilfe


7.2 Fall 2: Anbieterwechsel in der PKV faktisch unmöglich

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

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

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

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


### 7.3 Fall 3: Vorteil für Selbstständige mit wenig Einkommen


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

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

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


Es bleibt der Befund, dass die privaten Krankenversicherungen für junge, gut verdienende Menschen ohne Kinderwunsch eine hohe Attraktivität besitzen. Für das System der gesetzlichen Krankenversicherung stellt eine Abwanderung dieser Personengruppe allerdings einen erheblichen finanziellen Verlust dar.
7.5 Fall 5: schwierig zu bewerten: Die Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV


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

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

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

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

¹ Siehe die kritische Bewertung einer Vielzahl von Untersuchungen zur Früherkennung in Koch 2005.
Hinzu kommt, dass privat Versicherte manchmal einer anderen Art von Rationierung ausgesetzt sind: Gelegentlich berichten Privatpatienten, sie hätten im Krankenhaus die Erfahrung gemacht, dass sich der Chefarzt die Behandlung von Privatpatienten vorbehalten hat, auch wenn dies medizinisch durchaus nicht begründet wäre. Dies kann im Einzelfall zu längeren Wartezeiten und natürlich auch zu höheren Kosten führen.


### 7.6 Fazit

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


7.7 Literatur


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


8.1 Einleitung


Die Studie erfolgte im Rahmen des „WIdOmonitors“, einer repräsentativen Versichertenumfrage, die regelmäßig zentrale Eckpunkte der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion aufgreift und Fragen zum Verhalten, zu den Einstellungen und Erwartungen der Versicherten stellt.
Für die vorliegende Studie wurden zwei repräsentative Zufallsstichproben gezogen: Zum einen wurden 2.005 Personen befragt, die gesetzlich krankenversichert sind, und zum anderen wurde eine Erhebung unter 1.005 privat Krankenversicherten durchgeführt\(^1\). Befragt wurden jeweils Personen ab 18 Jahren.


### 8.2 Einschätzung und Erwartung

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

\(^1\) Versicherte, deren Krankenversicherung über Bundesbahn, Post, Bundeswehr oder Polizei gesondert geregelt wird, sowie Personen, die überhaupt nicht krankenversichert sind, wurden nicht befragt.
vat krankenversichert sind, eine deutlich höhere Zustimmung (63,5 %) als bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Hier stimmt lediglich jeder Zweite zu (48,1 %). Fast jeder fünfte GKV-Versicherte (18,9 %) widerspricht dieser Aussage, bei den PKV-Versicherten sind es nur 12,6 %.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV</th>
<th></th>
<th>subj. Gesundheit</th>
<th>mehr als 10 x beim Arzt im letzten Jahr</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ins-</td>
<td>gut</td>
<td>nicht gut</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>gesamt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GKV</td>
<td>N</td>
<td>2.005</td>
<td>1.207</td>
<td>776</td>
</tr>
<tr>
<td>1 trifft voll und ganz zu</td>
<td></td>
<td>17,5</td>
<td>17,7</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td>30,6</td>
<td>34,2</td>
<td>25,1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td>32,4</td>
<td>31,5</td>
<td>34,0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td>11,7</td>
<td>10,2</td>
<td>13,9</td>
</tr>
<tr>
<td>5 trifft überhaupt nicht zu</td>
<td></td>
<td>7,2</td>
<td>5,9</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td></td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td></td>
<td>48,1</td>
<td>51,9</td>
<td>42,3</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td></td>
<td>18,9</td>
<td>16,1</td>
<td>23,2</td>
</tr>
<tr>
<td>PKV</td>
<td>N</td>
<td>1.005</td>
<td>627</td>
<td>377</td>
</tr>
<tr>
<td>1 trifft voll und ganz zu</td>
<td></td>
<td>26,2</td>
<td>26,6</td>
<td>25,5</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td>37,3</td>
<td>38,1</td>
<td>36,1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td>23,5</td>
<td>22,0</td>
<td>26,0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td>8,8</td>
<td>8,1</td>
<td>9,5</td>
</tr>
<tr>
<td>5 trifft überhaupt nicht zu</td>
<td></td>
<td>3,8</td>
<td>4,5</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td></td>
<td>0,5</td>
<td>0,6</td>
<td>0,3</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td></td>
<td>63,5</td>
<td>64,8</td>
<td>61,5</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td></td>
<td>12,6</td>
<td>12,6</td>
<td>12,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: WIdOmonitor 2006*
Die Auswertung nach subjektiven Angaben der Befragten zu ihrem Gesundheitszustand ergibt Unterschiede: Bei Personen, die GKV-versichert sind und ihre Gesundheit als „schlecht“ einstufen, ist die Ablehnung dieser Aussage deutlich größer (23,2 %) als bei Gesunden (16,1 %). „Kranke“ privat Versicherte unterscheiden sich hingegen nicht in der Einschätzung von gesunden PKV-Versicherten, die Ablehnung der Aussage liegt jeweils zwischen 12 und 13 %.


Drei Viertel der GKV-Versicherten befürchten zudem eine Verschlechterung der Qualität (75,4 %) und des Umfangs (73,2 %) der von den Krankenkassen bezahlten Leistungen. Aber auch bei den privat Krankenversicherten glaubt eine deutliche Mehrheit nicht an eine lebenslange Leistungsgarantie: 68,8 % der privat Krankenversicherten rechnen mit Leistungseinschränkungen und 60,2 % von ihnen mit Einbußen bei der Leistungsqualität.
### Tabelle 8.2: Erwartungen an das Gesundheitssystem

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV insgesamt</th>
<th>PKV insgesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patienten, die eine Leistung nicht bekommen haben</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte, die eine Leistung nicht erstattet bekommen haben</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>2.005</td>
<td>1.005</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bitte denken Sie mal an die nächsten 5 Jahre:

**Wird sich die Lebensqualität ...**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV</th>
<th>PKV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>verschlechtern</td>
<td>75,4</td>
<td>84,0</td>
</tr>
<tr>
<td>verbessern</td>
<td>5,8</td>
<td>3,9</td>
</tr>
<tr>
<td>oder gleich bleiben?</td>
<td>17,2</td>
<td>11,0</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,6</td>
<td>1,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Wird sich der Leistungsumfang ...**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV</th>
<th>PKV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>verkleinern</td>
<td>73,2</td>
<td>78,4</td>
</tr>
<tr>
<td>vergrößern</td>
<td>9,7</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>oder gleich bleiben?</td>
<td>15,5</td>
<td>10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,6</td>
<td>1,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Werden die Beiträge/Prämien ...**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV</th>
<th>PKV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>steigen</td>
<td>86,4</td>
<td>88,7</td>
</tr>
<tr>
<td>sinken</td>
<td>1,3</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>oder gleich bleiben?</td>
<td>11,3</td>
<td>7,8</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>0,9</td>
<td>1,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: WIdOmonitor 2006\*
Diese ausgeprägt pessimistische Grundstimmung wird durch persönliche Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung verstärkt. 26,5 % der PKV-Versicherten geben an, in den letzten zwölf Monaten von ihrer Krankenversicherung Leistungen ganz oder teilweise nicht erstattet bekommen zu haben, bei den GKV-Versicherten haben 14,1 % der Befragten die Erfahrung einer Leistungsablehnung gemacht. Die Umfrageergebnisse zeigen deutlich, dass Versicherte, die Versorgungseinschränkungen erfahren haben, durchweg negativere Erwartungen gegenüber dem Gesundheitssystem äußern.


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabelle 8.3: Leistungsverzicht oder Beitragserhöhung?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>insgesamt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GKV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsverzicht</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragserhöhung</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
</tr>
<tr>
<td>PKV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsverzicht</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragserhöhung</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: WIdOmonitor 2006

8.3 Systemmerkmale der GKV


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

Insofern erfasst der hier zunächst erfragte Solidaritätsaspekt nichts anderes als die grundlegende Zustimmung zum allgemeinen Versicherungsprinzip, das in gleicher Weise für gesetzliche wie für private Krankenversicherungen gilt. Erwartungsgemäß finden sich ähnliche Zustimmungsquoten bei gesetzlich und privat Versicherten.
Tabelle 8.4: In einem Gesundheitssystem sollten gesunde Versicherte Kranke unterstützen.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>insgesamt</th>
<th>Altersgruppen</th>
<th>allg. Gesundheit</th>
<th>Gesundheit im 1. Quartal 2006</th>
<th>Chroniker</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>&lt;30</td>
<td>30 – &lt;40</td>
<td>40 – &lt;50</td>
<td>50 – &lt;60</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GKV</strong></td>
<td>2.005</td>
<td>257</td>
<td>417</td>
<td>402</td>
<td>316</td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>38,3</td>
<td>23,7</td>
<td>33,8</td>
<td>41,3</td>
<td>41,8</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>20,5</td>
<td>28,0</td>
<td>22,3</td>
<td>18,9</td>
<td>16,8</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>23,0</td>
<td>26,8</td>
<td>22,8</td>
<td>21,4</td>
<td>25,0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>6,0</td>
<td>10,1</td>
<td>6,7</td>
<td>4,7</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>10,5</td>
<td>10,9</td>
<td>13,4</td>
<td>12,2</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,6</td>
<td>0,4</td>
<td>1,0</td>
<td>1,4</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>58,9</td>
<td>51,8</td>
<td>56,1</td>
<td>60,2</td>
<td>58,5</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>16,5</td>
<td>21,0</td>
<td>20,1</td>
<td>16,9</td>
<td>14,6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PKV</strong></td>
<td>1.005</td>
<td>116</td>
<td>147</td>
<td>194</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>37,3</td>
<td>24,1</td>
<td>29,9</td>
<td>33,5</td>
<td>40,8</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>20,2</td>
<td>25,9</td>
<td>19,7</td>
<td>22,2</td>
<td>17,9</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>24,1</td>
<td>30,2</td>
<td>24,5</td>
<td>27,8</td>
<td>23,3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>5,8</td>
<td>6,9</td>
<td>9,5</td>
<td>7,7</td>
<td>3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>11,0</td>
<td>12,9</td>
<td>15,0</td>
<td>7,7</td>
<td>13,5</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,6</td>
<td>–</td>
<td>1,4</td>
<td>1,0</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>57,5</td>
<td>50,0</td>
<td>49,7</td>
<td>55,7</td>
<td>58,7</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>16,8</td>
<td>19,8</td>
<td>24,5</td>
<td>15,5</td>
<td>16,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: WIdOmonitor 2006
Die weiteren Fragen nach Solidaraspekten beziehen sich auf die Merkmale, die explizit den Solidargedanken der gesetzlichen Krankenversicherung vom PKV-System abgrenzen. So wurde nach dem Einkommensausgleich zwischen Besserverdienern und Geringverdienern gefragt, der ein charakteristisches Merkmal der solidarischen Finanzierung der GKV im Vergleich zum Äquivalenzprinzip der PKV darstellt. Hier zeigt sich, dass die befragten Versicherten einen Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Einkommen mehrheitlich befürworten. Fast zwei Drittel der GKV-Versicherten (64,1 %) und die Hälfte der privat Krankenversicherten (51,0 %) äußern Zustimmung zu der Aussage: „In einem Gesundheitssystem sollten Besserverdienere Geringverdiener unterstützen“ (Tabelle 8.5). Demnach stimmen auch große Teile der PKV-Versicherten einem solidarischen Finanzierungssystem zu, auch wenn sie selbst nach dem Äquivalenzprinzip versichert sind. Nochmals höher ist die Zustimmung bei privat versicherten Beamten: Hier begrüßen sechs von zehn (60,7 %) den Gedanken einer solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems.

### Tabelle 8.5: In einem Gesundheitssystem sollten Besserverdiener Geringverdiener unterstützen.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>insgesamt</th>
<th>monatliches Bruttoeinkommen</th>
<th>Berufsstatus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>&lt;2.000</td>
<td>≥2.000</td>
<td>Arbeiter</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GKV</strong></td>
<td>2.005</td>
<td>1.002</td>
<td>561</td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>41,1</td>
<td>43,4</td>
<td>39,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>22,9</td>
<td>21,7</td>
<td>26,6</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>20,4</td>
<td>20,4</td>
<td>19,4</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>6,1</td>
<td>5,1</td>
<td>7,3</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>8,1</td>
<td>8,1</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,2</td>
<td>1,4</td>
<td>0,4</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>64,1</td>
<td>65,1</td>
<td>66,0</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>14,2</td>
<td>13,2</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PKV</strong></td>
<td>1.005</td>
<td>186</td>
<td>591</td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>25,3</td>
<td>26,9</td>
<td>26,9</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>25,8</td>
<td>24,2</td>
<td>26,1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>25,7</td>
<td>24,2</td>
<td>25,5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>7,9</td>
<td>10,2</td>
<td>6,9</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>14,6</td>
<td>13,4</td>
<td>14,0</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>0,8</td>
<td>1,0</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>51,0</td>
<td>51,1</td>
<td>53,0</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>22,5</td>
<td>23,6</td>
<td>20,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: WIdOmonitor 2006*
Tabelle 8.6: In einem Gesundheitssystem sollten junge Versicherte Alte unterstützen.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>insgesamt</th>
<th>Schulbildung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>einfach</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GKV</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>30,0</td>
<td>29,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>20,6</td>
<td>18,0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>25,9</td>
<td>24,8</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>9,7</td>
<td>9,8</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>12,5</td>
<td>16,4</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,2</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PKV</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>26,1</td>
<td>22,4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>21,7</td>
<td>15,4</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>26,2</td>
<td>30,8</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>8,4</td>
<td>6,7</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>15,8</td>
<td>22,1</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,9</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>top-two</strong></td>
<td>50,6</td>
<td>47,4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>bottom-two</strong></td>
<td>22,2</td>
<td>26,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: WIdOmonitor 2006

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

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

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>insgesamt</th>
<th>Alter</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>&lt;40</td>
<td>≥40</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GKV</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>2.005</td>
<td>674</td>
<td>1.331</td>
</tr>
<tr>
<td>1 finde ich sehr gut</td>
<td>22,8</td>
<td>24,9</td>
<td>21,7</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>17,7</td>
<td>22,4</td>
<td>15,3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>24,5</td>
<td>27,2</td>
<td>23,2</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>10,4</td>
<td>10,7</td>
<td>10,7</td>
</tr>
<tr>
<td>5 finde ich gar nicht gut</td>
<td>20,9</td>
<td>12,8</td>
<td>25,1</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>3,6</td>
<td>2,0</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>40,5</td>
<td>47,3</td>
<td>37,0</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>31,3</td>
<td>23,4</td>
<td>35,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PKV</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>1.005</td>
<td>263</td>
<td>739</td>
</tr>
<tr>
<td>1 finde ich sehr gut</td>
<td>32,1</td>
<td>34,6</td>
<td>31,3</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>22,4</td>
<td>29,3</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>26,7</td>
<td>26,2</td>
<td>26,8</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>8,9</td>
<td>4,9</td>
<td>10,1</td>
</tr>
<tr>
<td>5 finde ich gar nicht gut</td>
<td>8,8</td>
<td>4,9</td>
<td>10,1</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,2</td>
<td>–</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>54,5</td>
<td>63,9</td>
<td>51,3</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>17,7</td>
<td>9,9</td>
<td>20,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: WIdOmonitor 2006*


---

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

Tabelle 8.8: Die PKV hat das Recht, Kunden abzulehnen, z. B. wenn sie schon eine schwere Krankheit haben.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>insgesamt</th>
<th>subjektive Gesundheitseinschätzung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>gesund</td>
<td>krank</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GKV</strong></td>
<td><strong>N</strong></td>
<td>2.005</td>
</tr>
<tr>
<td>1 finde ich sehr gut</td>
<td>5,0</td>
<td>6,0</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3,3</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>10,7</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>14,8</td>
<td>16,3</td>
</tr>
<tr>
<td>5 finde ich gar nicht gut</td>
<td>64,6</td>
<td>61,6</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,5</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>8,4</td>
<td>10,2</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>79,4</td>
<td>77,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PKV</strong></td>
<td><strong>N</strong></td>
<td>1.005</td>
</tr>
<tr>
<td>1 finde ich sehr gut</td>
<td>9,7</td>
<td>10,3</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>10,6</td>
<td>11,3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>18,1</td>
<td>20,2</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>19,6</td>
<td>19,1</td>
</tr>
<tr>
<td>5 finde ich gar nicht gut</td>
<td>41,6</td>
<td>38,6</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>0,4</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>20,3</td>
<td>21,6</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>61,2</td>
<td>57,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Quelle: WIdOmonitor 2006*

Im System der PKV wird der altersbedingt höheren Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bildung von Altersrückstellungen vorgebeugt. Deshalb werden die Beiträge für jeden Versicherten u. a. nach dem Alter der Versicherten kalkuliert. Die bislang fehlende Möglich-
keit der Mitnahme dieser Rückstellungen\(^3\) bei einem Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine andere (*Tabelle 8.9*) wird ebenfalls durchgängig von rund drei Viertel der Befragten kritisiert.

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

| Tabelle 8.9: Bei einem Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine andere verfallen die angesammelten Altersrückstellungen. |
|---|---|---|---|---|---|
| | insgesamt | monatliches Bruttoeinkommen |
| | | <1.000 | 1.000 bis <2.000 | 2.000 bis <3.000 | ≥3.000 |
| GKV | N | 2.005 | 509 | 493 | 298 | 263 |
| 1 finde ich sehr gut | | 3,5 | 2,4 | 3,2 | 4,0 | 6,5 |
| 2 | | 2,8 | 2,9 | 2,4 | 2,0 | 4,6 |
| 3 | | 14,1 | 15,5 | 14,4 | 11,7 | 16,0 |
| 4 | | 15,4 | 15,3 | 15,6 | 15,8 | 14,4 |
| 5 finde ich gar nicht gut | | 60,4 | 60,7 | 60,9 | 63,4 | 55,5 |
| weiß nicht / k. A. | | 3,6 | 3,2 | 3,6 | 3,0 | 3,1 |
| top-two | | 6,4 | 5,3 | 5,7 | 6,0 | 11,0 |
| bottom-two | | 75,8 | 76,0 | 76,5 | 79,2 | 70,0 |

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

Tabelle 8.9: Fortsetzung

<table>
<thead>
<tr>
<th>PKV</th>
<th>N</th>
<th>insgesamt</th>
<th>&lt;1.000</th>
<th>1.000 bis&lt;2.000</th>
<th>2.000 bis&lt;3.000</th>
<th>≥3.000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 finde ich sehr gut</td>
<td>5,7</td>
<td>5,8</td>
<td>1,0</td>
<td>7,2</td>
<td>6,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>4,9</td>
<td>2,3</td>
<td>7,0</td>
<td>7,2</td>
<td>4,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>12,3</td>
<td>16,3</td>
<td>16,0</td>
<td>11,3</td>
<td>11,6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>18,0</td>
<td>19,8</td>
<td>28,0</td>
<td>16,5</td>
<td>16,9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 finde ich gar nicht gut</td>
<td>57,2</td>
<td>53,5</td>
<td>47,0</td>
<td>57,2</td>
<td>59,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,9</td>
<td>2,3</td>
<td>1,0</td>
<td>0,5</td>
<td>1,8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>10,5</td>
<td>8,1</td>
<td>8,0</td>
<td>14,4</td>
<td>10,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>75,2</td>
<td>73,3</td>
<td>75,0</td>
<td>73,7</td>
<td>76,6</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: WIdOmonitor 2006


8.5 Einstellungen zu Reformoptionen

Nach der Betrachtung der unterschiedlichen Systemmerkmale lohnt ein Blick auf die Präferenzen bei den verschiedenen Gestaltungsoptionen des Gesundheitssystems. Bei der Debatte über künftige gesundheitspolitische Reformoptionen wird – neben möglichen Änderungen auf der Leistungsseite und strukturellen Reformen zur Qualitäts- und
Effizienzsteigerung – immer wieder auch die finanzielle Basis des GKV-Systems diskutiert. Da die aktuelle Finanzbasis der GKV durch eine anhaltende Wachstumsschwäche gekennzeichnet ist, wird gefordert, mehr Personengruppen an der solidarischen Finanzierung zu beteiligen bzw. zusätzliche Einkommensarten bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen (siehe zur aktuellen Reformdebatte Jacobs 2006).

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

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

Bei älteren Menschen und GKV-Versicherten aus den neuen Bundesländern fällt die Zustimmung zu einer erweiterten Versicherungspflicht deutlich höher aus als bei Jüngeren und Befragten aus den westlichen Ländern. Erwartungsgemäß geringer ist die Zustimmung zur Einbeziehung weiterer Personengruppen in die GKV bei den direkt Betroffenen. Das gilt insbesondere für Versicherten mit hohem Einkommen und für Selbstständige.
Table 8.10: Auch Beamte, Selbstständige und Besserverdienende sollten sich künftig an der Finanzierung der GKV beteiligen.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>insgesamt</th>
<th>&gt;60</th>
<th>NBL</th>
<th>≥3.000</th>
<th>Selbstständige</th>
<th>Beamte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GKV</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>2.005</td>
<td>613</td>
<td>263</td>
<td>100</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>56,6</td>
<td>69,2</td>
<td>68,2</td>
<td>55,5</td>
<td>41,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>12,7</td>
<td>11,3</td>
<td>9,8</td>
<td>11,0</td>
<td>13,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>15,5</td>
<td>9,5</td>
<td>10,7</td>
<td>16,0</td>
<td>19,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>4,6</td>
<td>2,9</td>
<td>4,6</td>
<td>5,7</td>
<td>5,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>9,2</td>
<td>4,7</td>
<td>6,1</td>
<td>11,4</td>
<td>22,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,4</td>
<td>2,5</td>
<td>0,6</td>
<td>0,4</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>69,3</td>
<td>80,4</td>
<td>78,0</td>
<td>66,5</td>
<td>54,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>13,8</td>
<td>7,6</td>
<td>10,7</td>
<td>17,1</td>
<td>27,0</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PKV</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>1.005</td>
<td>322</td>
<td>100</td>
<td>397</td>
<td>200</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>1 stimme voll und ganz zu</td>
<td>13,2</td>
<td>17,1</td>
<td>12,0</td>
<td>13,6</td>
<td>11,0</td>
<td>10,1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>9,7</td>
<td>10,2</td>
<td>6,0</td>
<td>8,6</td>
<td>7,5</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>14,0</td>
<td>12,4</td>
<td>15,0</td>
<td>10,3</td>
<td>13,0</td>
<td>15,4</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>10,0</td>
<td>7,8</td>
<td>12,0</td>
<td>10,1</td>
<td>8,0</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td>5 stimme überhaupt nicht zu</td>
<td>51,5</td>
<td>49,1</td>
<td>53,0</td>
<td>57,2</td>
<td>59,0</td>
<td>52,1</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht / k. A.</td>
<td>1,5</td>
<td>3,5</td>
<td>2,0</td>
<td>0,3</td>
<td>1,5</td>
<td>0,4</td>
</tr>
<tr>
<td>top-two</td>
<td>22,9</td>
<td>27,3</td>
<td>18,0</td>
<td>22,2</td>
<td>18,5</td>
<td>21,0</td>
</tr>
<tr>
<td>bottom-two</td>
<td>61,6</td>
<td>56,9</td>
<td>65,0</td>
<td>67,3</td>
<td>67,0</td>
<td>62,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: WIdOmonitor 2006

Die unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten werden noch deutlicher, wenn man das Antwortverhalten auf Vorschläge zur Finanzierungsreform des Gesundheitssystems miteinander vergleicht,
die zurzeit diskutiert werden (*Tabelle 8.11*). Die Befragten wurden gebeten, sich für eine der drei Antwortvorgaben zu entscheiden:

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

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

*Quelle: WIdOmonitor 2006*

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

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


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


Neben der Beurteilung von verschiedenen zentralen GKV- und PKV-Systemmerkmalen richtete sich der Fokus auf die Frage, welcher Reform-Vorschlag für die künftige Finanzierung des Gesundheitssystems gewünscht wird. Die Präferenzen der Bürger sind eindeutig:
GKV-Versicherte plädiert für eine Beteiligung von privat versicherten Bevölkerungsgruppen am Solidarausgleich, privat Krankenversicherte halten dagegen an der Trennung der Krankenversicherungssysteme fest.

8.7 Literatur


<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Deutscher Begriff</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BBG</td>
<td>Beitragsbemessungsgrenze</td>
</tr>
<tr>
<td>BPflV</td>
<td>Bundespflegesatzverordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>DRG</td>
<td>Diagnosis Related Groups</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV</td>
<td>Gesetzliche Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>GOÄ</td>
<td>Gebührenordnung für Ärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>GOZ</td>
<td>Gebührenordnung für Zahnärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>IVS</td>
<td>Integriertes Versicherungssystem</td>
</tr>
<tr>
<td>Kal-V</td>
<td>Kalkulationsverordnung</td>
</tr>
<tr>
<td>MBO-Ä</td>
<td>Berufsordnung für Ärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>PKV</td>
<td>Private Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>RSA</td>
<td>Risikostrukturausgleich</td>
</tr>
<tr>
<td>SGB V</td>
<td>Sozialgesetzbuch 5. Buch</td>
</tr>
<tr>
<td>SOEP</td>
<td>Sozio-oekonomisches Panel</td>
</tr>
<tr>
<td>SVR-W</td>
<td>Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung</td>
</tr>
<tr>
<td>VAG</td>
<td>Versicherungsaufsichtsgesetz</td>
</tr>
<tr>
<td>VPG</td>
<td>Versicherungspflichtgrenze</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUMA</td>
<td>Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Autoren

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


Dr. Markus M. Grabka
Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin)
Königin-Luise-Straße 5
14195 Berlin (Steglitz)

Dr. Klaus Jacobs
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn


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


Dr. Johannes Leinert
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Wolfgang Schuldzinski
Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen
Mintropstraße 27
40215 Düsseldorf


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


Dr. Stephanie Sehlen
Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES)
Wichmannstraße 5
10787 Berlin

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

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