

# **Beurteilung der Exit - Option an der Schnittstelle von GKV und PKV in bezug auf die Erreichung von Wettbewerbs- und Solidarzielen**

Vom Fachbereich Rechts- und Wirtschaftswissenschaften  
der Technischen Universität Darmstadt  
zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Doctor rerum politicarum

genehmigte Dissertation  
vorgelegt von  
Diplom-Volkswirt Manfred Münch  
aus Maidbronn, Lkr. Würzburg

Referent:	Prof. Dr. Dr. h.c. B. Rürup
Korreferent:	Prof. Dr. H. Körner
Tag der Einreichung:	15. Oktober 2002
Tag der mündlichen Prüfung	12. Februar 2003

Darmstadt 2002



*„Es gilt die Lehre einzuschärfen, daß zwar das Volk die Regierung, nicht aber die Regierung das Volk zu unterstützen hat“  
(Grover Cleveland, Präsident der Vereinigten Staaten, 1887)*

*„Wenn keiner helfen kann, der Staat kann“  
(Reichskanzler Bismarck, 1883)*



## Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich 1 Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Technischen Universität Darmstadt im Wintersemester 2002/03 als Dissertation angenommen; das Manuskript wurde im Herbst 2002 abgeschlossen.

Ohne die Unterstützung von zahlreichen Personen wäre diese Arbeit in der vorliegenden Form nicht entstanden.

Zuoberst schulde ich meinem „Doktorvater“ Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup Dank, der Ideengeber war, Vertrauen in meine Person setzte und mich ermutigte, mich in das Thema einführte und die Arbeit betreute.

Besonderen Dank schulde ich auch Herrn Prof. Dr. H. Körner für die Übernahme des Zweitgutachtens, ebenso den weiteren Mitgliedern der Prüfungskommission Frau Prof. Dr. jur. Sieker sowie den Herren Prof. Dr. Dr. O. Betsch und Prof. Dr. V. Caspari für ihre Bereitschaft die mündliche Prüfung abzunehmen.

Zu großem Dank verpflichtet bin ich weiterhin Herrn Prof. Dr. Werner Sesselmeier für wertvolle Anregungen und jederzeit bereitwillig gegebenen Expertenrat, sowie Dres. Mathias und Ute Lemke für unentbehrliche EDV - technische Hilfe.

Danken möchte ich schließlich meiner Familie, allen voran meiner Frau Magdalena sowie meinen Kindern und meinem Schwiegersohn, die das Vorhaben durch ihre familiäre Zuwendung maßgeblich gefördert und die „sozialen Kosten“ mit Geduld und Verständnis während der dreijährigen, an Entbehrungen reichen Zeit getragen haben.

Meiner Frau Magdalena und dem Andenken meiner verehrten Lehrerin Margarete Pfister, ist diese Arbeit gewidmet.

Aschaffenburg, im März 2003

MANFRED MÜNCH



<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>10</b>
1.1	Problemstellung	10
1.2	Gang der Untersuchung	12
<b>2</b>	<b>HISTORISCHER TEIL</b>	<b>13</b>
2.1	Rahmenbedingungen der Exit - Option	13
2.2	Ursprung und Entwicklung der Exit - Option	17
2.2.1	Wettbewerb zwischen Gesetzlichen Kassen sowie Hilfs - und Ersatzkassen im Kaiserreich (1871 - 1918) über die Weimarer Republik (1919 - 1932) bis zum Nationalsozialistischen Staat (1933 - 1945)	18
2.2.2	Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in der Weimarer Republik (1919 - 1932) und im Nationalsozialistischen Staat (1933 - 1945)	28
2.2.2.1	Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung	29
2.2.2.2	Ursprung und Entwicklung der Privaten Krankenversicherung	30
2.2.3	Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1949 - 2000)	34
2.2.3.1	Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung	36
2.2.3.2	Entwicklung der Privaten Krankenversicherung	43
2.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse des Historischen Teils	50
2.3	Exkurs: Exit - Option an den internationalen Krankenversicherungsmärkten	51
2.3.1	These und Vorgehensweise bei der Überprüfung der These	51
2.3.2	Einzelländerbetrachtung	53
2.3.2.1	Vereinigte Staaten	53
2.3.2.1.1	Überblick	53
2.3.2.1.2	Historischer Hintergrund	54
2.3.2.1.3	Private Krankenversicherung 1930 und Folgejahre	55
2.3.2.1.4	Reformbestrebungen – Clinton - Plan	57
2.3.2.2	Schweiz	59
2.3.2.2.1	Überblick	59
2.3.2.2.2	Historischer Hintergrund	60

2.3.2.2.3	Reform von 1996	62
2.3.2.3	Niederlande	63
2.3.2.3.1	Überblick	63
2.3.2.3.2	Historischer Hintergrund	64
2.3.2.3.3	Akute medizinische Behandlungen	66
2.3.2.3.4	Gesetz über den Zugang zur Krankenversicherung	68
2.3.2.3.5	Besondere Krankheitskosten	68
2.3.2.3.6	Reformbestrebungen	69
2.3.2.4	Frankreich	70
2.3.2.4.1	Überblick	70
2.3.2.4.2	Historischer Hintergrund	70
2.3.2.4.3	Reform der GKV	73
2.3.2.5	Italien	73
2.3.2.5.1	Überblick	73
2.3.2.5.2	Historischer Hintergrund	74
2.3.2.5.3	Demokratische Periode	75
2.3.2.5.4	Reformbestrebungen	78
2.3.2.6	Spanien	78
2.3.2.6.1	Überblick	78
2.3.2.6.2	Historischer Hintergrund	79
2.3.2.6.3	Demokratische Periode	80
2.3.2.6.4	Reformbestrebungen	82
2.3.2.7	Schweden	82
2.3.2.7.1	Überblick	82
2.3.2.7.2	Historischer Hintergrund	83
2.3.2.7.3	Krankenpflege	84
2.3.2.7.4	Barleistungen im Krankheitsfall	85
2.3.2.7.5	Finanzierung	86
2.3.2.7.6	Reformbestrebungen	87
2.3.2.8	Großbritannien	87
2.3.2.8.1	Überblick	87
2.3.2.8.2	Historischer Hintergrund	88
2.3.2.8.3	National Health Service	89
2.3.2.8.4	Reformbestrebungen	90
2.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse des Internationalen Teils	93
<b>3</b>	<b>SYSTEMATISCHER TEIL</b>	<b>96</b>
3.1	Wettbewerbstheoretische Grundlagen der Exit - Option	96



3.2	Rechtliche Grundlagen der Exit - Option	106
3.2.1	Begriffsbestimmung der Exit - Option	106
3.2.2	Wahlmöglichkeiten zwischen Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungsträgern	106
3.2.2.1	Anbieterwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung	111
3.2.2.2	Anbieterwechsel in der Privaten Krankenversicherung	112
3.2.3	Versicherungsmöglichkeiten bei einzelnen Krankenversicherungsträgern	114
3.2.4	Verfolgen wirtschaftlicher Ziele beim Angebot von Versicherungsschutz	116
3.3	Exit der Versicherten	118
3.3.1	Wechsel zwischen GKV und PKV	118
3.3.2	Wechsel innerhalb der Gesetzlichen Krankenkassen	122
3.3.3	Wechsel innerhalb der Privaten Krankenversicherung	123
3.4	Exit - Motive, Exit - Anreize	124
3.4.1	Modelltheoretische Überlegungen	124
3.4.1.1	Motivations - Modell	124
3.4.1.2	Wechselmodell	128
3.4.2	Determinanten des Wechselverhaltens	129
3.4.2.1	Bedürfnis-/Motivationsfaktoren der Versicherten	130
3.4.2.1.1	Definitionen	130
3.4.2.1.2	Probleme der empirischen Erhebung von Risikoindikatoren	132
3.4.2.2	Von Versicherern gesetzte Anreizstrukturen	141
3.4.3	Analyse von Wechselvoraussetzungen und -verhalten im Lichte der modelltheoretischen Ergebnisse	143
3.4.3.1	Determinante Morbiditäts- bzw. Risikodifferenzen zwischen Versicherten	143
3.4.3.1.1	Asymmetrische Information über das Krankheitsrisiko	143
3.4.3.1.2	Übertragung des Modells auf das gegliederte Krankenversicherungssystem	145
3.4.3.2	Determinante Leistungsdifferenzen	146
3.4.3.2.1	Allgemeine Wettbewerbsbedingungen	146
3.4.3.2.2	Besondere Wettbewerbsbedingungen	151
3.4.3.3	Determinante Beitragsunterschiede	156
3.4.3.3.1	Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze bzw. Höchstbeiträgen und Beitragsanpassung im Vergleich	156
3.4.3.3.2	Familienmitversicherung	159
3.4.3.3.3	Krankenversicherung der Rentner	164

3.4.3.3.4	Arbeitgeberbeitrag	167
3.4.3.4	Determinante Übergangserleichterungen bzw. Übertrittshemmnisse beim Wechsel zwischen GKV und PKV.	169
3.4.3.4.1	Systemwechsel in die PKV	170
3.4.3.4.2	Systemwechsel in die GKV	173
3.4.3.4.3	Anbieterwechselbedingungen <i>innerhalb</i> der GKV	174
3.4.3.4.4	Anbieterwechselbedingungen <i>innerhalb</i> der PKV	175
3.5	Wechselverhalten	177
3.5.1	Versichertengruppe der Wechsler	178
3.5.2	Versichertengruppe der Nicht - Wechsler	179
3.5.3	Versichertengruppe der Wechselbereiten	179
3.6	Exit - Wirkungen	182
3.6.1	Risikoverteilung auf GKV und PKV - Stand und Entwicklung auf Basis des Mikrozensus	184
3.6.2	Ermittlung rechnerischer Effekte der Risikoentmischung durch die PKV - auf Basis der Transferzahlungen im RSA	187
3.6.3	Ermittlung rechnerischer Effekte der Risikoentmischung durch die PKV - auf Basis eines saldenmechanischen Modells	191
3.6.4	Erreichung von Wirtschaftlichkeits- bzw. Erfolgszielen im gegliederten Krankenversicherungssystem	196
3.6.4.1	Wirtschaftliches Handeln in der GKV	196
3.6.4.2	Wirtschaftliches Handeln in der PKV	200
3.7	Evaluation der Exit - Options - Effekte	204
3.7.1	Ergebnis der Evaluation	204
3.7.2	Handlungsstrategien	212
3.7.2.1	Handlungsstrategie 1: Streichung der Exit - Option	212
3.7.2.2	Handlungsstrategie 2: Beibehaltung der Exit - Option	213
3.7.2.2.1	Vorschlag 1: Anhebung der Versicherungspflichtgrenze (VPG) und der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	213
3.7.2.2.2	Vorschlag 2: Einführung von Wechslerprämien	222
3.7.2.2.3	Vorschlag 3: Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV	225
3.7.2.3	Handlungsstrategie 3: „Schöpferische Zerstörung“ der Exit - Option durch die Einführung eines Exit - Zwanges	231
3.7.3	Votum	231
3.7.3.1	Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung	231
3.7.3.2	Einzelregelungen zur Versicherung gegen besondere Krankheitskosten	233

---

3.7.3.3	Einzelregelungen zur Versicherung gegen allgemeine Krankheitskosten	236
3.7.3.4	Private Krankenversicherung	240
3.7.3.5	Wechsel der Versicherten	242
3.7.3.6	Wechsel - Effekte	243
3.7.3.7	Abgrenzung vom gegenwärtig bestehenden System der Krankenversicherung	251
3.7.3.8	Abgrenzung von konkurrierenden Reformvorschlägen	255
3.7.3.9	Komparative Vorteile gegenüber konkurrierenden Reformvorschlägen	257
3.7.3.10	Grenzen des Reformvorschlags einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung	259
3.8	Schlußbemerkung	259
<b>4</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>263</b>
<b>5</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>265</b>
<b>6</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>267</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>269</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Von der gegenwärtig bestehenden Option, aus einer Gesetzlichen Krankenkasse auszuscheiden und sich statt dessen bei einem Unternehmen der Privaten Krankenversicherung abzusichern, vorausgesetzt das Einkommen eines Pflichtversicherten übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze<sup>a</sup>, macht dieser Personenkreis regen Gebrauch. Nimmt man alle Personenwechsel zur Privaten Krankenversicherung zusammen, so sind es jährlich mehrere hunderttausend Personen, im Schnitt der Jahre 1991 bis 2001 waren es etwa 320 000 - mit steigender Tendenz seit Mitte der neunziger Jahre. Da das Hauptzugangsalter in der Privaten Krankenversicherung bei etwa 30 Jahren liegt und bei der Mehrzahl der PKV - Interessenten keine risikoeherblichen Vorerkrankungen vorliegen, liegt die Vermutung nahe, daß die Übertritte zur Privaten Krankenversicherung überwiegend „gute“ Risiken darstellen. Eine Fortdauer dieses Prozesses unterstellt, wird sich die Risikostruktur zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung zum Nachteil der ersteren kumulativ verschlechtern.

Die Position für die Beibehaltung der Exit - Option nimmt die Wettbewerbstheorie mit folgender Begründung ein:

---

<sup>a</sup> Diese Beitragsbemessungsgrenze (BBG), die auf gleichem Niveau wie die Versicherungspflichtgrenze (VPG) liegt, wird auch als „Friedensgrenze“ bezeichnet, da die oberhalb dieser Grenze liegenden Einkommen das typische Marktsegment der Privaten Krankenversicherungen darstellen (sollen)

Die Exit - Option öffne den in den Gesetzlichen Krankenkassen Versicherten den Zugang zu den Privaten Krankenversicherungen. Ihnen werde eine Entscheidungsoption gegeben und die Exit - Option gewährleiste die Wahlfreiheit der Individuen. Die Motive bzw. die Übertrittsursachen der fraglichen Versicherten seien in einer (relativen) Verschlechterung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (Ineffizienz des Systems, Ausmaß der Umverteilung) begründet; darauf reagierten die fraglichen Versicherten rational mit Abwanderung (exit). Ein derartiges Nachfragerverhalten sei notwendige Voraussetzung dafür, daß der Wettbewerb als gesellschaftliches Sanktionsverfahren wirksam werden kann, indem leistungsschwache Anbieter mit Abwanderung (negativ), leistungsstarke Anbieter dagegen mit Zuwanderung (positiv) sanktioniert werden. Eine mögliche Bestandsverschlechterung in den betroffenen Abgangskollektiven als Folge einer Abstimmung der fraglichen Versicherten mit den Füßen sei wettbewerbspolitisch erwünscht. Ein Schutz der Gesetzlichen Krankenversicherung vor den Folgen negativer Risikoselektion sei nicht angezeigt.

Die Gegenposition für das Streichen der Exit - Option vertritt die Wohlfahrtstheorie mit folgenden Argumenten:

Die Exit - Option sei ein „Konstruktionsfehler“ des gegliederten Krankenversicherungs - Systems, in welchem GKV und PKV unter ungleichen Wettbewerbsbedingungen agierten (Verzerrungen im Systemwettbewerb). Unter der Prämisse von (beschränkter) Wahlfreiheit würden die monetären Vorteile der (begrenzt) freien Wahl des Krankenversicherungsträgers selektiv genutzt: Es seien eher die jüngeren, einkommensstärkeren und besser ausgebildeten Versicherten, die das Angebot zum Wechsel nutzen wollen. Mit der Beitragsbemessungsgrenze sollte das Ausmaß der Beteiligung eines Versicherten an den solidarischen Umverteilungen innerhalb der Krankenkasse begrenzt, nicht aber ein Anreiz gesetzt werden, durch ein Ausscheiden aus einer Gesetzlichen Krankenkasse auch die unterhalb dieser Grenze liegenden Einkommensteile der solidarischen Finanzierung zu entziehen, wenn der Versicherte glaubt in einer Nettozahlerposition zu sein. Dieser Fehlanreiz impliziere für die gesetzlichen Krankenkassen eine Dysfunktionalität und für die privaten Versicherungen eine Begünstigung. Da Chancengleichheit in der Konkurrenz um die „guten“ Risiken unter den aus der Versicherungspflicht herauswachsenden Versicherten nicht gegeben sei, könne Wettbewerb als gesellschaftliches Sanktionsverfahren nicht theoriegerecht funktionieren. Eine mögliche Bestandsverschlechterung in den betroffenen Abgangskollektiven als Folge einer Abstimmung der betreffenden Versicherten mit den Füßen sei wett-

bewerbs- und sozialpolitisch bedenklich. Ein Schutz der Gesetzlichen Krankenversicherung vor den Folgen negativer Risikoselektion sei geboten. Siehe dazu SVR Wirtschaft, 2000, S. 251 <sup>1</sup>.

## 1.2 Gang der Untersuchung

Vor dem Hintergrund der skizzierten wissenschaftlichen Kontroverse soll die Exit - Option in bezug auf die Erreichung von Wettbewerbs- und Solidarzielen beurteilt werden. Klärungsbedarf besteht namentlich im Hinblick auf ihre Anreizwirkungen, Allokations- und (Re-)Distributionseffekte sowie ihre Wirkungen auf die Stabilität des gegliederten Krankenversicherungssystems. Die Exit - Option ist dann auf der Basis der erzielten Ergebnisse kritisch zu würdigen; die Evaluation wird schließlich in ein Votum für eine „schöpferische Zerstörung“ der Exit - Option durch die Einführung eines Exit - Zwanges münden.

Bei der Erfüllung des Prüfauftrages kann man sich nicht auf Überlegungen grundsätzlicher Art beschränken. Erforderlich ist vielmehr eine historische Betrachtung von Ursprung und Entwicklung der Exit - Option als deren Ergebnis die gegenwärtig bestehende Exit - Option vor uns steht. Aber nur auf diesem Wege lassen sich die grundsätzlichen Einsichten gewinnen, die vor der Realität bestehen können. Im Anschluß daran soll untersucht werden, ob die aus der historischen Darstellung gewonnenen Erkenntnisse deutschlandspezifisch sind. Geschehen wird dies durch die vergleichende Analyse mit den Regelungen in ausgewählten Industrieländern. Schließlich soll versucht werden, die aus der historischen und internationalen Darstellung gewonnenen Erkenntnisse systematisch auszuwerten mit dem Ziel Schlußfolgerungen allgemeiner Art zu ziehen.

## **2 Historischer Teil**

Untersuchungsziel des historischen Teils ist es, die in Deutschland bestehende Exit - Option in ihrem Ursprung und ihrer Entwicklung zu beschreiben. Zunächst sollen die Rahmenbedingungen der Exit - Option skizziert, daran anschließend die Exit - Option im historischen Ablauf dargestellt und schließlich die aus der historischen Darstellung gewonnenen Ergebnisse erörtert werden.

Vorausgesetzt wird

- 1) Vergleichbarkeit der Leistungen von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung,
- 2) Wahlmöglichkeiten zwischen den verschiedenen privaten und öffentlichen Krankenversicherungsträgern sowie
- 3) Verfolgung wirtschaftlicher Zielsetzungen (nicht allein sozialpolitischer Zwecke) beim Angebot von Versicherungsschutz durch beide KV - Träger.

Da diese Bedingungen nur in der als Vollversicherung betriebenen Krankheitskostenversicherung gegeben sind, befaßt sich die folgende Untersuchung im wesentlichen mit dieser Form der Krankenversicherung.

### **2.1 Rahmenbedingungen der Exit - Option**

Der Gegenstand der nachstehenden Untersuchung besteht darin, die Rahmenbedingungen heraus zu arbeiten innerhalb deren die Exit - Option ihre Funktion erfüllt und die ihre Stellung im System von Wahlfreiheit und Wettbewerb bestimmen.

Siehe zur Funktion „Wettbewerbstheoretische Grundlagen der Exit - Option“  
S. 96

Nach Hax muß die Entwicklung der öffentlich - rechtlichen und der privat -rechtlichen Versicherungssysteme vor allem vor dem Hintergrund der *gesamten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung* gesehen werden; nur so lasse sich ein Urteil über ihre zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten gewinnen (Hax, 1967, S. 437 <sup>2</sup>).

Dabei gehen wir von der Konzeption einer *gegliederten Krankenversicherung* im Rahmen eines umfassenden Systems der sozialen Sicherheit aus.

Das Essentielle eines derartigen Systems ist - Hax zufolge - darin zu sehen, daß man das angestrebte Ziel der sozialen Sicherheit durch eine Kombination von Instrumenten und Institutionen zu verwirklichen sucht, die sich teils auf Staatshilfe stützen, teils an die Selbsthilfe appellieren, teils sich des Zwangsprinzips bedienen, teils aber die Entscheidung der freien Wahl des einzelnen überlassen (Hax, 1968, S. 100 <sup>3</sup>)

In einem gegliederten System der sozialen Sicherheit bedient man sich demzufolge nebeneinander verschiedenartiger Methoden zur Deckung des Sicherheitsbedarfs. Der Gedanke der Selbsthilfe kommt am reinsten zum Ausdruck in der Form der individuellen Vorsorge gegenüber dem Eintreten einer Krankheit. Da dieser Weg aber keine ausreichende Sicherheit bietet, muß notwendigerweise die individuelle Sicherung durch kollektive Sicherungsmaßnahmen ergänzt werden - bis hin zur mächtigsten Kollektivorganisation - nämlich dem Staat. Unter den Methoden der kollektiven Sicherung ist der Gedanke der Selbsthilfe am stärksten ausgeprägt in der Versicherung und zwar in Form der privaten Krankenversicherung. Sie steht der Methode des individuellen Sparens am nächsten, wird jedoch verstärkt durch das Prinzip der Gegenseitigkeit und des kollektiven Risikoausgleichs.

Zuweilen erweist sich aber der Selbsthilfegedanke in der erwähnten Form aus naheliegenden Gründen als nicht stark genug. Der Staat kann sich dann unter Verzicht auf den Versicherungszwang auf die Unterstützung privater Einrichtungen beschränken. Er kann den Versicherungszwang einführen, die Versicherung aber privaten Gesellschaften überlassen. Er kann schließlich die Durchführung der Versicherung selbst übernehmen. Oder der Staat kombiniert Elemente aller drei genannten Formen miteinander.



Die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung können unter einem einheitlichen Versicherungsbegriff zusammengefaßt werden.

Die Versicherung weist - im Gegensatz zur Fürsorge und zur Versorgung - zwei Begriffsmerkmale auf:

- 1) eine Gefahrengemeinschaft - den Zusammenschluß gleichartig mit schätzbaren Risiken Gefährdeter sowie
- 2) einen Risiko- (Vermögens-) Ausgleich innerhalb der Gefahrengemeinschaft mit selbständigem Rechtsanspruch, wobei die Versicherten die erforderlichen Mittel zur Bedarfsdeckung durch Beiträge zu leisten haben (Wannagat, 1965, S. 3<sup>4</sup>).

In der auf Freiwilligkeit basierenden Privaten Krankenversicherung kommt ein strenges Äquivalenzprinzip zum Tragen; das Ergebnis ist dann ein sogenannter versicherungstechnischer Risikoausgleich. Überall dort, wo dieser als Methode sozialer Sicherung versagt, wird in der auf Versicherungszwang beruhenden Gesetzlichen Krankenversicherung das sogenannte Tragfähigkeits-/Leistungsfähigkeitsprinzip angewendet. Das Ergebnis ist dann ein sogenannter sozialer Risikoausgleich (Hax, 1968, S. 15).

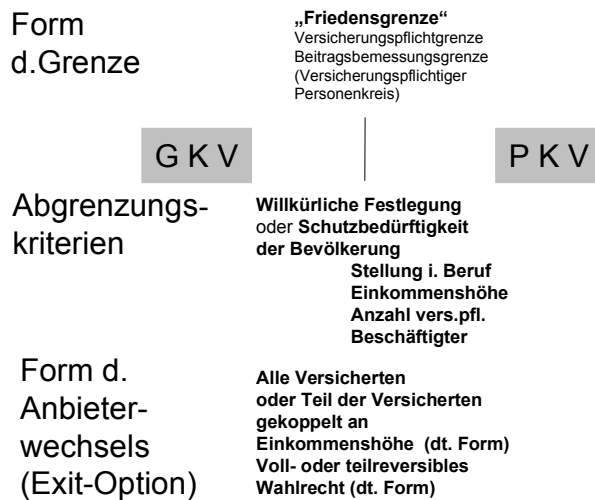
Die optimale Befriedigung des Krankenversicherungsbedarfs der Bevölkerung kann entweder in Wettbewerb oder in Kooperation von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung erfolgen, denn auf diese beiden Grundstrukturen lassen sich nach Hax die vielfältigen Beziehungen zwischen den beiden Krankenversicherungsträgern reduzieren. Zum einen können sich die Arbeitsgebiete von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung überschneiden. Dieser Fall liegt vor, wenn der gleiche Personenkreis in bezug auf das gleiche Risiko versichert werden soll. Wenn die Soziale Krankenversicherung diese Aufgabe übernimmt, ist die Private Krankenversicherung praktisch für diesen Bereich ausgeschaltet. Es liegt dann ein eindeutiges Konkurrenz- (Substitutions-) Verhältnis vor. Zum andern können die Arbeitsgebiete beider Krankenversicherungsträger weitgehend voneinander getrennt sein. Wenn es sich zwar um den gleichen Personenkreis handelt, dabei aber unterschiedliche Versicherungsbedürfnisse angesprochen werden, oder wenn umgekehrt gleiche Versicherungsbedürfnisse für unterschiedliche Personenkreise gedeckt werden, dann schließen sich Soziale und Private Krankenversicherung nicht aus,

sondern sie ergänzen sich. Es handelt sich um ein Kooperations- (Komplementär-) Verhältnis (Hax, 1968, S. 119).

Im gegliederten System der Krankenversicherung sind - wie in anderen Systemen auch - Ziele/Mittel-Konflikte angelegt. Nach Hax ergibt sich im Falle eines Konkurrenz- oder Substitutions- Verhältnisses das Problem, in welcher Weise die Arbeitsbereiche der unterschiedlichen Maßnahmen sozialer Sicherung auf dem Gebiet des Krankheitsschutzes der Bevölkerung gegeneinander abgegrenzt werden sollen. Die Grenzziehung zwischen den Arbeitsbereichen beider Krankenversicherungsträger kann an das Kriterium der Stellung im Beruf - Arbeiter, Angestellter oder Selbständiger - gebunden sein, wobei innerhalb der beiden letzten Gruppen noch zusätzliche Kriterien wie Einkommenshöhe oder Zahl der versicherungspflichtigen Beschäftigten eine Rolle spielen können (Hax, 1968, S. 119).

Das Instrument der Exit - Option wird dann an dieser Schnittstelle beider Einrichtungen der Krankenversicherung wirksam.

Abbildung 2-1: Stellung der Exit - Option im System der substitutiven Krankenversicherung<sup>a</sup>



Quelle: Eigene Darstellung

## 2.2 Ursprung und Entwicklung der Exit - Option

Das Verständnis der bestehenden Exit - Option an der Schnittstelle von GKV und PKV setzt die Kenntnis ihres Ursprungs und ihrer Entwicklung im Kontext von Wettbewerb bzw. Kooperation von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung voraus.

<sup>a</sup> Der Begriff der substitutiven Krankenversicherung wurde im Zusammenhang mit den Regelungen zur Schaffung des Europäischen Binnenmarktes geprägt. Als substitutiv gelten Krankenversicherungsverträge, „welche die im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehene Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen können“ (Art. 54 Abs. 1 Dritte Richtlinie Schadenversicherung). Hierzu zählen die Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung. Infolge der Tatsache, daß sich der Krankenversicherungsschutz in der Krankheitskostenvollversicherung mindestens auf die ambulante und stationäre Heilbehandlung erstreckt, ist er der Art nach dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gleich und damit geeignet ihn zu ersetzen, auf die Gleichheit hinsichtlich des Umfangs des Versicherungsschutzes kommt es dagegen nicht an. Auch die private Krankentagegeldversicherung zählt zur substitutiven Krankenversicherung, da sie durch Zahlung eines Krankentagegeldes das Verdienstausrisiko bei Arbeitsunfähigkeit - der Art nach wie in der GKV - abdeckt (§§ 44 ff SGB V).

In dieser historischen Einführung kommt es nicht darauf an, eine Vollständigkeit der Fakten zu erreichen. Vielmehr ist es für diese Untersuchung ausreichend, aus dem weiten Gebiet der Wettbewerbs- bzw. Kooperationsgeschichte die Entwicklungslinien und die ihnen zugrundeliegenden Einflußfaktoren hervorzuheben, die bezüglich der Wahlmöglichkeiten der Versicherten in Gestalt der Exit - Option bzw. des Wettbewerbs in Form der Überschneidung der Arbeitsbereiche der beiden Krankenversicherungssysteme eine besondere Aussagekraft besitzen.

### **2.2.1 Wettbewerb zwischen Gesetzlichen Kassen sowie Hilfs- und Ersatzkassen im Kaiserreich (1871 - 1918) über die Weimarer Republik (1919 - 1932) bis zum Nationalsozialistischen Staat (1933 - 1945)**

Als Folge der mit dem Industrialisierungsprozeß verbundenen Wandlungen setzte sich in Deutschland - wie in weiten Teilen der westlichen Welt - eine gegliederte Krankenversicherung im Rahmen eines Systems der sozialen Sicherung durch.

*„Die soziale und wirtschaftliche Struktur Deutschlands war im 19. Jahrhundert einem starken Wandel unterworfen, der auch tiefgreifende Änderungen in der Gesellschaftsordnung verursachte. [...]. In dieser Situation standen der Fabrikarbeitserschaft nur völlig unzureichende soziale Einrichtungen und Maßnahmen zur Verfügung“ (Wannagat, 1965, S. 51 ff).*

Die soziale Frage, die zu einem immer brennender werdenden Problem des 19. Jahrhunderts wurde, vermochten nach Wannagat weder die Arbeitgeber, die sich ihrer sozialen, christlichen und wirtschaftlichen Verantwortung gegenüber ihren Arbeitnehmern nicht bewußt waren, noch die Arbeiter, die damals keine Macht besaßen, den Mißständen wirkungsvoll entgegenzutreten, noch die liberalistischen Staatsmänner, die sich vom Prinzip des „laissez faire et passer“ leiten ließen, zu lösen.

In dieser Situation konnte lediglich ein Eingreifen des Staates den wachsenden sozialen Spannungen wirksam entgegentreten.

Normativ begründete Kritik an der liberalistischen Auffassung und an den sozialen Mißständen übten damals die sogenannten „Kathedersozialisten“. Sie forderten die dringend notwendige Sozialreform mit einer ethischen Begründung und setzten sich für eine große soziale Reformgesetzgebung ein, wodurch eine wesentliche Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Arbeiterschaft (Koalitionsfreiheit, Arbeitsschutz, Förderung des Sparkassen-Wohnungs- und Versicherungswesens) erreicht werden sollte. Ihre Gedankengänge über eine Vereinigung von Selbst- und Staatshilfe sowie die Schaffung einer öffentlich - rechtlichen Zwangsversicherung beeinflussten wesentlich die gesetzgeberische Sozialarbeit der achtziger und neunziger Jahre (Wannagat, 1965, S. 61).

Die Motive, die für die sozialpolitische Konzeption der damaligen Sozialgesetzgebung maßgebend waren, spiegeln sich am eindrucksvollsten in der offiziellen Begründung des ersten Unfallversicherungsgesetzesentwurfs vom Frühjahr 1881 wider.

*„Daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchem die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollen, sondern auch eine Aufgabe staatsershaltender Politik, welche das Ziel zu verfolgen hat, auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohlthätige Einrichtung sei. Zu dem Ende müssen sie durch erkennbare direkte Vorteile, welche ihnen durch gesetzgeberische Maßregeln zuteil werden, dahin geführt werden, den Staat nicht bloß als eine lediglich zum Schutz der besser situierten Klassen erfundene, sondern als eine auch ihren Bedürfnissen und Interessen dienende Institution aufzufassen.*

*Das Bedenken, daß in die Gesetzgebung, wenn sie dieses Ziel verfolge, ein staatssozialistisches Element eingeführt werde, darf von der Betretung dieses Weges nicht abhalten. Soweit dies wirklich der Fall ist, handelt es sich nicht um etwas ganz Neues, sondern nur um eine Weiterentwicklung der aus der christlichen Gesittung erwachsenden modernen Staatsidee, nach welcher dem Staat neben der defensiven, auf den Schutz bestehender Rechte abzielenden, auch die Aufgabe obliegt, durch zweckmäßige Einrichtungen und durch Verwendung der zu seiner Verfügung stehenden Mittel der Gesamtheit das Wohlergehen aller seiner Mitglieder und namentlich der schwachen und hilfsbe-*

*dürftigen positiv zu fördern. In diesem Sinne schließt namentlich die gesetzliche Regelung der Armenpflege, welche der moderne Staat im Gegensatz zu dem des Altertums und des Mittelalters als eine ihm obliegende Aufgabe anerkennt, ein sozialistisches Moment in sich, und in Wahrheit handelt es sich bei den Maßnahmen, welche zur Verbesserung der Lage der besitzlosen Klassen ergriffen werden können, nur um eine Weiterentwicklung der Idee, welche der staatlichen Armenpflege zugrunde liegt.“*

Reichstagsdrucksache 1882, Nr. 19, S. 31 zitiert nach Brackmann, 1965, S. 89<sup>5</sup>.

Die Beschränkung der künftigen Zwangsversicherung auf die schutzbedürftigen und sozial schwachen Schichten der Bevölkerung stellte keineswegs die allein mögliche und ernsthaft diskutierte Regelung dar.

Die praktische Realisierung einer Volksversicherung, wonach alle Deutschen gegen eine Reichssteuer bei einer großen Reichsversicherungsanstalt gegen Alter und Invalidität zwangsweise versichert sein sollten, schien Bismarck aber im Hinblick auf die heftigen Widerstände, die seine Gedanken besonders beim liberalen Bürgertum fanden, kaum möglich. Daher hielt er es für richtiger, schrittweise durch ständige Erweiterung des Versichertenkreises zu einer Volksversicherung zu gelangen (Wannagat, 1965, S. 71-72).

Den Anstoß zu einer umfassenden Neuregelung des Krankenkassenwesens gab jedoch die vorgesehene Neugestaltung der Arbeiterunfallversicherung. Im Entwurf des Unfallversicherungsgesetzes war bestimmt, daß die Unfallverletzten in den ersten Wochen von den Krankenkassen versorgt werden sollten. Dazu mußte das bestehende Krankenkassenwesen neu organisiert werden. Das geschah in dem Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. Es führte die Versicherungspflicht ein, die entweder kraft Gesetzes oder auf Grund statutarischer Anordnung einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes eintrat. Hiervon wurden die Mehrzahl der gewerblichen Arbeiter und die Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu 2 000 Mark erfaßt.

*In dieser Regelung liegt die historische Wurzel für die bis heute bestehende Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer in der Gesetzlichen Krankenversicherung.*

Das Gesetz berechnete eine Anzahl von Personengruppen freiwillig der Krankenversicherung beizutreten, wenn sie der Versicherungspflicht nicht unterlagen und ein gewisses Jahreseinkommen nicht überschritten. Den Versicherungspflichtigen standen - im Gegensatz zu den freiwillig Versicherten - die gesetzlichen Leistungen selbst dann zu, wenn der Arbeitgeber seiner Pflicht, den Arbeitnehmer zur Kasse anzumelden, nicht nachkam oder keine Beiträge entrichtete. Die Leistungen des Gesetzes waren Mindestleistungen; die Kassensatzungen konnten über die Mindestleistungen hinaus in gewissem Umfang weitergehende Leistungen gewähren. Die Beiträge, die zwischen 3 bis 6 Prozent des Arbeitsverdienstes lagen, waren von den Versicherten zu zwei Dritteln und den Arbeitgebern zu einem Drittel zu tragen. (Diese Regelung bestand bis 1949). Die Beitragszahlungen erfolgten durch die Arbeitgeber. Nur bei den sogenannten Hilfskassen zahlten die Arbeiter allein die Beiträge.

Entsprechend diesen Beitragszahlungen waren in den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen zwei Drittel Vertreter der Arbeitnehmer und ein Drittel der Arbeitgeber. In organisatorischer Hinsicht baute das Gesetz auf der bestehenden Organisationsstruktur auf. Es wollte nicht „*die bestehenden lebenskräftigen Einrichtungen zerstören*“ (Rosin, 1893, S. 31 zitiert nach Wannagat, 1965, S. 65), sondern sie zu einem eigenen Organismus ausgestalten. Träger dieser Versicherung wurden die neugeschaffenen Ortskrankenkassen, Fabrik- (Betriebs-) Kassen und Baukassen, neben den schon bestehenden Innungs- und Knappschaftskassen. Der § 75 gab vor, unter welchen Voraussetzungen die nach dem Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter versicherungspflichtigen Personen bei Zugehörigkeit zu einer freien „eingeschriebenen Hilfskasse“ im Sinne des Hilfskassengesetzes (HKG) vom 7./8. April 1876 oder einer aufgrund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskasse von der Zugehörigkeit zu einer örtlichen Zwangskasse befreit wurden: Die betreffenden Hilfskassen hatten mindestens die Leistungen zu erbringen, welche die Gemeindekrankenversicherung am Sitz der Hilfskasse gewährte. (Später, durch die Änderungsnovelle vom 10. April 1892 war die Mindestleistung der Gemeindekasse am Beschäftigungsort der Versicherten maßgebend).

Ihrer Rechtsnatur nach waren gemäß Hillert die freien, „eingeschriebenen Hilfskassen“ rein private, vereinsmäßige Zusammenschlüsse mit dem Zweck, die Mitglieder im Falle der Krankheit zu unterstützen (§ 1 HKG). Da die Unterstützung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit erfolgte, handelte es sich materiell um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG). Die Hilfs-

kassen konnten als „Ersatz“ für eine Zwangsorganisation dienen, wenn sie sich mit ihrem von den Mitgliedern zu beschließenden Statut den Bestimmungen des HKG und des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter unterwarfen. Der Staat verlieh ihnen die Rechtsfähigkeit durch die von der Zentralbehörde des Landes oder, bei die Landesgrenzen überschreitenden Kassen von der zuständigen Reichsbehörde zu erteilende Zulassung (§ 4 HKG). Zur Sicherung seiner Interessen unterstellte er sie einer Staatsaufsicht (§ 33 HKG). *„Trotz dieser Vermischung mit öffentlich-rechtlichen Elementen blieben die Hilfskassen ein freier Zusammenschluß auf dem Boden des Privatrechts“* (Hillert, 1973, S. 8 f.<sup>6</sup>).

Durch ein Ergänzungsgesetz vom 1. Juni 1884 wurden dann die Zwangskassen in gesetzliche Krankenkassen umgewandelt; das HKG von 1876 galt dagegen nur noch für die auf freier Übereinkunft beruhenden „eingeschriebenen Hilfskassen“.

Die ursprüngliche Funktion der Krankenversicherung als Ergänzung der Unfallversicherung hat sich - Hax zufolge - zunächst stark auf die Abgrenzung des versicherten Personenkreises ausgewirkt, der nahezu identisch war mit den von der Unfallversicherung erfaßten Gruppen. Erst durch eine Reihe von Zusatz- und Änderungsgesetzen wurden weitere Personenkreise in die Versicherungspflicht einbezogen, teilweise auch wieder veranlaßt durch eine Erweiterung im Umfang der Unfallversicherung. Im Jahre 1885 wurden die Angehörigen des Transportgewerbes und im Jahre 1886 die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter krankenversicherungspflichtig (Hax, 1965, S. 79).

Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter wurde in einigen Punkten geändert und neu gefaßt unter dem 10. April 1892 veröffentlicht. Es trug seither die Bezeichnung „Krankenversicherungsgesetz“ (KVG).

**Festzuhalten bleibt:** Schon von Beginn an war die Mitgliedschaft in der sozialen Krankenversicherung nicht ausschließlich auf die Fabrikarbeiterschaft beschränkt, obwohl diese ursprünglich die überwältigende Mehrheit der Mitglieder darstellte. Die soziale Krankenversicherung erfaßte auch Angestellte mit geringem Einkommen und gewisse Gruppen von Selbständigen, die zu den sozial Schwachen zählten.

Das Gesetzgebungswerk der achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts war ein epochaler Fortschritt; es wurde für viele Sozialversicherungs - Systeme des



Auslands zum Vorbild. Daß es nicht frei von Schwachstellen war, ist verständlich, denn es wurde mit ihm völliges Neuland beschritten.

Die soziale und wirtschaftliche Struktur Deutschlands erfuhr Ende des 19. und am Anfang des 20. Jahrhunderts einen neuerlichen Umbruch, der wiederum tiefgreifende Veränderungen in der Gesellschaftsordnung auslöste. Siehe dazu ausführlich Braun, 1956, S.85<sup>7</sup>; Linke, 1962, S. 54 ff<sup>8</sup>.

Innerhalb der Arbeitnehmerschaft stieg die Zahl der Angestellten sehr rasch an:

- von rd. 300 000 im Jahre 1882
- über rd. 620 000 im Jahre 1895
- auf rd. 1 290 000 im Jahre 1907

Es handelte sich hierbei um eine Entwicklung, die bis auf den heutigen Tag zu beobachten ist. Zugleich wuchs auch ein besonderes Standesbewußtsein innerhalb der Angestelltenschaft. Die Angestellten distanzieren sich von den Arbeitern und fühlten sich als "Privatbeamte". Die Arbeiter waren überwiegend ungelernete Arbeitskräfte, während von den Angestellten eine gewisse Aus- und Vorbildung verlangt wurde. Hinzu kam, daß die Aufstiegsmöglichkeiten für die Angestellten im Gegensatz zu denen der Arbeiter recht günstig waren. Es entwickelte sich bei den Angestellten eine besondere berufliche Einstellung, die sich auf ihre geistige Leistung, die sichere Anstellung und das Vertrauen des Unternehmers stützte. Das führte dazu, daß die Angestellten bald als eine breite Schicht eine Mittelstellung zwischen den Arbeitern und den Unternehmern einnahmen. Mit den Arbeitern verband sie nur das abhängige Beschäftigungsverhältnis. Ihrer Tätigkeit nach näherten sie sich immer mehr dem Unternehmer an. *„Diese Entwicklung verstärkte auch die Bestrebungen der Angestellten nach Eigenständigkeit im Bereich der Sozialversicherung“* (Wannagat, 1965, S. 77 f).

Mit dem Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter und seinen Folgegesetzen setzte eine Entwicklung ein, die durch die Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und freien „eingeschriebenen Hilfskassen“ charakterisiert war.

Die Bindung der Leistungen an die Maßstäbe der örtlichen Pflichtkassen beeinträchtigte die Entwicklung der freien „eingeschriebenen Hilfskassen“ zunächst nicht. Zwischen 1885 und 1890 erhielten diese Kassen vielmehr einen außeror-

dentlichen Mitgliederzuwachs; dieser gefährdete an einzelnen Orten den Bestand der Pflichtkrankenkassen für Arbeiter.

*„Nicht allein die Neuerrichtung von freien, im Anschluß an größere Fachverbände entstandenen Hilfskassen, sondern auch der ungeheure Mitgliederzuwachs bei diesen nahm, insbesondere an industriereichen Orten, derartige Ausmaße an, daß durch ihn sogar vorübergehend die Bestandsfähigkeit der am Ort errichteten Zwangskassen in Frage gestellt war. Die Elite der Arbeiter lehnte es ab, den Zwangskassen oder, ihrer Meinung nach besser gesagt, den `Polizeikassen` beizutreten. Die Arbeiter zogen es vor, den freien Hilfskassen zuzuströmen“ (Göbbels, 1940, S. 66, zitiert nach Lüke, 1970, S. 53<sup>9</sup>)*

Infolgedessen verschärfte der Gesetzgeber mit der Änderungsnovelle von 1892 die Zulassungsbedingungen. Gem. § 75 a KVG wurde zusätzlich eine Bescheinigung für die Zulassung als „eingeschriebene Hilfskasse“ gefordert, aus der hervorgehen mußte, daß die Kasse den Anforderungen des § 75 KVG genüge: Wenn sie vom Beitritt zur Zwangskasse befreien sollte, mußte sie nunmehr auch ärztliche Behandlung und Arzneien als Naturalleistung (sogenannte Krankenpflege) gewähren. Bis dahin konnte die freie „eingeschriebene Hilfskasse“ ihren Pflichtversicherten an Stelle dieser Leistungen ein erhöhtes Krankengeld gewähren. Durch diese Regelung büßten die Hilfskassen unter sonst gleichen Umständen an Zugkraft ein.

Dessenungeachtet ließ der Gesetzgeber eine Reihe von Wettbewerbsnachteilen der Pflichtkassen fortbestehen.

Die seit der Verabschiedung der ersten Sozialversicherungsgesetze erkennbare Tendenz, den Kreis der versicherten Personen auszudehnen, die Versicherungspflichtgrenze anzuheben und die Leistungen auszubauen, hielt – abgesehen von Zeiten wirtschaftlicher Krisen – über ein Jahrhundert an.

Tabelle 2-1: Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung im Kaiserreich (1871-1918)

Jahr	Bevölkerung		Versicherte der RVO – Kassen <sup>1)</sup>		Versicherte der Hilfskassen <sup>2)</sup>		Nicht-versicherte	
	in 1000	in % der Bevölkerung	in 1000	in % der Bevölkerung	in 1000	in % der Bevölkerung	in 1000	in % der Bevölkerung
1885	46.856	100,0	4.294	9,2	874.507	1,9	41.687	89,0
1890	49.428	100,0	6.579	13,3	955.123	1,9	41.894	84,8
1895	52.279	100,0	7.525	14,4	732.211	1,4	44.022	84,2
1900	56.367	100,0	9.520	16,9	891.697	1,6	45.955	81,5
1905	60.641	100,0	11.184	18,4	895.406	1,5	48.562	80,1
1910	64.925	100,0	13.069	20,1	964.712	1,5	50.891	78,4
1917	67.368	100,0	15.052	22,3	390.734	0,6	51.925	77,1

<sup>1)</sup> einschließlich knappschaftliche Krankenkassen

<sup>2)</sup> einschließlich landesrechtliche Hilfskassen, die den Vorschriften des § 75 KVG entsprechen

Quelle: Statistik des Deutschen Reiches; Die Krankenversicherung, Bd. 24, 59, 90, 140, 248, 289

Tabelle 2-1 zeigt die langsame Entwicklung des Krankenversicherungsschutzes der Bevölkerung während des Kaiserreiches. Erst allmählich wird das hohe Versichertenpotential durch die RVO - Kassen stärker ausgeschöpft.

Durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19. Juli 1911, mit welcher die bisherigen Gesetze nebst der neuen Hinterbliebenenversicherung in einem einheitlichen Gesetz zusammengefaßt wurden, wurde in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Versicherungspflichtpflicht auf 6,7 Mio. land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten, Saisonarbeiter, das Wandergewerbe und das Hausgewerbe ausgedehnt. Die Voraussetzungen der Krankenversicherungspflicht wurden im wesentlichen in Übereinstimmung gebracht mit denen der Invalidenversicherung. Die Versicherungsleistungen sind mäßig erweitert worden, so z. B. in der Wochenhilfe.

*Die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte wurde erstmals seit 30 Jahren an das gestiegene Lohnniveau angepaßt, indem man diese Grenze auf 2 500 Mark an hob.*

Die RVO griff vor allem in die Organisation der Krankenversicherungsträger ein.

Die Entwicklung der Hilfskassen hatte nach Hillert nicht immer den Erwartungen entsprochen. Zwar hatten einige Kassen durchaus zufriedenstellend gewirkt, aber andere gingen durch ein Mißverhältnis von Beiträgen und Leistungen zugrunde. Daneben tauchten öfter „Schwindelgründungen“ auf, bei denen es den Gründern lediglich auf die eigene Bereicherung ankam. Diese Erscheinungen, die namentlich auf den Mangel einer ausreichenden staatlichen Aufsicht nach dem HKG von 1876 zurückzuführen waren, hatten in vielen Fällen schwere Schädigungen der Versicherten zur Folge. Die RVO von 1911 und das Gesetz betreffend die Aufhebung des HKG vom 20. Dezember 1911 regelten im Interesse einer Vereinheitlichung und besseren Einordnung der Hilfskassen in die Struktur der sozialen Krankenversicherung deren Rechtsstellung neu. Die RVO bestimmte in den § 503 ff die Voraussetzungen, unter denen bestehende „eingeschriebene Hilfskassen“ künftig als „Ersatzkassen“ für die gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des § 225 RVO zuzulassen waren.

In Anbetracht der unbestreitbaren Verdienste der bisherigen Hilfskassen und in „Schonung bestehender Rechtssubjekte“ bejahte der Gesetzgeber ihre Daseinsberechtigung, baute aber Begünstigungen und Vorteile gegenüber den Pflichtkrankenkassen ab. Als besonders ungerechtfertigt wurde empfunden, daß die freien „eingeschriebenen Hilfskassen“ gegenüber den Pflichtkrankenkassen keinen genau abgegrenzten Mitgliederkreis besaßen, sondern in deren Mitgliederkreis eingreifen konnten, ohne daß ihnen dabei durch Rücksicht auf die Leistungs- und Bestandsfähigkeit der Pflichtkassen irgendwelche Schranken auferlegt waren.

Der Gefährdung der gesetzlichen Krankenkassen begegnete der Gesetzgeber in § 503 RVO auf zweifache Weise: Einmal schob er der *Neuerichtung* und *Neuzulassung* von Ersatzkassen einen Riegel vor, indem er nur bereits bestehende „eingeschriebene Hilfskassen“ als Ersatzkassen anerkannte. zum andern teilte er den Ersatzkassen einen fest umrissenen Mitgliederbestand zu.

Die Ersatzkassen wurden dazu verpflichtet, alle Versicherungspflichtigen ihres Personenkreises ohne Rücksicht auf Alter und Gesundheitszustand aufzunehmen (Kontrahierungszwang) und ihnen mindestens die Regelleistungen der zuständigen Zwangskasse zu gewähren.

Die weitere Entwicklung wird von dem Bestreben bestimmt, die Eingliederung der Ersatzkassen in die gesetzliche Krankenversicherung zu vervollständigen. Zu den Benachteiligungen, welche die gesetzlichen Zwangskassen durch die

Hilfskassen erlitten, zählte nicht zuletzt die Beitragsfreiheit des Arbeitgebers gegenüber den Hilfskassen; denn die Arbeitgeber stellten bevorzugt Mitglieder freier Hilfskassen ein, um sich die Beitragsfreiheit zunutze zu machen. Die RVO begegnete diesen Mißständen dadurch, daß sie in § 517 Abs. 1 die bis dahin unbekannte Regelung traf, daß das Versicherungsverhältnis zur Zwangskasse während der Ersatzkassenmitgliedschaft nur ruhte, d. h. es bestand formal gegenüber der Pflichtkasse fort. Das bedeutete gleichzeitig, daß der Arbeitgeber im Falle der Ersatzkassenmitgliedschaft seiner Arbeitnehmer - anders als nach geltendem Recht - einen eigenen Beitragsanteil an die zuständige Pflichtkrankenkasse zu leisten hatte. Daraus folgte, daß den Ersatzkassen grundsätzlich kein Arbeitgeberanteil zufließt (Hillert, 1973, S. 10 ff).

Die Hilfskassen gehörten mit dem Erlaß dieser Gesetze formal zum Bereich der Privatversicherung; materiell, d. h. ihrer Funktion nach standen sie aber der Gesetzlichen Krankenversicherung nahe.

Um die nach der RVO versicherungsberechtigten, besser verdienenden Angestellten und die nicht versicherungspflichtigen Personen für sich zu gewinnen, führten die Ersatzkassen im Jahre 1911 neben ihren RVO - Bedingungen einen weiteren Versicherungstarif ein. Damit machten sie Hax zufolge an sich positive Erfahrungen, jedoch waren ihrem Expansionsdrang Grenzen gesetzt, da ihr Geschäftsbereich gesetzlich auf bestimmte Berufs- und Personenkreise beschränkt war. Um die angestrebte Geschäftsausweitung dennoch zu erreichen, gründeten sie deshalb Tochtergesellschaften, die in ihrer Geschäftspolitik nicht durch die RVO gebunden waren. Auf diesem Weg ist z. B. nach dem Ersten Weltkrieg die „Barmenia“ durch die Barmer Ersatzkasse oder der „Deutsche Ring“ durch den Deutschnationalen Handlungsgehilfen - Verband bzw. durch seine Krankenhilfsorganisation die Deutschnationale Krankenkasse gegründet worden.

Der Vorgang wiederholte sich auf Grund des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934, insbesondere der Zwölften Verordnung vom 24. Dezember 1935. Diese Verordnung verlangte, daß alle sozialversicherungsfremden Mitglieder aus den Ersatzkassen ausscheiden mußten. Die Ersatzkassen gaben diese Mitglieder entweder an bestehende VVaG ab oder sie gründeten eigene Institute in der Rechtsform der VVaG. Durch die gleiche Verordnung wurden die Ersatzkassen in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt, dem Zuständigkeitsbereich des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung entzogen und der Aufsicht der Sozialversicherungsbehörden

unterstellt. Die Fünfzehnte Verordnung vom 1. April 1937 verlangte eine endgültige Lösung aller verwaltungs- und arbeitsmäßigen Beziehungen zwischen den Ersatzkassen und ihren „Nachfolgeinstituten“.

*„Mit dieser Verfügung war die endgültige Trennung zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung vollzogen. Die Ersatzkassen sind rechtlich in den Rahmen eingeordnet, der wirtschaftlich ihrer Funktion entspricht“ (Hax, 1968, S. 80 f).*

### **Zwischenfazit**

Der geschichtliche Rückgriff auf die Entwicklungslinien und die ihnen im betrachteten Zeitraum zugrundeliegenden Einflußfaktoren, hat für die Frage der Wahlmöglichkeiten der Versicherten in Gestalt der Exit - Option bzw. des Wettbewerbs in Form der Überschneidung der Arbeitsbereiche der beiden Krankenversicherungssysteme eine eindeutige Entwicklungstendenz offengelegt - und zwar die massierte Ausnutzung der Befreiungsmöglichkeit von der Zugehörigkeit zu einer Zwangskasse.

Ihr liegt die „Zwitterstellung“ zugrunde, welche die freien Hilfskassen bzw. die Ersatzkassen dadurch hatten, daß bei ihnen sowohl gesetzliche als auch private Versicherung zugelassen war. Die daraus resultierenden *Wettbewerbsverzerrungen* führten zu Mißständen bei den freien Hilfs- bzw. Ersatzkassen und in vielen Fällen zu schweren Schädigungen der Versicherten. Die Vorteile und Begünstigungen gegenüber den Pflichtkrankenkassen stellten an manchen Orten die Bestandsfähigkeit der lokalen Zwangskassen in Frage. In dieser Situation mußte der Gesetzgeber mit dem Ziel gleiche Startbedingungen herzustellen regulierend in den Wettbewerb eingreifen, indem er die „Zwitterstellung“ der Ersatzkassen beseitigte. Im Ergebnis wird damit tendenziell die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkassen gestärkt.

### **2.2.2 Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in der Weimarer Republik (1919 - 1932) und im Nationalsozialistischen Staat (1933 - 1945)**

Die Entwicklungstendenz zur Ausdehnung des versicherten Personenkreises, zur Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und zum Ausbau der Leistungen setzt sich - abgesehen von der Zeit der Weltwirtschaftskrise - in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch in der Zwischenkriegszeit fort. Die Entwick-

lung wird darüber hinaus von dem Bestreben bestimmt, die Eingliederung der Ersatzkassen in die gesetzliche Krankenversicherung zu vollenden; diese Entwicklung endet mit der Aufbaugesetzgebung. Neu ist dagegen das Entstehen der modernen Privaten Krankenversicherung, welche zunächst eine Phase stürmischer Expansion durchläuft, auf welche dann eine Konsolidierungsphase bis zum 2. Weltkrieg folgt.

### **2.2.2.1 Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung**

In den ersten Jahren nach dem Ersten Weltkrieg befaßte sich die Sozialgesetzgebung vor allem mit der Anpassung der Sozialversicherung an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung, welche durch die Inflation und Arbeitslosigkeit geprägt war. Darüber hinaus wurden aber auch wesentliche gesetzliche Veränderungen vorgenommen. In der Zeit von 1929 bis 1932 stand dann die Sozialversicherung im Zeichen der Weltwirtschaftskrise.

In der Krankenversicherung wurde die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte mehrfach geändert:

Im Jahre 1925 lag sie bei 2 700 RM,  
im Jahre 1927 bei 3 600 RM.

Durch das Gesetz vom 15. Juli 1927 wurden der Krankenversicherungspflicht unterworfen:

Angestellte der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege

*„Nach einem Entwurf der Regierung erging am 9. Dezember 1927 das Gesetz über die Krankenversicherung der Seeleute. Die neue See - Krankenkasse unterstand der Seeberufsgenossenschaft in einer besonderen Abteilung. Die Beiträge trugen zu drei Fünftel die Seeleute und zu zwei Fünftel die Reeder“ (Peters, 1973, S.81<sup>10</sup>).*

Durch Notverordnungen des Reichspräsidenten, die auf Grund Art. 48 Abs. 2 der Weimarer Verfassung ergingen, versuchte man die eingetretenen Notstände zu beheben und die Sozialversicherung intakt zu halten. *„Nach der Notverordnung vom 26. Juli 1930 erlosch die Versicherungspflicht am Tage der*

*Überschreitung der Verdienstgrenze, die Versicherungsberechtigung beim Verdienst von 8 400 RM jährlich“ (Peters, 1973, S. 83).*

Weitere Gesetze und Verordnungen der nationalsozialistischen Herrschaft dehnten in den 1930er und 1940er Jahren die Versicherungspflicht auf neue Personengruppen, darunter auch auf gewisse Selbständige, aus: Artisten, selbständige Lehrer, Erzieher, Hebammen mit Niederlassungsrecht, selbständige Wochenpflegerinnen.

Mit dem Gesetz vom 24. Juli 1941 wurden schließlich auch die Rentner in die Krankenversicherung einbezogen.

### **2.2.2.2 Ursprung und Entwicklung der Privaten Krankenversicherung**

Die Entwicklung vor und in der Weimarer Zeit ist durch eine Intensivierung des Versicherungsbedürfnisses bestimmter Personengruppen charakterisiert, welches durch Private Krankenversicherungsunternehmen befriedigt wird.

Historisch gesehen hat die Private Krankenversicherung drei Wurzeln. Sie geht

- (1) zurück auf die Gründung berufsständischer Versicherungsunternehmen, meist in der Rechtsform von VVaG,
- (2) auf allgemeine Krankenversicherungsgesellschaften, die vorwiegend in der Rechtsform von AGen nach dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip arbeiten sowie
- (3) auf die bereits erwähnten Nachfolgeinstitute der Hilfs- und Ersatzkassen, ebenfalls in der Rechtsform von VVaG oder von AGen.

Die Vorteile der gesetzlichen Krankenversicherung wurden bald auch den Personengruppen bewußt, die als Selbständige der Versicherungspflicht nicht unterlagen, materiell aber nicht besser gestellt waren als die Arbeiter: Kleingewerbetreibende, Handwerker und Landwirte. Dazu kamen die Beamten und die nicht versicherungspflichtigen Angestellten. Das Versicherungsbedürfnis dieser Kreise führte zur Gründung von berufsständischen Krankenversicherungsunternehmen. Die Handwerker und Kleingewerbetreibenden errichteten u. a. die Versicherungsvereine „Handwerk, Handel und Gewerbe“ und „Nova“. Die Landwirte gründeten vorwiegend nach dem ersten Weltkrieg zahlreiche kleine Kassen mit örtlich begrenztem Wirkungskreis. Für Angestellte, die nicht oder



nicht mehr versicherungspflichtig waren, entstanden die „Barmenia“, der „Berliner Verein“ und der „Deutsche Ring“. Beamte und Lehrer gründeten die „Debeka“.

Aus naheliegenden Gründen wurden die Leistungen dieser berufsständischen Versicherungsvereine mit Rücksicht auf die materielle Lage ihrer Mitglieder nach dem Vorbild der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet: An die Stelle der Naturalleistungen (der sog Krankenpflege) trat jedoch die Kostenerstattung. Das hatte erhebliche Vorteile in bezug auf das Sozialprestige: man war Privatpatient und zahlte bar. Andererseits handelte es sich vorwiegend um eine Umlage von Bagatellschäden. Bei schweren Risiken (Operationskosten, längeren Krankheiten) waren die Leistungen durch Höchstbeträge vielfach eng begrenzt und unzureichend. Der berufsständische Charakter der Versicherungsvereine bewirkte weiterhin, daß man aus dem Gedanken der beruflichen Solidarität heraus auf die strenge Durchführung des Äquivalenzprinzips verzichtete und statt eines leistungsäquivalenten Beitrags eine unter sozialen Gesichtspunkten bestimmte Durchschnittsprämie erhob.

Neben diesen berufsständisch ausgerichteten Versicherungsvereinen spielten allgemeine Krankenversicherungsunternehmen, die erwerbswirtschaftlich organisiert waren, zunächst nur eine sehr geringe Rolle. Von den traditionellen erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Versicherungsunternehmen wurde die Krankenversicherung nur selten und dann in der Regel mit anderen Versicherungszweigen zusammen betrieben. Bis 1913 gab es nur eine einzige Aktiengesellschaft, die sich speziell der Krankenversicherung widmete.

Nach der Inflation von 1923 erlebte die Private Krankenversicherung einen außergewöhnlichen Aufschwung. Verantwortlich für diese Expansion wird in der Regel die Verarmung des Mittelstands durch die Inflation gemacht. *„Sicher hat dieser Vorgang als Anstoß gewirkt; im Grunde genommen hat er aber nur eine Entwicklung beschleunigt, die auch ohne die Inflation eingetreten wäre und die auf einer Intensivierung des Versicherungsbedürfnisses und des laufenden Ansteigens der Krankheitskosten beruhte“ (Hax, 1968, S.84).*

Der Privaten Krankenversicherung ist diese schnelle Expansion nicht gut bekommen. Denn sie brauchte sich dadurch für lange Zeit keine Gedanken über eine zweckmäßige Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes und über die Ermittlung risikoäquivalenter Prämien zu machen. Die Mängel der bestehenden Tarife machten sich allerdings schon bemerkbar, als der „Boom“

abflaute und sich als Folge der Weltwirtschaftskrise eine Stagnationsphase abzeichnete.

Für die versicherungstechnische Weiterentwicklung der Privaten Krankenversicherung nach 1924 bestanden kaum Vorbilder. Die Gesetzliche Krankenversicherung war zwar richtungweisend für die anzubietenden Leistungen. Für die Prämienkalkulation bot sie jedoch keinerlei Anhaltspunkte, da sie ihre Beiträge im wesentlichen nach dem Tragfähigkeitsprinzip (Leistungsfähigkeitsprinzip) festsetzte.

Eine endgültige Lösung des Tarifproblems erforderte eine exakte Prämienkalkulation nach dem Äquivalenzprinzip. Die Prämienkalkulation nach dem Tragfähigkeitsprinzip (Leistungsfähigkeitsprinzip) berücksichtigt insbesondere nicht das Alterungsrisiko, so daß sich bei unzureichendem Neuzugang aus dem Älterwerden der Bestände Prämienunterdeckungen ergeben. Tosberg und Bertsche haben dann zu Beginn des Zweiten Weltkrieges die Grundlage einer exakten Prämienkalkulation für die private Krankenversicherung gelegt. Erforderlich sind nach Eintrittsalter und Lebensalter abgestufte Schadentafeln, getrennt für beide Geschlechter. Die auf dieser Grundlage berechneten Prämien steigen mit dem Lebensalter an. Wenn man anstelle dieser steigenden „natürlichen“ Prämien gleichbleibende Durchschnittsprämien erhebt, so ergibt sich im Anfang der Versicherungsdauer ein Überschuß an Prämien, der aber zurückzustellen ist, um das später auftretende Defizit an Prämien wieder auszugleichen.

Die Krankheitskostenversicherung arbeitet nach dem Prinzip der konkreten Bedarfsdeckung: Im Schadenfall wird der entstandene Schaden so exakt wie möglich ermittelt und nach Maßgabe des Versicherungsvertrages ersetzt. Es gilt das Bereicherungsverbot für den Versicherten, und zwar auch für den Fall einer Mehrfachversicherung. Ist der konkrete Bedarf einmal durch eine Versicherung gedeckt, so ist eine zusätzliche Versicherung wertlos. Die Lebensversicherung arbeitet dagegen nach dem Prinzip der abstrakten Bedarfsdeckung. Der Bedarf wird bei Vertragsabschluß im voraus geschätzt und in Form der Versicherungssumme festgelegt. Die Versicherungssumme bestimmt im Schadenfall die Versicherungsleistung ohne Rücksicht darauf, wie hoch der im Einzelfall gegebene Ausgleichbedarf ist. Man spricht deshalb im Gegensatz zur Schadenversicherung von Summenversicherung. Für eine Summenversicherung gilt das Bereicherungsverbot für den Versicherten nicht; eine Mehrfachversicherung ist also möglich.

Man machte bei der Realisierung dieser Ideen die gleiche Beobachtung wie zu Beginn des 19. Jahrhunderts bei der Einführung exakter Methoden der Prämienkalkulation in der Lebensversicherung: den stärksten Zuwachs weisen diejenigen Gesellschaften auf, die in ihrer Prämienkalkulation konsequent nach dem Äquivalenzprinzip verfahren.

Die Orientierung der Versicherten an den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung war entscheidend dafür, daß sich die Private Krankenversicherung in der Expansionsphase ab 1924 fast ausschließlich in Richtung auf eine Krankheitskosten - Vollversicherung entwickelte. Erst in der zweiten Hälfte der fünfziger und der ersten Hälfte der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts vollzieht sich hier ein Wandel durch den Ausbau der sogenannten Teilversicherungen, bei denen nur die schweren Risiken, wie Operations - und Krankenhauskosten gedeckt werden (Hax, 1968, S.84).

Tabelle 2-2: PKV-Geschäftsentwicklung 1924-1938

Jahr	Versichertenzahl in Millionen	Beitragseinnahmen in Millionen Reichsmark
1924	0,5	8,0
1925	2,0	80,0
1927	2,8	123,4
1929	3,0	156,8
1931	3,1	174,3
1933	3,3	168,5
1935	6,0	253,0
1939	8,1	345,0

Quelle VdPKV, 1997, S.27<sup>11</sup>

Tabelle 2-2 zeigt die rasante Entwicklung der PKV ab Mitte der zwanziger Jahre bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges.

### Zwischenfazit

Der historische Rückgriff auf die Entwicklungslinien und die ihnen im Beobachtungszeitraum zugrundeliegenden Einflußfaktoren, läßt für die Frage der Wahlmöglichkeiten der Versicherten in Gestalt der Exit - Option bzw. des Wettbewerbs in Form der Überschneidung der Arbeitsbereiche der beiden Krankenversicherungssysteme eine zweifache Entwicklungstendenz erkennen: Einmal das für sozialversicherungsfremde Personen durch die Aufbaugesetzgebung

erzwungene Überwecheln von der Gesetzlichen zur Privaten Krankenversicherung (*Exit - Zwang*) und zum andern die Befreiung der jungen Privaten Krankenversicherung von ihrem „Vorbild“ Gesetzliche Krankenversicherung.

Unbeschadet der vollzogenen Trennung bestehen Wettbewerbsverzerrungen zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung weiter.

Auch in dieser Entwicklungsphase sieht sich der Gesetzgeber herausgefordert, in das Wettbewerbsgeschehen mit dem Ziel gleiche Startbedingungen zu schaffen regulierend einzugreifen. Von den gesetzgeberischen Maßnahmen profitiert zunächst jedoch die private Krankenversicherung.

### **2.2.3 Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (1949 - 2000)**

Nach Wannagat u.a. sind die Unterschiede zwischen Privatversicherung und Sozialversicherung so wesentlich, daß eine eindeutige Abgrenzung möglich ist und in der Praxis kaum Schwierigkeiten bereitet. Einer der entscheidenden Unterschiede liegt darin, daß die Privatversicherung im allgemeinen auf der Vertragsfreiheit, die Sozialversicherung dagegen auf dem Versicherungszwang beruht. In der Privatversicherung wird das Versicherungsverhältnis in der Regel durch Vertrag begründet. Der wirksame Beitritt zur Versicherung erfordert einen Versicherungsantrag und die Aufnahmeerklärung des Versicherers (Police). Die Vertragspartner, Versicherer und Versicherter, können den Inhalt des Versicherungsverhältnisses: Dauer, Höhe der Beiträge und Leistungen, Versicherungsgegenstand<sup>a</sup> usw. - innerhalb der gesetzlichen Grenzen - frei gestalten. Die Abschlußfreiheit bezieht sich sowohl auf den Vertragsinhalt als auch auf die Auswahl des Vertragspartners. Das Sozialversicherungsverhältnis in seiner typischen Form der Pflichtversicherung gründet sich nicht auf Vertrag, sondern entsteht kraft Gesetzes, sobald bestimmte gesetzlich normierte Tatbestände vorliegen. An die Stelle der freien Willensübereinkunft der Beteiligten tritt der

---

<sup>a</sup> Zum Versicherungsgegenstand wird in § 1 Abs. 1 der Musterbedingungen 1994 - Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung des VdPKV ausgeführt: „Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse“

öffentlich - rechtliche Zwang. Es bedarf weder eines Antrages des Versicherten noch einer Willensübereinkunft. Wen die Sozialversicherungsgesetze für versicherungspflichtig erklären, der ist es, selbst wenn er zur Sozialversicherung nicht angemeldet wurde und für ihn keine Beiträge entrichtet sind. Es ist unerheblich, ob dem Betroffenen bekannt war, daß er der Versicherungspflicht unterliegt und ob er geschäftsfähig ist. „*Die Sozialversicherung bestimmt sowohl den Versicherungszweig als auch die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungsträger. Die Monopolstellung der Versicherungsträger (Kassenzwang) wird nur in Ausnahmefällen durchbrochen*“ (Wannagat, 1965, S. 25 f). Weitere Unterschiede betreffen die Zielsetzungen, Trägerschaft, Stabilität und Krisenfestigkeit, Zuwendungen bzw. Sicherungen von dritter Seite, u. a. m.

Die Schwierigkeiten, vor die sich die *Sozialversicherung* besonders in der ersten Zeit unmittelbar nach dem Zusammenbruch vom Mai 1945 gestellt sah, waren weniger rechtlicher als tatsächlicher Natur. Die finanzielle Lage der Sozialversicherungsträger war katastrophal. Hinzu kamen viele organisatorische Schwierigkeiten.

Die Gesetzgebung im Vereinigten Wirtschaftsgebiet vom Jahre 1949 brachte für die Krankenversicherung am 1. Juni eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von 3 600 DM auf 4 500 DM jährlich.

Bemerkenswert ist, daß die Beiträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern halbiert wurden (bis dahin waren sie im Verhältnis ein Drittel zu zwei Dritteln aufgebracht worden).

Der Ausgang des Krieges hatte - Hax zufolge - auch einschneidende Auswirkungen auf die Situation der *Privaten Krankenversicherung*. Einerseits erhöhte der aufgestaute Bedarf an ärztlicher Behandlung und die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten infolge der Hungerjahre die Schadenquote der Privaten Krankenversicherung; andererseits ging das überwiegend ländliche und insofern risikoverbessernde Geschäftsgebiet in Mittel- und Ostdeutschland verloren. Die Private Krankenversicherung suchte dieser Entwicklung durch Beitragserhöhungen, Leistungsminderungen und Franchisen im Auszahlungsfall zu begegnen. Zu einer Vertrauenskrise kam es dagegen nicht, da die Rechte der Versicherten im Gegensatz zur Lebensversicherung kaum beschnitten wurden (Hax, 1968, S. 87).

### 2.2.3.1 Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Sozialgesetzgebung der ersten Jahre nach der Errichtung der Bundesrepublik Deutschland war vor allem darum bemüht, das Recht der veränderten wirtschaftlichen Situation anzupassen und die nach dem 8. Mai 1945 innerhalb der Zonen und Länder eingetretene Rechtszersplitterung zu beseitigen.

Ersteres geschah mit dem sogenannten 1. Einkommensgrenzengesetz vom 13. August 1952.

Zu den Absichten des Gesetzgebers wird in der offiziellen Begründung folgendes ausgeführt:

*„Die deutsche Sozialversicherung will bewußt nur Personen erfassen, die wegen ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lage eines Schutzes gegen die Wechselfälle des Lebens bedürfen. Auch die Vergünstigungen der freiwilligen Versicherung sollen nur Personen zuteil werden, deren Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Daher ist in der Sozial- und Arbeitslosenversicherung die Einkommenshöhe der Versicherten in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung, nämlich für die Abgrenzung der Versicherungs- und Beitragspflicht, für die Bemessung der Barleistungen, für den freiwilligen Beitritt zur Versicherung und für deren Aufrechterhaltung.*

*Seit der letzten Festsetzung der Einkommensgrenzen sind die Löhne und Gehälter erheblich gestiegen. So sind z. B. seit dem 1. Juni 1949, dem Tage der letzten Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung, die durchschnittlichen Wochenlöhne der Industriearbeiter um rd. 32 v. H. und die Gehälter der Angestellten um rd. 20 v. H. erhöht worden. Dies war notwendig, um die wirtschaftliche und soziale Lage der Arbeiter und Angestellten den allgemeinen Lebensverhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland anzupassen, wobei auch die Steigerung der Lebenshaltungskosten (Index 1938 = 100, Dezember 1949 = 156 und November 1951 = 169) zu berücksichtigen war.*

*Diese Entwicklung führte in der Sozialversicherung vielfach zu Härten; denn zahlreiche Angestellte überschritten die Versicherungspflichtgrenze und mußten seitdem die Kosten des Versicherungsschutzes selbst tragen. Die Arbeiter sind zwar ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Lohnes versicherungspflichtig, viele überschritten aber die Beitragsberechnungsgrenze und wurden seitdem unter-*

*versichert. Es entspricht daher einem Erfordernis der sozialen Gerechtigkeit, in der Sozial- und Arbeitslosenversicherung die Einkommensgrenzen den veränderten Einkommensverhältnissen anzupassen. Dieses Ziel erstrebt der Entwurf, jedoch nicht eine Ausweitung der Versicherungspflicht“ (BT Drucksache Nr. 3350 vom 8. Mai 1952).*

Zur Anpassung der Einkommensgrenzen an das gestiegene Lohnniveau sind danach die folgenden Grenzen in der Krankenversicherung festgesetzt worden:

- die Versicherungspflichtgrenze auf 6 000 DM im Jahr,
- die Grenze für die Bemessung der Beiträge auf ebenfalls 6 000 DM im Jahr
- die Grenze für den freiwilligen Beitritt zur Versicherung auf gleichfalls 6 000 DM im Jahr sowie
- die Grenze für die Aufrechterhaltung der Versicherungsberechtigung auf 9 000 DM im Jahr.

Die Absichten des Gesetzgebers konnten aber nur kurzfristig erreicht werden.

Bereits 1957 erwies es sich als erforderlich, das Sozialrecht erneut der veränderten wirtschaftlichen Situation anzupassen. Dies geschah mit dem sogenannten 2. Einkommensgrenzengesetz vom 27. Juli 1957.

Danach sind folgende Grenzen in der Krankenversicherung festgelegt worden:

- die Versicherungspflichtgrenze auf 7 920 DM im Jahr,
- die Grenze für die Bemessung der Beiträge auf ebenfalls 7 920 DM im Jahr sowie
- die Grenze für den freiwilligen Beitritt zur Versicherung auf gleichfalls 7 920 DM im Jahr.

In weiteren Schritten wurden dann die Einkommensgrenzen wie folgt angehoben:

Nach dem Gesetz vom 24. August 1965  
die Versicherungspflichtgrenze auf 10 800 DM,

nach dem Gesetz vom 27. Juli 1969  
die Versicherungspflichtgrenze auf 11 800 DM vom 1. August bis  
31. Dezember 1969 sowie auf 14 400 ab 1. Januar 1970.

Bereits die wiederholten Erhöhungen zeigen, daß die Absichten des Gesetzgebers wieder nur kurzfristig erreicht werden konnten. Denn traditionell waren die Einkommensgrenzen starr mit einem bestimmten Geldbetrag fixiert.

Nach der Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall war die Intention der Sozialpolitiker, möglichst weite Teile der Bevölkerung in den Schutz der Gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen oder ihr zumindest den Beitritt zu eröffnen.

Mit dem Gesetz vom 21. Dezember 1968 waren alle Rentner ohne Rücksicht auf die im Jahre 1956 eingeführten Vorversicherungszeiten versicherungspflichtig geworden.

Eine Weiterentwicklung brachte dann das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 21. Dezember 1970.

Was die Intention des Gesetzgebers angeht, so wird in der offiziellen Begründung zum Gesetzentwurf folgendes ausgeführt:

*„Der Gesetzentwurf bindet [...] die Einkommensgrenzen an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung; dadurch wird künftig eine jährliche Anpassung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung sichergestellt... Die Festsetzung der Einkommensgrenzen auf 75 v. H. der Einkommensgrenzen der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze erhöht den Anteil der Versicherungspflichtigen, der sich seit der letzten Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze durch das Ansteigen der Gehälter deutlich verringert hat. Eine Erhöhung der Einkommensgrenzen verbessert auch durch höhere Barleistungen die wirtschaftliche Sicherung der davon betroffenen Versicherten und führt zu einem besseren solidarischen Ausgleich der Beitragsbelastung. Mit der Einführung eines Arbeitgeberbeitrages auch für die Angestellten, die in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung freiwillig versichert sind, werden diese Angestellten den Arbeitern weitgehend versicherungsrechtlich gleichgestellt. Gleichzeitig beseitigt der Gesetzentwurf die Benachteiligung derjenigen Angestellten, die wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze nicht das Recht haben, der gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten.“*

Mit dem in Kraft treten des Gesetzes zum 1. Januar 1971 wurde das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung wie folgt fortentwickelt:



- Die Einkommensgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden auf 75 Prozent der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze erhöht und auf dieser Grundlage dynamisiert. Damit wurden künftig die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte und für die nach § 166 RVO versicherten Selbständigen, die Einkommensgrenze für diejenigen Personen, die der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 176 RVO freiwillig beitreten können, die Beitragsbemessungsgrenze und die Leistungsbemessungsgrenze jährlich der Lohn – und Gehaltsentwicklung angepaßt.
- Den Angestellten wurde der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung erleichtert.

Was die *Berufsanfänger* angeht, so wurde die Benachteiligung der Angestellten gegenüber den Arbeitern, die ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsentgelts Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung hatten, dadurch beseitigt, daß künftig die nicht versicherungspflichtigen Angestellten innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme ihrer Beschäftigung der Gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten konnten.

Aus Gründen der Gleichbehandlung wurde ein auf drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes begrenztes Recht zum freiwilligen Beitritt auch *allen* Angestellten eingeräumt, die aufgrund ihres bisherigen Berufslebens nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

- Die nicht versicherungspflichtigen Angestellten erhielten einen unabdingbaren Anspruch gegen ihre Arbeitgeber auf einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder bei einem Privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren und dort einen *der Art nach* den Leistungen der Krankenhilfe entsprechenden Krankenversicherungsschutz hatten.

*Mit dieser Regelung wurden alle Angestellten hinsichtlich der Beitragsaufbringung den Arbeitern gleichgestellt.*

Bemerkenswert ist, daß der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf empfahl, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Versi-

cherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung statt auf 75 auf mindestens 85 Prozent heraufzusetzen sei.

Der Bundestag folgte dieser Empfehlung, schrieb aber im Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz die 75 Prozent - Beitrags-bemessungsgrenze fest.

*„Die Beitragsbemessungsgrenze ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung bewußt niedriger angesetzt als in der Gesetzlichen Rentenversicherung; denn so weit die Beiträge über den Durchschnitt hinausgehen, dienen sie ausschließlich der Umverteilung, begründen also keine zusätzlichen Ansprüche. In der Gesetzlichen Rentenversicherung steigen dagegen die Rentenansprüche mit steigenden Beiträgen an (Reformkommission Soziale Marktwirtschaft, 1999, S. 12<sup>12</sup>).*

Durch weitere Gesetze wurde die Krankenversicherung dann für bestimmte Gruppen von Nicht-Arbeitnehmern geöffnet. Im einzelnen sind zu nennen:

- Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) vom 10. August 1972.
- Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen vom 7. Mai 1975.
- Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten vom 24. Juni 1975.

Diese Entwicklung erfuhr gewissermaßen ihren Abschluß durch das Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten vom 27. Juli 1981.

### **Strukturwandel der Gesellschaft und Sozialreform**

Nach dem Zusammenbruch von 1945 beruhte die Sozialversicherung immer noch auf den Prinzipien und Grundstrukturen, die für die Errichtung der „klassischen Sozialgesetzgebung“ maßgeblich waren. Seitdem hatten sich aber die soziale, wirtschaftliche und gesellschaftliche Struktur in Deutschland - wie in der ganzen westlichen Welt - grundlegend gewandelt. In Deutschland trat noch hinzu, daß die Ereignisse der unmittelbaren Nachkriegszeit manche Probleme krasser erscheinen ließen.

Es war daher naheliegend, daß schon in den ersten Jahren nach dem Zusammenbruch eine lebhafte Diskussion über eine Neuordnung des Sozialversicherungsrechts einsetzte. Wannagat zufolge entzündete sie sich damals besonders

an der Frage, ob die gegliederte Sozialversicherung erhalten bleiben oder ob eine Einheitsversicherung eingeführt werden sollte. Die Befürworter der Einheitsversicherung wiesen besonders auf das englische Vorbild (Beveridge - Plan) hin. Schließlich setzten sich die Gegner mit dem Gedanken durch, daß in der gegliederten Sozialversicherung, so wie sie bei uns in den damals siebzig Jahren ihrer Entwicklung gewachsen war, festgehalten werden sollte. Eine Änderung des Sozialrechts entsprechend den neuen Verhältnissen erschien aber immer dringender. Die äußeren Voraussetzungen für eine Neuordnung des gesamten Sozialversicherungs- oder sogar des gesamten Sozialleistungssystems überhaupt, waren aber erst gegeben als für diesen Bereich die Gesetzgebungsbefugnisse wieder an die Deutschen zurückgegeben wurden und sich die wirtschaftlichen Verhältnisse nach der Währungsreform stabilisiert hatten (Wannagat, 1965, S. 102).

Tatsächlich ist es in den 1950er und 1960er Jahren zu einer

- Neuordnung der Rentenversicherungen (1957)
- Neuregelung der gesetzlichen Unfallversicherung (1963) sowie
- Neuordnung der Arbeitslosenversicherung (1969) gekommen.

Dagegen ist die Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung zweimal gescheitert. Zum erstenmal im Jahre 1959 am Widerstand von Gewerkschaften und Ärzten gegen die Einführung der Selbstbeteiligung. Auch ein zweiter Anlauf im Jahre 1961 mit einem um Lohnfortzahlung und Kindergeld ergänzten „Sozialpaket“ erreichte wegen des Widerstands der Betroffenen, zu denen diesmal auch die Arbeitgeber aus Industrie und Handel zählten, nicht das Ziel. Dieses zweimalige Scheitern lähmte ein Vierteljahrhundert lang alle Bestrebungen, das immer reformbedürftiger werdende System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu reformieren. Zwar ist die Notwendigkeit einer Strukturreform im Gesundheitswesen anerkannt, zu einer breit angelegten Gesundheitsreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, ist es aber bisher nicht gekommen. Immerhin erfolgte Ende der achtziger Jahre eine Neukodifizierung des Rechts der Krankenversicherung.

Im Hinblick auf den Gegenstand unserer Untersuchung sind vor allem zwei Gesetze bedeutsam – und zwar

das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz, GRG ) vom 20. Dezember 1988, mit welchem u.a. die Gleichstellung

von Arbeitern und Angestellten vollendet und außerdem der *Wechsel zurück in die Gesetzliche Krankenversicherung für ältere PKV - Versicherte ausgeschlossen* wurde sowie

das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz, GSG) vom 21. Dezember 1992. Durch dieses Gesetz ist der Weg für eine *wettbewerblich geordnete* Gesetzliche Krankenversicherung geebnet worden. Die mit Abstand wichtigste Neuerung betraf die Einführung umfänglicher Kassenwahlrechte für die Versicherten, flankiert durch Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot und einen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich.

*„Erste empirische Ergebnisse nach Inkrafttreten der Wahlrechtsreform zeigen, daß die Versicherten von ihrer neuen Freiheit regen Gebrauch machen, und daß die Mitgliederwanderungen in einem außergewöhnlich hohem Maße von bestehenden Beitragsdifferenzen induziert sind. Diese Ergebnisse zeigen, daß sich die neue Wahlfreiheit in den Köpfen der GKV - Versicherten auszubreiten beginnt“ (Terhorst, 2000, S. 130<sup>13</sup>).*

### **Verklammerung der Privaten Krankenversicherung mit dem Fünften Sozialgesetzbuch**

Eine weitere Neuerung von großer Tragweite war die Neuregelung des Arbeitgeberbeitrags für die Private Krankenversicherung. Mit dem GSG ist zum 1. Januar 1993 ein neuer § 257 Abs. 2a in das Fünfte Sozialgesetzbuch eingefügt worden. Nach dieser Vorschrift ist die Zahlung des Arbeitgeberzuschusses zu den Beiträgen der nicht krankenversicherungspflichtigen Beschäftigten an fünf Voraussetzungen geknüpft:

- Kalkulation der Beiträge nach Art der Lebensversicherung (Anwartschaftsdeckungsverfahren),
- Verzicht des Versicherers auf das ordentliche Kündigungsrecht,
- Verwendung des überwiegenden Teils der Überschüsse zugunsten der Versicherungsnehmer,
- Angebot des brancheneinheitlichen Standardtarifs sowie
- Einhaltung des Spartenrenzungsprinzips.

Mit der Neuregelung des Arbeitgeberzuschusses wurde u. a. das Ziel verfolgt, die Vergleichbarkeit des privaten Vollversicherungsschutzes mit dem GKV - Schutz in bezug auf bestimmte Strukturkriterien aufrechtzuerhalten, nachdem

die aufsichtsamtliche Genehmigungspflicht für Bedingungen und Tarife aufgehoben worden war, die dies bisher sichergestellt hatte. Darüber hinaus war beabsichtigt, den Fortbestand der traditionellen Sicherheits- und Qualitätsstandards der deutschen substitutiven Privaten Krankenversicherung auch nach Inkrafttreten des Europäischen Binnenmarktes zu erhalten und durch Koppelung an das Sozialversicherungsrecht, das nicht Gegenstand der europäischen Koordinierung ist, vor fremden Zugriff zu schützen. Die zum Teil mit § 257 Abs. 2 a SGB V korrespondierenden Vorschriften des VAG und VVG zielen in dieselbe Richtung.

Durch das neue Element staatlicher Regulierung - § 257 Abs. 2 a SGB V - ist die Private Krankenversicherung also heute mit dem Sozialgesetzbuch verklammert.

Im Jahre 1993 hat der Bundesminister für Gesundheit den SVRKAiG Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, ein Sondergutachten zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung über das Jahr 2000 hinaus vorzulegen. Auf der Grundlage seiner Empfehlungen wurde eine weitere Phase der Gesundheitsreform in Gestalt des 1. und 2. Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung am 1 Juli 1997 wirksam. Die im Herbst 1998 gewählte Bundesregierung nahm eine Reihe von Regelungen dieser beiden Gesetze mit dem im Jahre 1999 wirksam gewordenen GKV -Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 zurück und beschloß ein GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999, das am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist.

### **2.2.3.2 Entwicklung der Privaten Krankenversicherung**

Im Folgenden soll die Entwicklung der Privaten Krankenversicherung in der Nachkriegszeit untersucht werden, insbesondere in ihrem Verhältnis zur Gesetzlichen Krankenversicherung.

#### **Phase der Marktverengung**

In der Krankheitskostenversicherung in der Form der Vollkostenversicherung dienen Gesetzliche und Private Krankenversicherung den gleichen Zwecken, nämlich der Sicherstellung der notwendigen medizinischen Maßnahmen im Krankheitsfall. Sie schließen sich demgemäß gegenseitig aus: Wer Anspruch

auf Krankenhilfe im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat, braucht die Private Krankheitskostenversicherung nicht mehr und umgekehrt.

Aus diesem Grunde wurde der Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung ursprünglich auf einen bestimmten Personenkreis begrenzt, nämlich die unselbständigen Erwerbstätigen: Arbeiter und Angestellte bis zu einer bestimmten Gehaltshöhe. Der Privaten Krankenversicherung verblieben demgemäß die selbständigen Erwerbstätigen und die besser verdienenden Angestellten.

Man sollte annehmen, daß damit die wirtschaftliche Stellung der Privaten Krankenversicherung, ihr „Marktanteil“, gesichert gewesen sei. Das war aber in der ersten Hälfte der Nachkriegszeit nicht der Fall. Als Folge der wirtschaftlichen Expansion stieg die Zahl der Erwerbstätigen erheblich; wenn der von der Privaten Krankenversicherung erfaßte Personenkreis gleichzeitig tendenziell zurückging, dann muß ihr „Marktanteil“ zurückgegangen sein (Marktverengung). Das wird durch die verfügbaren statistischen Unterlagen bestätigt. Der von der Privaten Krankenversicherung erfaßte Personenkreis (Versicherungsnehmer und Familienangehörige) war im Jahre 1951 rd. 13 Prozent der Gesamtbevölkerung, im Jahre 1980 (dem Tiefpunkt) nur noch rd. 7,5 Prozent. Der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung an der Gesamtbevölkerung erhöhte sich dagegen von rd. 72,5 Prozent im Jahre 1951 auf rd. 90 Prozent im Jahre 1980 (dem Höhepunkt). Im gleichen Zeitraum ging auch die Zahl der Nichtversicherten von rd. 14 Prozent auf nur noch 0,2 Prozent zurück. (Siehe Tabelle 2-3)

Diese Entwicklung kann auf drei Ursachen beruhen:

- Auf einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung,
- auf einer gesamtwirtschaftlich bedingten strukturellen Wandlung in den Beschäftigungsverhältnissen sowie
- auf Grenzverschiebungen zwischen den Arbeitsbereichen beider Institutionen

Abgesehen von dem erhöhten Sicherheitsbedürfnis, hat sich in der ersten Hälfte der Nachkriegszeit tatsächlich eine Verschiebung von der selbständigen zur unselbständigen Beschäftigung vollzogen. Ausführliches statistisches Quellenmaterial hierzu findet sich bei Hax, 1968, S.92 und Lüke, 1970, S. 42 u. 44.

Tabelle 2-3: Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in der Nachkriegszeit (1951-1999)

Jahr	Bevölkerung 1)		Versicherte d. GKV (einschl. Familienangehörige)		Versicherte d. PKV in d. Krankheitskostenversicherung		Nicht-versicherte 2)	
	in 1000	in % der Bevölkerung	in 1000	in % der Bevölkerung	in 1000	in % der Bevölkerung	in 1000	in % der Bevölkerung
<b>Früheres Bundesgebiet</b>								
1951	50.247	100,0	36.500	72,6	6.578	13,1	7.169	14,3
1955	52.213	100,0	39.100	74,9	6.431	12,3	6.682	12,8
1959	55.259	100,0	45.800	82,9	6.622	12,0	2.837	5,1
1961	56.589	100,0	48.500	85,7	6.747	11,9	1.342	2,4
1965	59.012	100,0	51.700	87,6	6.705	11,4	607	1,0
1970 <sup>3)</sup>	60.924	100,0	53.491	87,8	5.788	9,5	684	1,1
1976 <sup>3) 4)</sup>	61.542	100,0	54.834	89,1	5.231	8,5	223	0,4
1980	61.516	100,0	55.565	90,3	4.611	7,5	107	0,2
1985	60.987	100,0	54.447	89,3	5.153	8,4	216	0,4
1990	63.062	100,0	54.360	86,2	6.935	11,0	97	0,2
1995	66.064	100,0	57.211	86,6	7.049	10,7	93	0,1
1999	66.760	100,0	58.105	87,0	6.756	10,1	129	0,2
<b>Deutschland</b>								
1994	81.368	100,0	72.009	88,5	7.384	9,1	107	0,1
1995	81.570	100,0	72.156	88,5	7.382	9,0	105	0,1
1999	82.024	100,0	72.567	88,5	7.309	8,9	150	0,2
1) einschließlich West – Berlin								
2) Differenzen in den Summen wegen fehlender Spalte „Sonstiger Krankenversicherungsschutz“								
3) teilweise geschätzt;								
4) Mikrozensus-Gesetz 1975 geändert								
Quelle: Die soziale Krankenversicherung im Jahre 1951 ff., hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Abschnitt XVII, 1951 ff.; Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen, Fachserie 13 Reihe 1 Versicherte in der Kranken – und Rentenversicherung 1976, S. 52; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung Chancen auf einen höheren Wachstumspfad, JG 2000/01, S. 290.								

Da die unselbständig Beschäftigten, abgesehen von der Spitzengruppe der Angestellten, von der Gesetzlichen Krankenversicherung erfaßt werden, mußte dieser Strukturwandel zwangsläufig den „Marktanteil“ der Privaten Krankenversicherung vermindern.

Auf der anderen Seite erhöhte sich der Anteil der Angestellten an der Gesamtzahl der unselbständig Beschäftigten und es stieg das Durchschnittseinkommen. Diese strukturellen Änderungen hätten sich günstig auf die Private Krankenversicherung auswirken müssen, indem eine wachsende Zahl von Angestellten mit ihrem Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschritt. Diese Wirkung wurde aber dadurch wieder aufgehoben, daß die Strukturverschiebungen innerhalb der Erwerbsbevölkerung von der versicherungsfreien zur versicherungspflichtigen Beschäftigung weitergingen. Darüber hinaus bestanden Tendenzen, weitere bis dahin nicht erfaßte Personenkreise, z. B. die Landwirte, in die Gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Tatsächlich erfolgte dann im Jahre 1971 und in den Folgejahren die Öffnung der Krankenversicherung für bestimmte Gruppen von Nicht - Arbeitnehmern. Diese Personenkreise waren gezwungen ihre Mitgliedschaft in der Privaten Krankenversicherung aufzugeben. Damit wurde langfristig gesehen der Arbeitsbereich der Privaten Krankenversicherung weiter eingeengt.

Diese Strukturverschiebungen sind hauptursächlich für die Bestandsverluste der Privaten Krankheitskostenversicherung durch Eintritt der Versicherungspflicht.

Erst in zweiter Linie sind sie das Ergebnis von Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenze. Diese Grenze ist von Zeit zu Zeit an das erhöhte Gehaltsniveau angepaßt worden. Dabei wurden jeweils eine große Anzahl von Angestellten wieder versicherungspflichtig und schieden damit aus der Privaten Krankheitskostenversicherung aus. Im Jahre 1965 wandte man erstmals auch im Bereich der Krankenversicherung das gleiche Verfahren an, das bei der Anpassung der Versicherungspflichtgrenze in der Angestellten - Versicherung schon länger üblich war: Die in die Versicherungspflicht neu einbezogenen Angestellten, konnten sich durch Aufrechterhaltung oder Abschluß eines Vertrages über eine gleichwertige Krankheitskostenversicherung von der Versicherungspflicht



befreien („Befreiungsversicherung“)<sup>a</sup>. Nach den Feststellungen des VdPKV haben sich von den rd. 35 000 Angestellten, die bereits privatversichert waren, damals rd. 14 000, d. h. rd. 40 Prozent für die Aufrechterhaltung ihrer Privatversicherung entschieden.

Eine Verschärfung bedeutete, daß die Versicherungspflichtgrenze beginnend mit dem Jahre 1971 jährlich an die Einkommensentwicklung angepaßt wurde (Dynamisierung), womit jeweils eine große Anzahl von Angestellten wieder versicherungspflichtig wurden und damit aus der Privaten Krankheitskostenversicherung ausschieden

Unter dem Einfluß der geschilderten Faktoren hat die Private Krankenversicherung von 1951 bis 1980 mehr als 7 Mio. Versicherte an die Gesetzliche Krankenversicherung abgeben müssen. Die Abgänge setzten sich zusammen aus ehemaligen Selbständigen, die eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnahmen, aus Kindern Privatversicherter, die in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eintraten und aus Angestellten, die durch die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze versicherungspflichtig wurden. Rechnet man dazu die Abgänge durch Tod und Kündigung, so ist erklärlich, daß die Zahl der versicherten Personen in der PKV - Krankheitskostenversicherung seit 1951 tendenziell rückläufig war.

### **Phase der Markterweiterung**

Der geschilderten Phase der Marktverengung folgt ab Anfang der achtziger Jahre dann eine Phase erneuter Markterweiterung für die Private Krankheitskostenversicherung. Auf die dahinterstehenden strukturellen Wandlungen wird im Systematischen Teil näher eingegangen werden. *„Heute gehört die PKV mit einem Beitragsanteil von 14,7 vH (1996) zu den größten Versicherungszweigen in Deutschland“ (Terhorst, 2000, S. 8).*

### **Auswirkungen der Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenze auf die Private Krankheitskostenversicherung**

Für die Grenzziehung zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist insbesondere die Höhe der Versicherungspflichtgrenze von Bedeutung. Sie ist permanent heraufgesetzt worden und betrug:

---

<sup>a</sup> Vgl. Art. 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965. Vgl. auch Art. 2, Nr. 3 (§ 173 b RVO) des Lohnfortzahlungs-Gesetzes und Krankenversicherungsänderungs-Gesetzes vom 27. Juli 1969.

Tabelle 2-4: Versicherungspflichtgrenze i. d. GKV und Durchschnittsentgelt i. d. GRV

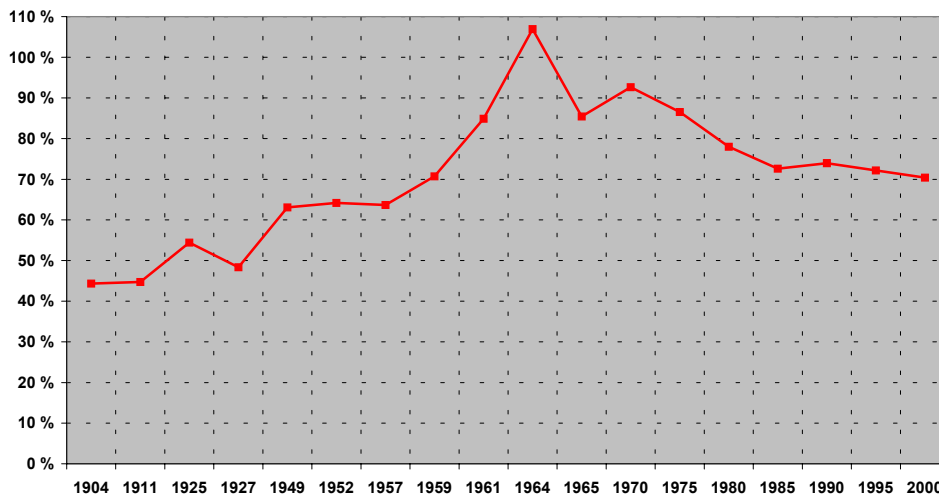
Jahr	Versicherungspflichtgrenze ( 1 )	Durchschnittl. Bruttojahres- arbeitsentgelte aller Versicherten ( 2 )	Verhältnis von ( 2 ) zu ( 1 )
	[RM/DM/€]	[RM/DM/€]	[%]
1904	2.000	887	44,35%
1911	2.500	1.119	44,76%
1925	2.700	1.469	54,41%
1927	3.600	1.742	48,39%
1949	4.500	2.838	63,07%
1952	6.000	3.852	64,20%
1957	7.920	5.043	63,67%
1959	7.920	5.602	70,73%
1961	7.920	6.723	84,89%
1964	7.920	8.467	106,91%
1965	10.800	9.229	85,45%
1969	11.800	11.839	100,33%
1970	14.400	13.343	92,66%
1975	25.000	21.808	87,23%
1980	37.800	29.485	78,00%
1985	48.600	35.286	72,60%
1990	56.700	41.946	73,98%
1995	70.200	50.665	72,17%
2000	39.574	27,872	70,43%

Quelle: Eigene Darstellung anhand der Daten von Lüke, 1970, S. 80; bma, 2000, S.115 und S.299<sup>14</sup>

Wenn man die Auswirkungen dieser Erhöhungen auf die Private Krankheitskostenversicherung erfassen will, muß man prüfen, wie sich die Einkommen des erfaßten Personenkreises in Relation zur Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer in der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt haben.

Setzt man die Durchschnittsentgelte zu der jeweiligen Versicherungspflichtgrenze in Beziehung, so ergibt sich ein Prozentsatz, der ausgehend von rd. 44 Prozent im Jahre 1904 in der Folgezeit nahezu kontinuierlich ansteigt und mit knapp 107 Prozent im Jahre 1964 seinen Maximalwert erreicht.

Abbildung 2-2: Verhältnis von Durchschnittsentgelt in der GRV zu Versicherungspflichtgrenze GKV



Quelle: Eigene Darstellung anhand der Daten von Tabelle 2-4

Ab dem Jahre 1965 sinkt diese Relation dann wieder nahezu kontinuierlich auf 70 Prozent im Jahre 1985 ab und verharrt seitdem in etwa auf diesem Niveau. Damit wird das Ausgangsniveau von 1904 auch nicht annähernd wieder erreicht.

Die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze zwischen 1904 und 1964 entspricht nicht der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelte aller Versicherten in der Gesetzlichen Rentenversicherung. So wurde im Jahre 1904 die Versicherungspflichtgrenze mehr als doppelt so hoch wie das durchschnittliche Bruttoarbeitsentgelt aller Versicherten festgesetzt.

Bis zum Jahre 1964 war die Versicherungspflichtgrenze unter die Höhe des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts in der Rentenversicherung gesunken. Durch die Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenze konnte das Vorseilen der Bruttoarbeitsentgelte vor allem seit 1949 nur kurzfristig unterbrochen werden.

Privatversicherte Angestellte, die aufgrund der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze aus der Privaten Krankenversicherung ausscheiden mußten, sind daher in der Regel nur kurzfristig der Versicherungspflicht unterworfen worden. Infolge der stärkeren Gehaltsentwicklung wuchsen sie in relativ kurzer Zeit wieder über die neue Versicherungspflichtgrenze hinaus und standen vor der Wahlentscheidung zwischen der freiwilligen Weiterversicherung in einer Ge-

setzlichen Krankenkasse oder dem Wiedereintritt in die Private Krankenversicherung.

Die Stagnation der Privaten Krankheitskosten - Vollversicherung sowie das starke Wachstum der freiwilligen Krankenversicherung sind Indizien dafür, daß in der Zeit von 1951 – 1964 von den knapp 2,90 Mio. Abgängen aus der Privaten Krankenversicherung infolge Eintritts der Versicherungspflicht der überwiegende Teil in der freiwilligen Mitgliedschaft einer Gesetzlichen Krankenkasse verblieben ist.

Im Jahre 1965 wurde die Versicherungspflichtgrenze in Anbetracht der Einkommenssteigerung (+ rd. 4 190 DM seit 1957) sogar erheblich weniger erhöht (+ 2 880 DM seit 1957) als in früheren Jahren. *„Es wurde also lediglich sichergestellt, daß der einmal erfaßte Personenkreis infolge der allgemeinen Einkommenserhöhung nicht aus dem Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus wuchs. Die Bestandsverluste der privaten Krankheitskostenversicherung durch Eintritt der Versicherungspflicht sind demzufolge in erster Linie auf die Strukturverschiebungen innerhalb der Erwerbsbevölkerung von der versicherungsfreien zur versicherungspflichtigen Beschäftigung zurückzuführen“* (Hax, 1968, S. 121).

Erst in zweiter Linie sind sie das Ergebnis von Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenze.

Seit dem Jahre 1965 übersteigt dann die Versicherungspflichtgrenze wieder das Niveau des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts in der Rentenversicherung. Durch die Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenze konnte das Vorauseilen der Bruttoarbeitsentgelte vor allem seit 1971 dauerhaft unterbrochen werden.

#### **2.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse des Historischen Teils**

Im historischen Rückblick auf die in Deutschland bestehende Exit - Option sind drei Punkte herausgearbeitet worden:

- 1) Die Untersuchung hat gezeigt, daß die praktizierten Systeme der Wahlfreiheit und des Wettbewerbs in der substitutiven Krankenversicherung in sich nicht schlüssig gewesen sind (z. B. Zwitterstellung der Ersatzkassen),
- 2) daß es demzufolge zu einer massierten Ausnutzung der Befreiungsmöglichkeit von der Zugehörigkeit zu einer Zwangskasse kam und das System des Nebeneinanders von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung zur Selbstauflösung tendierte,
- 3) daß der Gesetzgeber mit dem Ziel gleiche Startbedingungen wiederherzustellen mehrfach regulierend in den Wettbewerb eingreifen mußte.

Unbeschadet dessen ist das Verhältnis von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in der substitutiven Krankenversicherung bis in die Gegenwart durch Wettbewerbsverzerrungen gekennzeichnet.

*„Durch die Freigabe der Kassenwahl ist im gegliederten System der deutschen Krankenversicherung eine fast paradoxe Situation entstanden. Während sich in der auf dem Solidarprinzip und Umlageverfahren basierenden GKV der Wettbewerb als prioritäres Steuerungsprinzip zu etablieren beginnt, ist die äquivalenzorientierte Private Krankenversicherung (PKV) von Wahlfreiheit und Wettbewerb noch weit entfernt, obwohl sie marktwirtschaftlichen Prinzipien eigentlich näher stehen sollte“ (Terhorst, 2000, S. 1).*

## **2.3 Exkurs: Exit - Option an den internationalen Krankenversicherungsmärkten**

### **2.3.1 These und Vorgehensweise bei der Überprüfung der These**

Ziel des folgenden Exkurses soll es sein, die nachstehende These auf ihre Tragfähigkeit hin zu überprüfen: An den internationalen Krankenversicherungsmärkten sind die Bedingungen für eine Exit - Option an der Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfüllt; diese Märkte kennen daher keine solche Exit - Option und haben nie eine solche gekannt. Die deutsche Exit - Option ist demzufolge in ihrer Art einzig und einmalig (Singulareres Ereignis).

Wenn man diese These auf empirischem Wege erhärten möchte, ergeben sich Schwierigkeiten in methodischer Hinsicht.

Für unsere Untersuchung sind wesentlich nur sogenannte postindustrielle Gesellschaften, in welchen bei hohem Wohlstandsniveau ein starkes Bedürfnis der Individuen nach wirtschaftlicher und sozialer Absicherung gegen die Wechselfälle des Lebens wie Unfall, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit gegeben ist.

Gemäß diesem Auswahlkriterium sind von uns die nachstehenden Länder

- Vereinigte Staaten
- Schweiz
- Niederlande
- Frankreich
- Italien
- Spanien
- Schweden
- Großbritannien

in den Vergleich einbezogen worden

Ferner setzen wir ein ausgebautes System privater oder öffentlicher Sicherung in den von uns miteinander verglichenen Ländern voraus. Diese Systeme können bei nicht - gegliederter oder gegliederter Grundstruktur sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Bei gegliederter Grundstruktur kann der Akzent mehr auf der individuellen Selbsthilfe oder mehr auf der Staatshilfe (Bsp. Allgemeine Krankenversicherung Frankreichs) oder auf einer Mischung aus beiden (Bsp. Mischformen Schweiz, Niederlande, Deutschland) liegen. Siehe dazu ausführlich die Rahmenbedingungen der Exit - Option auf S. 13 f des Historischen Teils.

*„Es liegt die Vermutung nahe, daß der Betätigungsspielraum der privaten [...] Krankenversicherung weitgehend von dem jeweiligen Ausmaß der sozialen Sicherung durch den Staat abhängt. Je geringer diese staatliche Fürsorge ist, desto größer müßte der Spielraum für die Individualversicherung (Privatversicherung, M. M.) sein und umgekehrt“ (Hax, 1968, S. 115).* Es ist nicht die Aufgabe dieser Arbeit zu untersuchen, ob diese These bestätigt werden kann oder verworfen werden muß.

Im Gegensatz zum gegliederten System ist in einem nicht - gegliederten System die Methode der sozialen Sicherung einheitlich geregelt, so daß jede Wahlmöglichkeit zwischen Individualversicherung und Sozialversicherung entfällt. Nicht - gegliederte Systeme beruhen jeweils nur auf einem einzigen Organisationsprinzip, entweder auf dem Prinzip der Selbsthilfe unter weitgehendem Verzicht auf jeden staatlichen Eingriff (Bsp. Private Versicherungswirtschaft der Vereinigten Staaten) oder auf dem Prinzip der staatlichen Vorsorge unter weitgehendem Ausschluß von Maßnahmen der Selbsthilfe (Bsp. Nationale Gesundheitsdienste Großbritanniens, Italiens, Spaniens und Staatsbürgerversorgung Schwedens).

Auf die Motive für die Wahl eines dieser Systeme wird nachfolgend näher eingegangen werden.

Die empirische Untersuchung der Krankenversicherungsmärkte wichtiger postindustrieller Gesellschaften im Hinblick auf eine Exit - Option an der Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die eingangs aufgestellte These nachdrücklich bestätigen.

## **2.3.2 Einzelländerbetrachtung**

### **2.3.2.1 Vereinigte Staaten**

#### **2.3.2.1.1 Überblick**

Die amerikanische Bevölkerung ist nicht umfassend gegen die finanziellen Risiken im Krankheitsfall abgesichert. Die Vereinigten Staaten sind das „klassische Land“ mit einem überwiegend privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungsschutz. Etwa 80 Prozent aller Entgeltempfänger bzw. etwa 60 Prozent aller US-Amerikaner erhalten über ein Arbeitsverhältnis Zugang zu einer Versicherung gegen Krankheitskosten. Krankenversicherung durch ein auf Beschäftigung beruhendes System ist damit vorrangiger Mechanismus für die Finanzierung von Gesundheitsversorgung.

Neben der Absicherung über private Krankenversicherungspläne stehen die großen öffentlichen Programme, die als Ergänzung des Privaten Sektors betrachtet werden. Die wichtigsten sind:

- Medicare sowie
- Medicaid

Etwa 40 Mio. Amerikaner oder rd. 14 Prozent der Bevölkerung (1998) sind überhaupt nicht - noch wesentlich mehr sind unterversichert.

### **2.3.2.1.2 Historischer Hintergrund**

Die Diskussion um die soziale Absicherung bei Krankheit gelangte in der zweiten Dekade des 20. Jahrhunderts durch den Druck einer privaten Vereinigung erstmals auf die nationale Ebene. Die American Association for Labor Legislation (AALL), ein Zusammenschluß von progressiven Akademikern mit sozialstaatlicher Programmatik, plädierte erstmals für die Einführung einer auf die Arbeiterschaft und deren Familienangehörige begrenzten öffentlichen Krankenversicherung. Die Bemühungen hatten sich jedoch 1920 tot gelaufen. Mit ausschlaggebend für das Scheitern der Vorschläge war gewesen, daß keine politische Autorität existierte, die eine Kompromißlösung durchsetzen konnte, womit die Einflußmöglichkeiten verschiedener Interessengruppen erhöht wurden.

In den 1930er und 1940er Jahren erlebte die Diskussion um die soziale Versicherung neue Höhepunkte. Waren in den Anfangsjahren des New Deal die sozialpolitischen Bemühungen hauptsächlich auf das Problem der Arbeitslosigkeit gerichtet, wurden in die Diskussion um den Social Security Act von 1935 Überlegungen zur Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung einbezogen. Der Grund dafür, daß das Gesetz die Legislatur letztendlich ohne Leistungen im Krankheitsfall passierte, war im wesentlichen auf den Einfluß der Interessenvertretung der Ärzteschaft zurückzuführen.

Im Jahre 1948 brachte dann Präsident Truman eine Reform des Gesundheitswesens in seine politischen Pläne ein, womit die öffentliche Krankenversicherung erneut in greifbare Nähe gerückt schien. Aber wieder scheiterte die Reform am Widerstand organisierter Interessen.



### 2.3.2.1.3 Private Krankenversicherung 1930 und Folgejahre

Die Ausdehnung der in den 1930ern initiierten Blue Cross - und Blue Shield - Versicherungspläne, die zu einer relativ geringen Prämie eine Versicherung gegen Krankheitskosten anboten, ließen die Notwendigkeit staatlicher Eingriffe immer weniger dringlich erscheinen. Unterstützt wurde dieser Trend dadurch, daß während und kurz nach dem Zweiten Weltkrieg Lohnverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften oft darauf hinausliefen, den Arbeitnehmern statt Lohn - und Gehaltserhöhungen Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten. Denn Beiträge für betriebliche Sozialleistungen waren vom staatlich verordneten Lohnstopp ausgenommen. Diese Leistungen wurden zusätzlich staatlicherseits gefördert, insofern sie von der Umsatzsteuer abgezogen werden konnten. Die Arbeitgeber standen daher nicht nur Steuern zur Finanzierung einer öffentlichen Krankenversicherung ablehnend gegenüber, sondern fühlten sich dem entstehenden System privater Versicherung verbunden. Da die Verhandlungen um Sozialleistungen weiterhin ein Instrument der Mitgliederwerbung darstellten, zeigten auch die Gewerkschaften kein großes Interesse an einer öffentlichen Krankenversicherung. Die Ausdehnung des Systems privater Krankenversicherung über den Arbeitsplatz hinaus trug nicht nur zur Aushöhlung des Gedankens an eine nationale Regelung für die versicherten Personengruppen bei, sondern band darüber hinaus die öffentliche Verantwortung für Gesundheitsversorgung ideologisch an die nur für die Älteren zuständige Sozialversicherung und an die für die Armen zuständige wohlfahrtsstaatliche Ebene.

Zudem hatte in den 1940ern die Private Versicherungswirtschaft Rentabilität darin entdeckt, daß sie dem Mittelstand Krankenversicherungsschutz anbot, was zur Eingliederung immer größerer Teile der Bevölkerung führte.

Während der folgenden Jahre kreiste die politische Diskussion um Teilaspekte der Absicherung gegen finanzielle Krankheitskosten wie die Einführung von Medicare als Krankenversicherungsschutz für Ältere sowie Medicaid für die Bedürftigen (1965).

Das *Medicare - Programm* sichert Personen über 65 Jahren, dauerhaft Behinderten, die wohlfahrtsberechtigt sind, und Nierenkranken im Endstadium ab. Mit dem Überschreiten des 65. Lebensjahres erhalten Amerikaner unabhängig vom Einkommen Zugang zum Medicare-Programm. Die Versicherung der Zugangsberechtigten sowie die Verwaltung der Leistungen ist über eine Vielzahl privater

Versicherer geregelt, die in Vertrag mit der bundesstaatlichen Health Care Financing Administration stehen. Das Programm wird zentral aus Mitteln des Bundes und aus Selbstbeteiligungen finanziert; es soll allen rd. 36 Mio. Anspruchsberechtigten (1994) die gleichen Leistungen bieten. Der Ausschluß bestimmter Leistungen sowie die hohen Selbstbeteiligungen veranlaßten rd. 70 Prozent der Medicare - Berechtigten, private „Medigap“ - Versicherungen abzuschließen. Rd. 15 Prozent der Älteren und rd. 20 Prozent der Behinderten sind zusätzlich zu Medicare auch Medicaid - berechtigt, so daß für sie die Selbstbeteiligungen vom Medicaid - Programm getragen werden.

Das *Medicaid - Programm* zur Absicherung der Bedürftigen wird national vom Bund und den Bundesstaaten getragen, wobei auf den Bund rd. 56 Prozentanteil an den Kosten (1994) entfallen. Die Organisation erfolgt unter groben Richtlinien des Bundes, innerhalb derer den einzelnen Bundesstaaten große Spielräume gegeben sind. Medicaid ist durch einen für ein Regierungsprogramm hohen Dezentalisierungsgrad gekennzeichnet, da es von der bundesstaatlichen Health Care Financing Administration, den Gesundheitsministerien der über 50 Bundesstaaten sowie einigen Distriktsregierungen verwaltet wird. Die Bundesstaaten haben erhebliche Kontrolle über die Zulassungsvoraussetzungen sowie die Leistungen. Auf Bundesebene sind bestimmte Grundleistungen festgelegt, die von den Bundesstaaten in gewissem Umfang eingeschränkt werden, aber auch mit Maßnahmen aus einem Katalog von zusätzlichen Leistungen erweitert werden können. Die Medicaid-Programme der einzelnen Bundesstaaten weisen daher signifikante Unterschiede sowohl in der Einkommensgrenze für die Zugangsberechtigten als auch in den zur Verfügung stehenden Leistungen auf. Medicaid setzt - im Gegensatz zu Medicare - nicht zwangsläufig mit dem Vorliegen bestimmter Bedingungen ein, sondern ist an eine Antragstellung und damit verbunden strenge Bedürftigkeitsprüfung gebunden. Darüber hinaus ist der Bezug an die Kategorie der Wohlfahrtsberechtigung geknüpft: Bedürftige zwischen 21 und 64 Jahren sind nur anspruchsberechtigt, wenn sie behindert sind oder unterhaltsberechtigter Kinder haben. Lediglich 42 Prozent der Personen mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze (1994) erhalten Krankenversicherungsleistungen über dieses Programm. Die Berechtigten sind nicht in privaten Krankenversicherungsplänen eingeschrieben, sondern die Bezahlung der Leistungsanbieter erfolgt direkt durch den jeweiligen Bundesstaat. Medicaid - Patienten haben mit gewissen Einschränkungen Wahlfreiheit unter den Leistungsanbietern; da jedoch die Vergütung relativ gering und der Verwaltungsaufwand hoch ist, akzeptieren

viele Leistungsanbieter Medicaid - Patienten nur ungern oder verweigern die Behandlung ganz. Siehe dazu ausführlich Sattler, 1994, S.174 ff

*„Vor diesem geschichtlichen Hintergrund konnte sich keine Form einer gesetzlichen Krankenversicherung mit Pflichtmitgliedschaft in Körperschaften des öffentlichen Rechts und Beitragspflicht für Beschäftigte und Arbeitgeber wie in Deutschland herausbilden, sondern es hat sich ein auf die Gegebenheiten in den Vereinigten Staaten zugeschnittenes privates System entwickelt, welches bis in die 1990er lediglich geringe Veränderungen durch punktuelle Eingriffe erfahren hat. Diese waren fast ausschließlich auf Kostengesichtspunkte gerichtet“ (Sattler, 1994, S. 176 f<sup>15</sup>).*

#### **2.3.2.1.4 Reformbestrebungen – Clinton - Plan**

Anfang der 1990er gelangte das Thema Gesundheitsreform erneut auf die politische Agenda. Entscheidend dazu beigetragen hat, daß Präsident Clinton (und seine Frau Hillary Rodham Clinton) die Reform des Gesundheitswesens zu seinem innenpolitischen Hauptanliegen gemacht und den Erfolg seiner Amtszeit daran geknüpft hat.

Der Clinton - Plan basierte auf der managed competition - Theorie Alain Enthovens<sup>16</sup>. Er geht von der Annahme aus, daß ein freier Markt im Krankenversicherungssystem nicht möglich ist und die Lösung in der Einführung bestimmter Strategien, durch die ein geregelter Wettbewerb (managed competition) erreicht werden soll, liegt. Dabei soll die Krankenversicherung eine Ausgleichsfunktion zwischen den Kosten der Gesunden und Kranken sowie der ökonomisch Besser - und Schlechtergestellten haben. Mittel dazu sind sogenannte „Zwischenhändler“. Um Trittbrettfahrerverhalten auszuschließen sieht Enthoven Versicherungspflicht für alle Individuen vor.

Der Clinton - Plan wollte aufbauend auf den Gesundheitsallianzen (health alliances) als „Zwischenhändlern“ das System privater Versicherung innerhalb eines `geregeltten Wettbewerbs` korrigieren und *die Absicherung der gesamten Bevölkerung* sicher stellen.

Mit der Vorlage des Health Security Act im September 1993 hat die Clinton - Administration die Grundlage für die weitere Diskussion gelegt. Gleichzeitig wurden jedoch mehrere Reformentwürfe von Mitgliedern des Kongresses in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

Bei der Einführung von gegliederten Krankenversicherungen in anderen Ländern baute man auf bestehenden Organisationsstrukturen auf. Dieses Ziel verfolgte auch der Clinton - Plan, indem er mit dem amerikanischen System privater Versicherung mit staatlichen Regelungen für besonders schutzbedürftige Personengruppen (insbesondere Ältere und Bedürftige) weiterarbeitete, die Absicherung über den Arbeitsplatz zur Grundlage nahm und Reformen, die in privaten und öffentlichen Bereichen des Gesundheitswesens in der Entwicklung sind, auf nationaler Ebene ausbaute. Speziell auf die amerikanischen Verhältnisse zugeschnitten war auch die große Rolle, welche die Bundesstaaten in der Umsetzung des Plans haben sollten sowie die ihnen eingeräumten Freiheiten, die Reformen an ihre eigenen Gegebenheiten anzupassen.

Die Basis des Health Security Act der Clinton - Administration bildeten regionale Gesundheitsallianzen (health alliances), über die mittels Pflichtmitgliedschaft jeder Bürger Krankenversicherungsschutz erhalten sollte. Die Allianzen sollten von den Bundesstaaten unter Aufsicht des Bundes geführt werden und als „Einkaufsgruppe“ für Gesundheitsleistungen fungieren, indem sie ihren Mitgliedern eine Auswahl verschiedener Versicherungspläne privater Krankenversicherungsunternehmen anbieten sollten, die ein einheitliches Grundleistungspaket zur Verfügung stellen mußten.

Zur Finanzierung des Systems war eine Beitragspflicht vorgesehen, innerhalb derer die Arbeitgeber 80 Prozent der durchschnittlichen Prämie einer Region zu übernehmen hatten, die Arbeitnehmer den Rest. Für Selbständige, Teilzeitbeschäftigte sowie nicht in Beschäftigungsverhältnissen Stehende war vorgesehen, daß sie ihre Prämien selber tragen sollten; allerdings sollten die Ausgaben dafür vollständig steuerlich absetzbar sein. Siehe zum Clinton - Plan ausführlich Sattler, 1994, S. 191 f.

Der Clinton - Plan ist am Widerstand der organisierten Interessen (Ärzte, Pharmaindustrie, Unternehmerschaft, Private Versicherungsindustrie etc.) sowie der Reformgegner im Kongreß gescheitert.

Im Nachhinein gesehen zeigte sich, daß ein Konsens in Wirtschaft, Gesellschaft und Politik über die Notwendigkeit einer Reform nicht besteht; einzelne Mitglieder der Republikanischen Partei lenkten den Gang der Diskussion in eine andere Richtung als von Clinton beabsichtigt, indem sie eine Krise des Systems

negierten und statt dessen von Problemen sprachen, die sich durch marginale Eingriffe beheben ließen. Damit wurde deutlich, daß die Reformdiskussion stark an eine ideologische Ebene gebunden ist, auf der nicht nur die formalen Organisationsprinzipien einer Reform des Gesundheitswesens behandelt werden müssen. Vielmehr ist vor der Verabschiedung einer Reform die grundlegende Frage zu klären, ob der Schutz vor den finanziellen Folgen der Krankheit ein Recht für die gesamte Bevölkerung und damit den Staatsaufgaben zuzurechnen ist, oder ob die Vorsorge dafür in die Verantwortung des Einzelnen fällt. Damit verbunden ist auch, ob es zu einem Lastenausgleich zwischen Jüngeren und Älteren sowie Familien mit Kindern und Alleinstehenden kommen soll. Diese ungeklärten Fragen zusammen mit der angenommenen Abneigung der Bevölkerung gegen die Ausdehnung der Regierungsmacht führte dazu, daß solche Wertvorstellungen Einfluß auf den politischen Entscheidungsprozeß nahmen.

Für die Zukunft ergibt sich eine Fortführung der seit dem Zweiten Weltkrieg in den Vereinigten Staaten betriebenen Gesundheitspolitik, die von amerikanischen Gesundheitswissenschaftlern wie folgt umschrieben wird: „... *a political stalemate to support halfway competitive markets and to produce ineffective regulation in medical care*“ (Altman/Rodwin, 1988, S. 337<sup>17</sup>).

#### **Fazit:**

Für die Exit - Option bzw. Versicherungspflichtgrenze fehlt es im privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungsschutz der Vereinigten Staaten an den erforderlichen Voraussetzungen; daher ist eine Exit - Option bzw. Versicherungspflichtgrenze im amerikanischen Krankenversicherungssystem unbekannt.

### **2.3.2.2 Schweiz**

#### **2.3.2.2.1 Überblick**

Die Schweiz galt über viele Jahrzehnte hin als die europäische USA.

Gegenwärtig sind alle in der Schweiz wohnenden Personen obligatorisch in der sozialen Krankenversicherung versichert, durch die ein verbindlicher Grundleistungskatalog abgesichert ist. Für darüber hinausgehende frei wählbare Zusatz - oder Ergänzungsleistungen sind zusätzliche Verträge mit Wahlтарифen

mit den gesetzlichen oder privaten Krankenversicherern abzuschließen. Aufgrund dieser Gegebenheiten ist die Grundversicherung in der Schweiz ein Monopol der Krankenkassen. Im Bereich der Zusatz - oder Ergänzungsleistungen müssen sich diese Kassen den Markt jedoch mit den Privaten Versicherungen teilen.

#### **2.3.2.2 Historischer Hintergrund**

Das Scheitern früherer mehr *staatssozialistischer* Gesetzesvorhaben (Lex Forrer) Anfang des 20. Jahrhunderts bedeutete zugleich die Ablehnung des „deutschen Modells“ von Versicherungspflicht und Pflichtkassen.

Das Krankenkassenwesen in der Schweiz wurde dagegen mit dem Bundesgesetz von 1911 reformiert. Den bestehenden Hilfskassen wurde im Kranken - und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) - die Möglichkeit eingeräumt, mittels Registrierung als juristische Person anerkannt zu werden und, was für sie noch wichtiger war, in den Genuß von Bundessubventionen zu kommen. Voraussetzung der Registrierung als anerkannte Krankenkasse war die Einhaltung bestimmter Auflagen, die eine gewisse Freizügigkeit beim Kassenwechsel, die Gleichbehandlung von Mann und Frau sowie ein Mindestniveau an Leistungen sicherstellen sollten.

Mit der staatlichen Subventionierung wurden die Kassen verpflichtet, jeden Antrag aller Schweizer Bürger als Kassenmitglieder zu akzeptieren (Kontrahierungszwang). Entsprechend mußte eine Kasse chronisch Kranke aufnehmen, hatte jedoch die Möglichkeit, einen auf fünf Jahre begrenzten „Versicherungsvorbehalt“ auszusprechen, der sie in dieser Zeit von der Leistungspflicht für die Krankheit entband. Für alle übrigen Krankheiten galt jedoch der Versicherungsschutz.

Die Möglichkeit zur Einführung der Pflichtversicherung (Obligatorium) wurde hingegen vom Bund nicht wahrgenommen, sondern an die Kantone delegiert und in deren Ermessen gestellt.

Die Kantone haben von dem Ermessensspielraum, den ihnen das KUVG von 1911 eingeräumt hat, bis zur Reform im Jahre 1996 in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht.

- Eine Minderheit von vier Kantonen sah überhaupt kein Obligatorium vor.

- In sechs Kantonen wurde die Ermächtigung zur Einführung des Obligatoriums an die Gemeinden delegiert, von diesen aber davon nicht immer Gebrauch gemacht. Dort, wo eine kantonale oder kommunale Versicherungspflicht eingeführt worden ist, wurden meist bestimmte Bevölkerungsgruppen von ihr erfaßt, insbesondere Einkommensschwache und ausländische Arbeitnehmer.
- Ein Vollobligatorium für alle Kantonseinwohner kannten nur vier Kantone.

Staatlich subventionierte Beiträge und erleichterte Beitrittsbedingungen bewirkten seit dem Inkrafttreten des KUVG im Jahre 1911 einen ständigen Anstieg der Versichertenzahlen. Im Jahre 1990 gehörten schließlich rd. 99,5 Prozent der Bevölkerung der sozialen Krankenversicherung an. Mit dem ständigen Anstieg der Versichertenzahlen ist die Grundversicherung zum Monopol der anerkannten Krankenkassen geworden. Im Bereich der Krankengeldversicherung müssen diese Kassen sich den Markt jedoch mit den Privaten Versicherungen teilen. Im Vergleich zu den ca. 80 Prozent Pflichtversicherten in der Bundesrepublik Deutschland lag der Anteil von ca. 35 Prozent Pflichtversicherten im Jahre 1990 in der Schweiz sehr niedrig.

Das schweizerische Gesundheitssystem speiste sich bis zur Reform im Jahre 1996 aus drei zentralen Finanzierungsquellen, die zu je einem Drittel die Mittel aufbrachten: Die Sozialversicherung, der Staat und die Privaten. Unter den Sozialversicherungen waren es die anerkannten Krankenkassen, die mit über 90 Prozent die Hauptlast der Ausgaben für das Gesundheitswesen trugen. Jedes Mitglied einer anerkannten Kasse mußte einen bestimmten monatlichen Pro – Kopf - Beitrag für seine Krankenversicherung entrichten. Die Höhe des Beitrags hing ab vom Eintrittsalter und Geschlecht.

„Das Bundesgesetz von 1911 stellte ein liberales Rahmen - und Subventionsgesetz dar (*Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 185 f.*<sup>18</sup>)

Bei der Reform des Krankenkassenwesens von 1911 ließ der Gesetzgeber die Hilfskassen in ihrer gewachsenen Struktur unangetastet und es entwickelte sich ein auf die Gegebenheiten der Schweiz zugeschnittenes staatlich gefördertes privates System, welches bis in die 1990er Jahre keinen grundlegenden Veränderungen unterworfen wurde.

### 2.3.2.2.3 Reform von 1996

Die Schweiz schuf im Jahre 1996 mit einer umfassenden Reform ein *wettbewerbsorientiertes* Gesundheitswesen.

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) trat im Jahre 1996 in Kraft. Damit wurde eine (bis dahin nicht gegebene) Versicherungspflicht für die gesamte erwerbs- und nicht erwerbstätige schweizerische Bevölkerung eingeführt. Es wird zwischen einer Grundsicherung und der Zusatzversicherung unterschieden, wobei die Versicherer getrennte Kostenrechnungen führen müssen, um Quersubventionierung zu verhindern. Die Grundsicherung umfaßt im Kern die ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel, Analysen sowie die Inanspruchnahme medizinischer Hilfspersonen. Nach den Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) besteht für die erwerbstätige Bevölkerung eine Unfallversicherungspflicht. Die Unfallversicherung bildet einen eigenen Sozialversicherungszweig. Die nicht erwerbstätige Bevölkerung ist ebenfalls obligatorisch unfallversichert, die gesetzliche Grundlage ist in diesem Fall jedoch das KVG. Soweit keine obligatorische Unfallversicherung gemäß UVG besteht, gilt das Prinzip einer subsidiären Unfaldeckung durch die Krankenkassen.

Zahnarztbehandlungen gehen grundsätzlich zu Lasten der Individuen, sind also von Ausnahmen abgesehen nicht im Grundsicherungskatalog eingeschlossen.

Das KVG benennt zwei Formen der Selbstbeteiligung. Die eine ist die sog. Franchise, ein wählbarer Betrag, der von den Versicherten pro Kalenderjahr selbst aufgebracht werden muß, bevor ein Leistungsanspruch an die Krankenkasse geltend gemacht werden kann. Die andere Form ist der Selbstbehalt, dieser beträgt 10 Prozent der Arztrechnungen im Falle ambulanter Behandlungen. Im Bereich der stationären Versorgung gibt es keine prozentuale Beteiligung, sondern ein pro Kalenderjahr festgelegtes Selbstbeteiligungsmaximum.

Die Finanzierung der Grundversicherung erfolgt durch ein System von Kopfprämien, die weder nach Geschlecht noch Alter oder Eintrittsalter differenziert werden dürfen, sondern für Erwachsene identisch sein müssen. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gibt es nicht; Kinder sind ebenfalls prämienpflichtig. Die Versicherungseinrichtungen werden gegenüber dem Status - quo nicht mehr direkt subventioniert. Personen in wirtschaftlich



ungünstigen Verhältnissen haben jedoch Anspruch auf Prämienverbilligungsanträge des Kantons bzw. des Bundes.

Die Versicherten haben das Recht der freien und unbeschränkten Kassenwahl, die Kassen sind kontrahierungspflichtig. Zur Teilkompensation ungünstiger Risikostrukturen der einzelnen Kassen wurde ein Risikostrukturausgleichsfonds eingerichtet, wobei nach den beiden Risikofaktoren Alter und Geschlecht kompensiert wird. Dieser Ausgleichsfonds ist zunächst auf zehn Jahre befristet.

Auch in der neuen gesetzlichen Rahmenordnung ist ein fortschreitendes Kostenwachstum festzustellen.

*„Trotz eines starken Konzentrationsprozesses auf dem Versicherungsmarkt, der bereits seit mehreren Jahrzehnten zu beobachten ist, wird die Wettbewerbsintensität als relativ hoch angesehen. Bisher waren keine Wettbewerbsabreden festzustellen, die zu wesentlichen Beeinträchtigungen geführt haben. Auch konnten keine Mißbräuche marktbeherrschender Stellungen beanstandet werden. Vielmehr ist zu konstatieren, daß die Kassentreue der Versicherten mehr und mehr nachläßt und die Versicherungen eine Vielzahl innovativer Produkte anbieten“ (Monopolkommission, 1998, S. 345 <sup>19</sup>).*

#### **Fazit:**

*„Die Schweizerische Krankenkasse kennt keine Versicherungspflichtgrenze und hat nie eine solche gekannt. (Damit fehlt die Voraussetzung für eine Exit - Option an einer derartigen Grenze, M.M.). Wir kennen in der Schweiz nur den Kopf - Beitrag, also pro Person, unabhängig vom Einkommen“ (Curdin Duriet, Schweizerisches Generalkonsulat, München).*

### **2.3.2.3 Niederlande <sup>a20</sup>**

#### **2.3.2.3.1 Überblick**

Kennzeichnend für das niederländische System der Gesundheitsversorgung ist der Finanzierungsmix aus öffentlich - rechtlicher und privater Finanzierung. Nach den Vereinigten Staaten haben die Niederlande den größten Anteil an

---

<sup>a</sup> Informationsquelle waren Informationsunterlagen der Königlich Niederländischen Botschaft und Informationen aus dem Internet

privaten Krankenversicherungen. Knapp zwei Drittel der Bevölkerung sind auf Basis des Krankenkassengesetzes (ZfW) bei einer Krankenkasse für sogenannte akute medizinische Behandlung versichert, knapp ein Drittel haben auf freiwilliger Basis eine private Krankenversicherung abgeschlossen und der Rest ist kraft einer öffentlich - rechtlichen Regelung krankenversichert. Darüber hinaus bietet das Allgemeine Gesetz Besondere Krankheitskosten (AWBZ) allen Einwohnern Absicherung für kostspielige und langwierige medizinische Betreuung. Insgesamt decken diese Versicherungen über 85 Prozent der Kosten der Gesundheitsversorgung. Der Anteil staatlicher Mittel liegt unter 10 Prozent und 7 Prozent werden von Patienten und Nutzern direkt bezahlt.

#### **2.3.2.3.2 Historischer Hintergrund**

Genau wie in den anderen westeuropäischen Ländern gibt es in den Niederlanden eine lange Tradition der Betreuung und Versorgung durch freiwillige Organisationen auf örtlicher und regionaler Ebene. Der weitaus größte Teil der Krankenhäuser und anderen medizinischen Einrichtungen in den Niederlanden ist nach wie vor in privater Hand, im Besitz oder unter der Verwaltung gemeinnütziger Organisationen. Diese private Tradition wurde nicht - wie in Großbritannien - von der Verstaatlichung des Gesundheitswesens durchbrochen.

Erst während des Zweiten Weltkriegs griff der Staat im großen Maßstab in das Gesundheitswesen ein. Den Anfang machte der Krankenkassenerlass aus dem Jahre 1941, der nach dem Krieg in das Krankenkassengesetz umgewandelt wurde. Im Zuge des Wiederaufbaus in den Nachkriegsjahren und der Entwicklung des modernen Wohlfahrtsstaates wurde die Krankenversicherung ständig erweitert. Die Leistungsansprüche und der Kreis der Versicherten gemäß dem Krankenkassengesetz gestalteten sich immer umfangreicher und die Zahl der Privatversicherten nahm stetig zu. Die Krankenkassen behielten aber ihren selbständigen Status bei. Im Jahre 1968 trat dann das Allgemeine Gesetz Besondere Krankheitskosten (AWBZ) in Kraft. Das bedeutete eine wachsende Kollektivierung der Finanzierung medizinischer und verwandter Dienstleistungen. Damit stieg auch das Interesse des Staates an der Verwaltung der Ausgaben, was zu einer umfassenden Regulierung der Versicherungen, des Umfangs, der Verteilung der Einrichtungen sowie der Preise und Tarife im Gesundheitswesen führte. Die Kollektivierung der Finanzierung ging jedoch nicht mit einer Kollektivierung des Leistungsangebots oder der Durchführung der Versicherungen einher.

In den 1970er und 1980er Jahren wurden verschiedene Versuche unternommen, um die Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung strukturell zu vereinfachen. Im Jahre 1974 schlug der damalige Staatssekretär im Gesundheitsministerium Hendriks vor, die vorhandenen Versicherungen in eine breite Volksversicherung für die gesamte Bevölkerung mit einer Deckung für medizinische Behandlungen und die Pflege bei chronischen Erkrankungen zu integrieren. Er sprach sich darüber hinaus für eine umfassende Einbeziehung der Provinzialbehörden bei der Maßnahmenplanung und der Budget- und Tarifverwaltung aus. Nach einigen Jahren wurden die neuen gesetzlichen Regelungen für die Preisbildung und die Maßnahmenplanung eingeführt. Es stellte sich jedoch heraus, daß für die Einführung einer breiten Volksversicherung gegen Krankheitskosten die nötige Unterstützung fehlte. Zwölf Jahre später präsentierte die Kommission Dekker ihren Bericht, der ebenfalls eine Integration der Sozial- und Privatversicherungen enthielt. Aber im Hinblick auf die Verwaltung legte die Kommission ein ganz anderes Modell, das einer „funktionellen Dezentralisierung“, vor. Die Kommission wollte Verbrauchern und Versicherungen eine stärkere Position verleihen und schlug eine Verschiebung der Befugnisse und finanziellen Risiken vom kollektiven System zum einzelnen Versicherungsträger vor. Die Versicherten sollten die Möglichkeit erhalten, sich bei einer Krankenkasse ihrer Wahl zu versichern.

Für die Versicherungen sah dieses Modell ein Budget auf der Basis objektiver Verteilungskriterien mit einer Form der Kompensation für hohe Kosten bestimmter Versicherter vor. Dieses Budget zuzüglich der Einnahmen aus den nominalen Beiträgen, die jede Versicherung selbständig festlegen sollte, war für den Abschluß der erforderlichen Verträge mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens gedacht. Mit der Deregulierung der bestehenden Gesetzgebung sollte eine Vergrößerung des Verhandlungsspielraums von Versicherungen und Leistungsanbietern erreicht werden. Zwischen 1989 und 1993 wurden verschiedene Vorschläge der Kommission Dekker umgesetzt. Krankenkassenversicherte können sich heute ihre Versicherung selbst aussuchen. Sie bezahlen neben den einkommensabhängigen Beiträgen auch einen nominalen Beitrag. Nachdem man den Versicherungen die Möglichkeit eingeräumt hatte, die Grenzen ihres Geschäftsgebietes selbst festzusetzen, entschieden sich alle für eine Ausdehnung ihrer Aktivitäten über das ganze Land.

Im Jahre 1994 beschloß dann die neue Regierungskoalition, die weitere Umsetzung der Pläne gemäß den Vorschlägen der Kommission Dekker zu stoppen. Ihr Kurs zielte auf allmähliche Angleichungen und Verbesserungen

*innerhalb* des bisherigen Systems ab. Dieser Politik folgte auch das im Jahre 1998 gebildete Kabinett. In der Regierungsvereinbarung aus dem Jahre 1998 wird zwischen drei Teilbereichen in der Gesundheitsversorgung unterschieden. Das Versicherungssystem wird in drei Finanzierungssegmente eingeteilt, die im wesentlichen der Dreiteilung der Gesundheitsversorgung entsprechen:

- (1) Akute medizinische Behandlungen, die über das Krankenkassengesetz (ZFW), Privatversicherungen und öffentlich rechtliche Regelungen für Beamte finanziert werden.
- (2) Kostspielige, nicht zu versichernde und langwierige Krankheiten, die durch das Allgemeine Gesetz Besondere Krankheitskosten (AWBZ) abgedeckt werden.
- (3) Die übrigen, nicht zu den ersten beiden Teilbereichen gehörenden Versorgungsleistungen.

#### **2.3.2.3.3 Akute medizinische Behandlungen**

Nach dem Krankenkassengesetz (ZFW) kann Krankenhausaufnahme, medizinische und begrenzte zahnmedizinische sowie heilhilfsberufliche Hilfe beansprucht werden. Für manche Leistungen gelten Eigenanteile.

Arbeitnehmer mit einem vertraglich festgesetzten festen Lohn unter € 29 314 jährlich (die sogenannte *Versicherungspflichtgrenze*) und die meisten Personen, die eine Sozialleistung beziehen, sind pflichtversichert. Für die Prüfung an der Versicherungspflichtgrenze müssen alle Einkommen, über die Krankenkassenbeiträge zu bezahlen sind, zusammengezählt werden. *Mit dem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze ist auch das Ausscheiden aus der Gesetzlichen Krankenversicherung verbunden<sup>a</sup>.*

Seit dem 1. Januar 2000 sind - unter bestimmten Bedingungen - auch selbständige Unternehmer mit einem zu versteuernden Einkommen von weniger als € 18 696 jährlich versichert. Aber der selbständige Unternehmer, der über dieser Versicherungspflichtgrenze liegt, hat keine Möglichkeit mehr, Mitglied der Krankenkasse zu werden, auch nicht als Mitversicherter. Im allgemeinen können Familienangehörige mitversichert sein.

---

<sup>a</sup> VdPKV Pressemitteilung vom 15. Juni 2001

Personen, die 65 Jahre oder älter sind, sind aufgrund des Krankenkassengesetzes versichert, wenn sie am letzten Tag vor dem Monat in dem sie das 65. Lebensjahr erreicht haben, bei einer Krankenkasse versichert waren und dies auch drei von fünf Jahren davor waren.

Personen, die bei Erreichen des 65. Lebensjahres *privat* versichert sind und ein zu versteuerndes (Familien-) Einkommen von weniger als € 18 650 jährlich beziehen, können in die Krankenversicherung aufgenommen werden.

Um Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können, muß sich ein Versicherter bei einer Krankenkasse einschreiben lassen. dabei geht es um einen reinen Verwaltungsakt. Krankenkassenversicherte können sich bei einer Krankenkasse ihrer Wahl anmelden. Ausnahmen bestehen für einige Personengruppen (z. B. Seeleute).

Der Arbeitnehmer bezahlt 1,75 Prozent des Lohnes als Krankenversicherungsbeitrag, der Arbeitgeber 6,35 Prozent. Pflichtversicherte Sozialleistungsempfänger bezahlen wie Arbeitnehmer 1,55 Prozent. Beiträge werden von höchstens € 25 366 jährlich erhoben. Selbständige müssen Beiträge von höchstens € 18 696 jährlich zahlen.

Rentner bezahlen für die AOW - Altersrente 8,1 Prozent Krankenkassenbeitrag. Für die anderen beitragspflichtigen Teile des Einkommens (Einkommen aus oder im Zusammenhang mit Arbeit in der Wirtschaft oder im Erwerbsleben) beträgt der Beitragssatz 6,1 Prozent.

Neben dem prozentualen Beitrag ist für jeden Haupt- und Mitversicherten von 18 Jahren und älter noch der Nominalbeitrag in Form eines Festbetrages pro Monat zu zahlen. Dieser kann pro Krankenkasse unterschiedlich sein.

Die Kosten der Versicherung nach dem Krankenkassengesetz werden ferner durch jährliche staatliche Zuschüsse sowie durch Beiträge im Rahmen des Gesetzes zur Mitfinanzierung der Überrepräsentation von Senioren in den Krankenkassen (MOOZ) gedeckt. Gemäß diesem Gesetz müssen sich die Privaten Versicherungen an den Kosten der Krankenkassen -Pflichtversicherung beteiligen, solange Senioren in den Krankenkassen überrepräsentiert sind (Risikostrukturausgleich zwischen Krankenkassen und Privaten Versicherungen)

#### **2.3.2.3.4 Gesetz über den Zugang zur Krankenversicherung**

Nach der Abschaffung der Alterskrankenversicherung und der freiwilligen Krankenkassenversicherung im Jahre 1986 waren einige Personengruppen, die früher zu diesen Versicherungen zugelassen werden konnten, auf die Privaten Versicherungen angewiesen. Um den Zugang zur Krankenversicherung zu garantieren, wurden die Privaten Krankenversicherungen verpflichtet, in ihr Angebot eine bestimmte Versicherung, die sogenannte WTZ – Standardversicherung aufzunehmen, für die gesetzliche Vorschriften in bezug auf die Aufnahmepflicht, den Deckungsumfang und die Beitragshöhe erlassen wurden.

Gesetzliche Voraussetzung für die Umsetzung der Aufnahme in die Standardversicherung ist das Zustandekommen eines privatrechtlichen Versicherungsvertrags zwischen Versicherungsträger und Versicherten. Die Zulassung zur Standardversicherung ist von der Erfüllung gesetzlich geregelter Aufnahmekriterien abhängig. Personen, die den gesetzlichen Aufnahmekriterien genügen und eine Standardversicherung abschließen wollen, müssen sich innerhalb von vier Monaten nach dem Zeitpunkt, zu dem die entsprechenden gesetzlichen Bedingungen erfüllt sind, an eine in den Niederlanden tätige Private Krankenversicherung wenden.

Im Gegensatz zur Krankenkassenversicherung gibt es bei der Standardversicherung kein System der Mitversicherung. Die Standardversicherung ist eine Individualversicherung.

Die wichtigsten Finanzquellen zur Deckung der Kosten im Rahmen der Standardversicherung sind die Beiträge der Versicherten und der sogenannte WTZ - Umlagebeitrag (Risikostrukturausgleich zwischen Privaten Versicherungen).

#### **2.3.2.3.5 Besondere Krankheitskosten**

Erhebliche medizinische Risiken, die nicht über die Krankenkasse oder die private Krankenversicherung gedeckt sind, werden nach den Bestimmungen des Allgemeinen Gesetzes Besondere Krankheitskosten (AWBZ) versichert. Dabei geht es um Krankenhauspflege und Rehabilitationsmaßnahmen ab dem 366. Tag und um eine Vielzahl weiterer Formen (etwa langfristige Behandlung und Pflege für Behinderte mit angeborenen schweren Gebrechen körperlicher oder geistiger Art sowie für psychiatrische Patienten).

Da das Krankheitsrisiko, d. h. die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, nicht sehr groß ist, die Kosten im Eintrittsfall aber von kaum jemandem getragen werden können, bürgerte sich der Ausdruck „Besondere Krankheitskosten“ ein.

Die AWBZ-Versicherung ist eine Volksversicherung.

Voraussetzung für den Anspruch auf Gesundheitsversorgung ist die Einschreibung bei einem der AWBZ - Durchführungsorgane. Die Durchführung der AWBZ obliegt den Krankenkassen, den privaten Krankenversicherungen und den Organen der öffentlich - rechtlichen Krankheitskostenregelung für Beamte.

Die AWBZ - Versicherung wird aus den Beiträgen und Selbstbeteiligungen der Versicherten finanziert. Die AWBZ - Beiträge werden gemeinsam mit den Beiträgen für die anderen Volksversicherungen mit der Einkommenssteuer abgeführt. Der Staat legt jährlich den Prozentsatz des AWBZ - Beitrags fest, der maximal über das steuerpflichtige Einkommen der ersten Progressionsstufe der Lohnsteuer erhoben wird. Bei Arbeitnehmern wird der prozentuale Beitrag vom Arbeitgeber einbehalten und an das Finanzamt abgeführt.

Nach den obigen Ausführungen über die Gesetzliche Krankenversicherung ergibt sich für die Private Krankenversicherung in den Niederlanden ein Versichertenpotential von rd. 40 Prozent. Darunter fallen Arbeitnehmer, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, Selbständige und Beamte. Bemerkenswert ist, daß diese Personenkreise *ausschließlich* auf Private Krankenversicherungen zurückgreifen müssen, da eine freiwillige Mitgliedschaft in den Gesetzlichen Kassen für sie nicht möglich ist.

#### **2.3.2.3.6 Reformbestrebungen**

Ungeachtet des aktuellen Kurses der allmählichen Angleichungen und Verbesserungen *innerhalb* des bisherigen Systems ist bezüglich einer Reform des Krankenversicherungssystems noch nicht das letzte Wort gesprochen. Das Parlament hat in den letzten Jahren wiederholt eine Überprüfung der Möglichkeiten für eine auf dem Einkommen basierende Versicherung gefordert. Gemäß der Regierungsvereinbarung aus dem Jahre 1998 wird das Kabinett überprüfen, ob aufgrund des zunehmenden Drucks der Alterung der Bevölkerung und der internationalen Entwicklungen weiterreichende Anpassungen bei der Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung erforderlich sind. Im Jahre 1999 und im Jahre 2000 haben verschiedene Beratungsgremien

und Forschungseinrichtungen Berichte zu spezifischen Themen erstellt. Die Ergebnisse dieser Arbeiten dienen als Bausteine für den Kabinettsstandpunkt zu möglichen Strukturveränderungen *innerhalb* des Systems.

**Fazit:**

Das niederländische Gesundheitssystem kennt keine Exit - Option in der Gesetzlichen Krankenversicherung; vielmehr gibt es einen Exit - Zwang aus der Gesetzlichen Krankenkasse auszuschneiden, wenn die Versicherungspflichtgrenze überschritten wird.

### **2.3.2.4 Frankreich**

#### **2.3.2.4.1 Überblick**

Die wesentliche Bestandteile des französischen Krankenversicherungssystems sind die beitragsfinanzierte Sozialversicherung (Sécurité sociale) mit Grundversorgungscharakter sowie die privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungen mit privaten Zusatzleistungen.

Für praktisch die gesamte französische Bevölkerung besteht ein umfassender Versicherungsschutz. Heute gehören mehr als 99 Prozent der französischen Bevölkerung der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Ungeachtet der fast vollständigen Ausdehnung der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Privatversicherung in Frankreich keineswegs an Bedeutung verloren.

#### **2.3.2.4.2 Historischer Hintergrund**

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde nach langen parlamentarischen Auseinandersetzungen im Jahre 1930 in Frankreich eingeführt.

Die neue Regelung unterwarf die Industriearbeiter und die Arbeiter in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben unterhalb einer Einkommensgrenze (15 000 FF) der Versicherungspflicht und sah Geld- und Sachleistungen für die Versicherten und ihre Familienangehörigen vor.

Vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges war knapp die Hälfte der französischen Erwerbstätigen Mitglied der obligatorischen Krankenversicherung.



Die nationale Solidarität im Zeichen des Krieges und der Besetzung ebnete - Alber/Bernardi - Schenkluhn zufolge - dann den Weg für weitergehende Reformen. Noch während des Krieges entwickelte der Conseil National de la Résistance in seinem Wirtschafts- und Sozialprogramm das Konzept einer umfassenden „Sécurité sociale“ für alle Staatsbürger. Dazu kam es aber nur schrittweise und mit großer Verzögerung.

Anders als in England wurde nach dem Krieg am Konzept einer beitragsfinanzierten Sozialversicherung ohne direkte staatliche Beteiligung festgehalten. Eine Serie von Gesetzen und Verordnungen der Jahre 1945 und 1946 hoben zunächst die Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer auf und sahen überdies die Generalisierung und Vereinheitlichung der verschiedenen berufsbezogenen Systeme vor. Dazu ist es aber aufgrund der ideologischen Zerstrittenheit der Parteien sowie des Widerstands der Betroffenen, die auf Besitzstandswahrung bedacht waren, nicht gekommen.

Der weitere Ausbau der sozialen Sicherung vollzog sich erst in den 1960er Jahren. In der 5. Republik wurde die Krankenversicherungspflicht auf die Selbständigen in der Landwirtschaft (1961), auf Selbständige in Industrie und Handel sowie auf Freiberufler (1966) ausgedehnt (Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 328 f).

Ein umfassender Versicherungsschutz für praktisch die gesamte französische Bevölkerung besteht, seit das Generalisierungsgesetz vom 2. Januar 1978 bis dahin nicht versicherungspflichtigen Personenkreisen den freiwilligen Beitritt zur GKV eröffnete. Heute gehören daher mehr als 99 Prozent der französischen Bevölkerung der GKV an. Ungeachtet der fast vollständigen Ausdehnung der GKV hat - in der Einschätzung Alber/Bernardi - Schenkluhns - die Privatversicherung in Frankreich keineswegs an Bedeutung verloren. Schätzungen zufolge haben gut 10 Mio. Franzosen, entsprechend rund 20 Prozent der Bevölkerung, eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Knapp die Hälfte der gesetzlich Versicherten ist bei den freiwilligen Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit (mutuelles) zusatzversichert, um die private Zahlung der Selbstbeteiligung zu vermeiden. (Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 350).

Die Gesundheitsleistungen Frankreichs werden ähnlich wie in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert:

- Auf Sozialversicherungsbeiträge entfallen rund drei Viertel aller Gesundheitsausgaben,
- auf Steuern unter 5 Prozent,
- auf Ausgaben der privaten Haushalte in Form direkter Käufe über 5 Prozent,
- auf die Selbstbeteiligung im Rahmen der GKV rund 15 Prozent

Der staatliche Finanzierungsanteil ist gering und trotz der Erschließung zusätzlicher Steuern rückläufig. Zunehmende Bedeutung erlangt im Rahmen der verschärften Selbstbeteiligungsregelung die private Finanzierung.

Das *Allgemeine System der Krankenversicherung* und die *Sondersysteme* finanzieren sich in unterschiedlicher Weise.

Das *Allgemeine System der Krankenversicherung* wird durch Beiträge der Arbeitgeber, der Versicherten sowie durch die als „ticket modérateur“ bezeichnete Selbstbeteiligung der Patienten finanziert. Beim internationalen Vergleich der Beitragssätze ist zu beachten, daß die französische Krankenversicherung auch die Risiken Mutterschaft, Tod (Sterbegeld) und Invalidität abdeckt. Die Beitragssätze erreichen daher trotz der privaten Kostenbeteiligung der Versicherten ein vergleichsweise hohes Niveau. Der Beitragsbemessung werden die Bruttoeinkommen zugrunde gelegt, bis Anfang der 1980er jedoch nur bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze. An dieser Grenze bestand eine Wahlmöglichkeit der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben oder aus ihr auszuscheiden (*Exit - Option*). Die Beitragsbemessungsgrenze wurde für Arbeitnehmer zum 1. Januar 1980 und für Arbeitgeber zum 1. Januar 1984 aufgehoben. Zuletzt - 1983 - hatte sie 88 920 FF betragen. Seitdem kennt die französische GKV keine Beitragsbemessungsgrenze und keine *Exit - Option* mehr. Zwischen 1970 bis 1990 sind die Beitragssätze kräftig gestiegen, wobei die etappenweise Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze einen exakten Vergleich über die Zeit erschwert. Die Arbeitgeber steuerten gut zwei Drittel, die Arbeitnehmer knapp ein Drittel der Beitragssumme bei.

Die *Sondersysteme* unterliegen anderen Finanzierungsregeln mit deutlich niedrigeren Beitragssätzen. So wird die Krankenversicherung der Landwirte zu 75 Prozent aus allgemeinen Steuern finanziert. Eventuelle Defizite der Sondersysteme werden vom allgemeinen System übernommen. Empfänger be-

stimmter staatlicher Transferleistungen unterliegen seit dem Jahre 1979 der Beitragspflicht zur Krankenversicherung.

#### **2.3.2.4.3 Reform der GKV**

Seit 1987 wird eine Reform der GKV vorbereitet. Eine Expertenkommission erhielt die Aufgabe, eine grundlegende Analyse des Sozialversicherungssystems und Gesundheitswesens vorzunehmen. Ziel war es, gegenüber den etablierten Interessengruppen die Entschlossenheit der konservativen Regierung zu demonstrieren, größere Strukturreformen in die Wege zu leiten, falls die Kostenkontrolle im Rahmen der bestehenden Strukturen nicht gelingen sollte. Der Wahlsieg der Sozialisten im Jahre 1988 änderte nichts am Bestreben der Regierung, die anwachsenden Defizite der GKV durch eine stärkere Regulierung in den Griff zu bekommen. Der Kampf um Strukturreformen, die eine erfolgreiche Kostenkontrolle ermöglichen, kann als Kern der französischen Gesundheitspolitik im letzten Jahrzehnt gelten.

#### **Fazit:**

Im *Allgemeinen System der Krankenversicherung* Frankreichs ist es in den 1980er Jahren zur etappenweisen Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und damit der Option aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszuscheiden gekommen, nachdem Anfang der 1930er erstmals für Industriearbeiter und die Arbeiter in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben unterhalb einer Einkommensgrenze die Versicherungspflicht eingeführt worden war.

#### **2.3.2.5 Italien <sup>a21</sup>**

##### **2.3.2.5.1 Überblick**

Das italienische System zur Absicherung des Krankheitsrisikos baut auf dem Nationalen Gesundheitsdienst (SSN Servizio Sanitario Nazionale) auf, der für die gesamte italienische Bevölkerung - einschließlich der in Italien lebenden Ausländer - eine ausnahmslose Pflichtmitgliedschaft vorsieht, sowie auf der institutionell davon getrennten Krankenversicherung (Previdenza), der nur bestimmte Personengruppen angehören.

---

<sup>a</sup> Informationsquelle waren Informationsunterlagen der Italienischen Botschaft und weiteres Quellenmaterial

Der SSN soll allen Staatsbürgern den gleichen Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung garantieren, wohingegen die Previdenza die Zahlung von Kranken - und Mutterschaftsgeld zur Aufgabe hat.

SSN und Previdenza zusammen sichern praktisch die gesamte italienische Bevölkerung gegen die finanziellen Risiken im Krankheitsfall ab. Die weitreichende Versorgung durch die beiden öffentlichen Träger engt in Italien den Spielraum der Privatversicherung sei es in Form der Vollversicherung oder einer (weniger verbreiteten) Zusatzversicherung ein. Im Jahre 1990 hatten in Italien nur 10 - 20 Prozent der Bevölkerung einen privaten Kranken-versicherungsschutz.

### **2.3.2.5.2 Historischer Hintergrund**

Erste staatliche Regulierungen des italienischen Gesundheitssystems erfolgten bereits zwischen 1880 und 1890, in der Zeit als auch Deutschland sein Gesundheitswesen staatlich regelte. Anders als in Deutschland brachte dies aber noch keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht.

Die integrierte Sozialversicherung (assicurazione globale) und die Versicherungspflicht waren Reformziele, die aus technischen, ökonomischen und sozialen Gründen in den Jahren 1917 bis 1919 eine breite Zustimmung erfuhren und zwar aufgrund der besonderen Stimmung nach dem Kriegsende. So empfahl eine Regierungskommission 1919 ein sehr weitgehendes Reformprogramm; danach sollte die Versicherungspflicht eingeführt und auf alle abhängig Beschäftigten ausgedehnt werden. Die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung sollten auf nationaler Ebene und die Krankenversicherungen auf Provinzebene durch neue Institutionen koordiniert werden. Ferner sollten diese neuen Institutionen auch die ambulanten und stationären Systeme integrieren, und zwar über den Ausbau eigener ambulanter Dienste sowie eine Koordination mit externen Leistungserbringern. Die Finanzierung sollte paritätisch über Arbeitgeber - und Arbeitnehmerbeiträge erfolgen.

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht wurde indes bis zum Ausgang der faschistischen Epoche 1943 vertagt.

Nach erfolglosen Versuchen einer Koordination der verschiedenen Kassen in übergreifenden Institutionen kam es schließlich mit dem Gesetz vom 11. Januar 1943 zur Gründung der ersten gesetzlichen, öffentlich - rechtlichen

Krankenkasse (ente mutualità) der INAM Istituto Nazionale per l'Assistenza contro le Malattie.

*Mit dieser Regelung war erstmals in Italien eine gesetzliche Kranken-versicherungspflicht auf nationaler Ebene eingeführt; dagegen gab es keine Versicherungspflichtgrenze.*

### **2.3.2.5.3 Demokratische Periode**

In der neu konstituierten italienischen Republik erfolgte - Alber/Bernardi - Schenkluhn zufolge - nach 1945 eine Konzentration der Versicherten auf die INAM als berufsübergreifender, auf nationaler Ebene organisierter Krankenkasse. Jedoch bestanden, ähnlich wie in Frankreich nach 1945, eine Vielzahl großer und kleiner berufsbezogener Krankenkassen fort. Die Organisation der großen Krankenkassen wies sowohl Merkmale einer staatlichen Behörde als auch Merkmale einer Selbstverwaltung auf. Die Finanzierung der Krankenkassen erfolgte über Sozialversicherungsbeiträge. Die Beitragssätze für die Krankenkassen der abhängig Beschäftigten wurden per Dekret erlassen. Die Beitragsanteile der Arbeitgeber überschritten dabei in der Regel die der Arbeitnehmer. Vgl. Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 427.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war - wie in England - die Gesundheitsfürsorge offiziell als Bestandteil der wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben anerkannt worden. Seinen deutlichsten Ausdruck fand dies in Art. 32 der italienischen Verfassung von 1948: *„Die Republik schützt die Gesundheit als grundlegendes Recht des Individuums und als Interesse der Gemeinschaft und gewährleistet den Bedürftigen kostenlose Heilbehandlung“.*

Die Realisierung dieses Programmpunktes ließ aber 30 Jahre auf sich warten.

Zunächst wurden im Jahre 1977 die gesetzlichen Krankenkassen aufgelöst.

### **Stellung des Servizio Sanitario Nazionale im italienischen Gesundheitswesen**

Mit dem Gesetz vom 23. Dezember 1978 (Legge 23 dicembre 1978 n. 833) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1979 der Nationale Gesundheitsdienst (SSN Servizio Sanitario Nazionale) eingeführt. Er soll allen Staatsbürgern den gleichen Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung garantieren

Zuständig dafür ist ein flächendeckendes Netz aus lokalen Gesundheitsdiensten (USL Unita Sanitaria Locale). Diese organisieren sowohl die ambulante und die stationäre Versorgung für die Bewohner ihrer Einzugsgebiete als auch den Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens und der Arbeitsmedizin. Diese *Konzentration der Kompetenzen* im Gesundheitswesen in einer einzigen territorial definierten Behörde ist ein *erstes Charakteristikum* des Nationalen Gesundheitsdienstes Italiens.

Die Einrichtung der lokalen Gesundheitseinheiten stellt - in der Einschätzung von Alber/Bernardi-Schenkluhn - in Italien den Kern der „Verstaatlichung“ des Gesundheitswesens dar. Der Status der Leistungserbringer blieb demgegenüber unberührt. Die bisherigen privaten Einrichtungen verblieben in privater Hand und konnten weiterhin auf vertraglicher Grundlage (Konvention) Leistungen für das öffentliche System der Gesundheitsversorgung erbringen. Dieser ausgeprägte *public/private Mix* ist ein *zweites Charakteristikum* des italienischen Nationalen Gesundheitsdienstes (Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 417).

Der Anspruch gegenüber dem SSN erstreckt sich allerdings nur auf die assistenza, nicht aber auf die previdenza.

Assistenza ist wörtlich mit „Fürsorge“ zu übersetzen, meint aber die Versorgung mit medizinischen oder sanitären Diensten. Previdenza hingegen heißt wörtlich übersetzt „Vorsorge“ und meint die Vorkehrung gegen künftige Notfälle, insbesondere die Absicherung des Einkommens im Falle von Arbeitsunfähigkeit oder Alter.

Unter den früheren Systemen der italienischen Absicherung gegen Krankheiten hatten die Mitglieder der Kassen eine previdenza (Versicherung) und im Krankheitsfall kam ihnen die assistenza (Gesundheitsversorgung) zu, deren Kosten dann teilweise oder ganz durch die jeweilige Versicherungseinrichtung gedeckt wurden. Bürger ohne Versicherungsschutz hatten Anspruch auf assistenza, wenn sie in den Armenlisten der Gemeinden eingetragen waren.

*„Für einen italienischen Staatsbürger wird dieser Unterschied im Krankheitsfall heute i. d. R. nicht spürbar, da die Versicherung nicht mehr die Voraussetzung für die im Prinzip kostenlose Gesundheitsversorgung ist. Erst beim Überschreiten der Staatsgrenze wird der Versicherungsaspekt wieder relevant, da*

*die Krankheitskosten im Rahmen internationaler Versicherungsabkommen nur dann durch den SSN gedeckt werden, wenn der Betroffene die Previdenza hat, die an die regelmäßige Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen gebunden ist“ (Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 433).*

Die Zahlung von Kranken - und Mutterschaftsgeld ist seit der Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes institutionell getrennt von den Aufgaben der Gesundheitsversorgung. Sie wird nunmehr von dem Nationalen Institut für Sozialvorsorge (INPS Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale) wahrgenommen, das an Stelle der aufgelösten Krankenkassen die Sozialbeiträge einzieht.

### **Finanzierung**

Ursprüngliches Ziel der Reform war es, die Finanzierung des SSN von einer Beitrags - auf eine Steuerfinanzierung umzustellen. Andererseits sah man unmittelbar keine Möglichkeit, eine solche Gesamtreform staatlich zu finanzieren.

Daher knüpfte das Reformgesetz von 1978 an den Finanzierungsmodus des alten Systems an.

Die Entscheidung über die Finanzierung des SSN erfolgt jährlich mit der Aufstellung des zentralen staatlichen Gesamthaushalts. Die Mittel werden dabei gesondert in einem nationalen Gesundheitsfonds ausgewiesen (FSN Fondo Sanitario Nazionale).

Die Mittel werden aufgebracht aus

- Sozialversicherungsbeiträgen und
- Steuermitteln

Dabei zeigt sich seit dem Jahre 1985 eine tendenzielle Verschiebung in den Finanzierungsblöcken: Während der Anteil der direkten staatlichen Finanzierung steigt, sinkt der Anteil des Beitragsaufkommens.

*„Eine Umkehr in der Finanzierungspolitik hin zum englischen Modell der Steuerfinanzierung ist damit freilich keineswegs angezeigt“ (Alber/Bernardi-Schenkluhn, 1992, S. 472 f).*

Eine Entschärfung des Finanzierungsproblems soll die fast jedes Jahr neu geregelte Selbstbeteiligung über das sogenannte Ticket bringen.

#### **2.3.2.5.4 Reformbestrebungen**

Auf politischer Ebene ist das Thema einer Reform seit 1987 auf der politischen Agenda (Cattin - Plan/De Lorenzo - Plan). Verantwortlich für den Reformbedarf sind die Ineffizienzen des öffentlichen Gesundheitswesens - lange Wartezeiten, schlechte materielle und personelle Ausstattung sowie steigende Selbstbehalte der Patienten für Medikamente und Zahnbehandlung. Man erwägt eine „Basisversorgung“, die durch private Zusatzdeckungen aufgestockt werden kann. *„Trotz ... scheinbar weitreichender Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung eröffnen sich für die privaten Krankenversicherer gute Chancen auf dem italienischen Markt“*(Bastiani, 1995, S. 33<sup>22</sup>).

#### **Fazit:**

Die Untersuchung des italienischen Systems der Sozialen Krankenversicherung bzw. des Nationalen Gesundheitsdienstes SSN auf eine Exit - Option bzw. eine Versicherungspflichtgrenze hat zu einem negativen Ergebnis geführt. Im System der Sozialen Krankenversicherung waren die Bedingungen für die Einführung zwar gegeben, sind aber konkret nicht erfüllt worden; dagegen fehlte es im SSN hierfür von vorne herein an den erforderlichen Voraussetzungen. Eine Exit- Option bzw. eine Versicherungspflichtgrenze sind infolgedessen in Italien unbekannt.

#### **2.3.2.6 Spanien<sup>a23</sup>**

##### **2.3.2.6.1 Überblick**

Im staatlichen Gesundheitssystem (SS Seguridad Social) Spaniens ist das Krankheitsrisiko durch einen steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdienst sowie durch eine beitragsfinanzierte Sozialversicherung abgesichert, wobei Gesundheitsversorgung und Sozialversicherung geteilte Verantwortungsbereiche sind.

---

<sup>a</sup> Informationsquelle waren Informationen aus dem Internet und weiteres Quellenmaterial



Das Recht auf universellen Versicherungsschutz mit freiem Zugang zu Gesundheitsleistungen ist für fast alle Bürger gewährleistet; auch besteht Versicherungspflicht für den größten Teil der Bevölkerung. Praktisch die gesamte spanische Bevölkerung ist daher gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall gesichert. Dagegen hatten Anfang der 1990er Jahre nur 10 - 20 Prozent der Bevölkerung einen privaten Krankenversicherungsschutz.

### **2.3.2.6.2 Historischer Hintergrund**

Die ersten Versuche eine gesetzliche Krankenversicherung für gering verdienende Arbeiter zu entwickeln wurden in Spanien durch das INP Instituto Nacional de Previsión unter der Initiative der sozialistischen Parteien während der 2. Republik (1931 - 1936) gestartet. Dies geschah innerhalb eines integrierten Pakets von Sozialversicherungsprogrammen. Der Entwurf gelangte, bedingt durch den Staatsstreich Francos und den anschließenden Bürgerkrieg (1936 - 1939) jedoch nicht zur Ausführung.

Immerhin wurden nach dem Krieg viele der früheren republikanischen Vorschläge durch das Franco - Regime wieder hervorgeholt. Dies war der Fall in bezug auf das Krankenversicherungspaket, welches im Jahre 1942 fast unverändert gebilligt wurde. Während der 1940er und 1950er Jahre war die Bedeutung des Gesundheitssystems in bezug auf den Versicherungsschutz der Bevölkerung begrenzt.

Erst das Grundgesetz über die Sozialversicherung von 1967 ergriff die Initiative für die Expansion des Versicherungsschutzes auf selbständige Berufe und qualifizierte beim Staat Beschäftigte. Als ein Ergebnis wuchs der Anteil der vom Versicherungsschutz erfaßten Bevölkerung von gut 50 Prozent im Jahre 1966 auf gut 80 Prozent im Jahre 1978 an.

Das System wurde hauptsächlich durch Sozialversicherungsbeiträge gedeckt, welche ergänzt wurden durch Mittel aus dem Staatshaushalt.

Die Vorherrschaft der öffentlichen Vorsorge innerhalb des Sozialversicherungssystems, kann als das charakteristische Merkmal des spanischen Gesundheitssektors wie er sich aus der Franco - Periode heraus ergab, betrachtet werden.

### 2.3.2.6.3 Demokratische Periode

Einige wenig erfolgreiche Versuche, eine umfassende Reform des Systems zustande zu bringen, wurden dann während des demokratischen Übergangs in den Jahren von 1976 - 1982 unternommen.

In der Verfassung von 1978 erhielt das Recht auf Gesundheitsschutz für *alle* Spanier erstmals Verfassungsrang.

Im Jahre 1982, nach der von der Sozialistischen Partei PSOE gewonnenen Wahl, präsentierte der Minister für Gesundheit die erste programmatische Version eines umfassenden Pakets von Reformen. Diese sah den Übergang vom francoistischen Sozialversicherungssystem zum *Nationalen Gesundheitsdienst* vor:

Einige dieser Maßnahmen wurden rasch mittels Dekreten und Anordnungen umgesetzt, während andere als Folge des Prozesses der parlamentarischen Beratung modifiziert oder ganz aufgegeben wurden.

Die generellen Prinzipien der Verfassung von 1978 und des Allgemeinen Gesundheitsversorgungsgesetzes von 1986 sind:

- Universeller Versicherungsschutz mit freiem Zugang zu Gesundheitsleistungen für fast alle Bürger;
- Öffentliche Finanzierung, hauptsächlich durch allgemeine Besteuerung;
- Integration von verschiedenen Gesundheitsdienst - Netzwerken in die Nationale Gesundheitsdienst - Struktur;
- Politische Übertragung von Verantwortlichkeiten an die Autonomen Regionen und regional - basierte Organisation von Gesundheitsdiensten in Gesundheits - Regionen und Basis - Gesundheits - Zonen;
- Entwicklung eines neuen Modells von ambulanter Gesundheitsversorgung: Integration von Promotion, Vorsorge und Rehabilitation.

### Stellung des Seguridad Social im spanischen Gesundheitswesen

Das spanische Gesundheitssystem wurde als ein integrierter Nationaler Gesundheitsdienst eingerichtet, welcher öffentlich finanziert wird und nahezu universelle Gesundheitsversorgung kostenlos am Punkt der Inanspruchnahme vorsieht. Die Gesundheitsversorgung ist meist in öffentlicher Hand und wird

öffentlich gemanaged: Dies gilt für alle allgemein praktizierenden Ärzte, ambulanten Versorgungszentren, Spezialkliniken und deren Ärzte und für rund 80 Prozent der allgemeinen Krankenhausversorgung. Die Leitung des Systems ist dezentralisiert, mit lokaler Organisation in jeder der 17 Autonomen Regionen, welche der spanische Staat umfaßt.

Gesundheitsversorgung und Sozialversicherung sind geteilte Verantwortungsbereiche, allerdings in sehr unterschiedlichen Graden.

### **Finanzierung**

Grob gesprochen wird der spanische Nationale Gesundheitsdienst durch allgemeine Besteuerung finanziert, welche das mehr beitragsfinanzierte Sozialversicherungssystem ersetzt hat. Die Mittelaufbringung erfolgt zentral und wird auf einer Pro - Kopf - Basis an die 17 Autonomen Regionen verteilt, welche diese Ressourcen mit einem variierenden Grad von Unabhängigkeit managen.

Versicherungsschutz ist für spanische Bürger nahezu universell und garantiert ein ziemlich umfassendes Paket von Leistungen für alle Bürger unabhängig von ihrem persönlichen Wohlstand. Wenn spanische Bürger nicht Versicherungsschutz nach dem Nationalen System erhalten, so hat dies gewöhnlich seinen Grund in der Mitgliedschaft in einem alternativen an die Beschäftigung gekoppelten Versicherungsprogramm, und nicht in der Unfähigkeit Beiträge zu leisten. Die Wahl zusätzlich private Versicherung zu „kaufen“, steht ebenfalls allen spanischen Bürgern offen.

Die Finanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes folgt dem Grundsatz der Solidarität: Die Bevölkerung soll zur Finanzierung der Gesundheit gemäß ihrem eigenen Wohlstandsniveau beitragen und soll Zugang haben zu Gesundheitsleistungen gemäß ihren eigenen individuellen Bedürfnissen. In der Praxis jedoch haben jüngste Untersuchungen ergeben, daß die Realität des Systems eine andere ist. Denn das progressive, umverteilende Einkommenssteuersystem ergibt, nachdem es um indirekte und andere Steuern ergänzt ist, beinahe proportionale Ergebnisse. Verantwortlich dafür war die 1986er Reform des Systems indirekter Steuern mit welcher die Mehrwertsteuer nach dem Beitritt Spaniens zur EU eingeführt wurde.

Gegenwärtig werden 98 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben ( ohne die mutual funds der beim Staat Beschäftigten) durch allgemeine Besteuerung gedeckt, während die verbleibenden 2 Prozent durch spezielle

Gesundheitsdienste für Patienten mit anderen Deckungstypen finanziert werden.

Gemäß dem Nationalen Gesundheits Survey hatten im Jahre 1997 etwa 9 Prozent der spanischen Bevölkerung (d. s. etwa 3,5 Mio. Personen) einen privaten Krankenversicherungsschutz durch eine freiwillige Versicherung, obwohl die Survey Daten dahin tendieren die Größe dieser Gruppe der Bevölkerung zu unterschätzen. Die privaten Versicherungsgesellschaften spielen eine mindere, aber anwachsend relevante Rolle innerhalb des Gesundheitssystems.

#### **2.3.2.6.4 Reformbestrebungen**

Auch in Spanien ist das Thema einer Reform seit den 1990er Jahren auf der politischen Agenda. Verantwortlich dafür sind die Ineffizienzen des öffentlichen Gesundheitswesens: lange Wartezeiten, schlechte materielle und personelle Ausstattung sowie steigende Selbstbehalte der Patienten für Medikamente und Zahnbehandlung. Man erwägt eine „Basisversorgung“, die durch private Zusatzdeckungen aufgestockt werden kann.

#### **Fazit:**

Im spanischen System der Sozialen Krankenversicherung waren die Bedingungen für die Einführung einer Exit - Option bzw. einer Versicherungspflichtgrenze zwar gegeben, sind aber konkret nicht erfüllt worden; dagegen fehlt es im Nationalen Gesundheitsdienst hierfür von vorne herein an den erforderlichen Bedingungen. Eine Exit - Option bzw. eine Versicherungspflichtgrenze sind infolgedessen in Spanien unbekannt.

#### **2.3.2.7 Schweden <sup>a24</sup>**

##### **2.3.2.7.1 Überblick**

In Schweden ist die gesamte schwedische Bevölkerung individuell in einem einheitlichen System gegen die Wechselfälle des Lebens wie Unfall, Krankheit, Invalidität und Alter versichert, unabhängig vom Beruf und in vielen Fällen auch

---

<sup>a</sup> Informationsquelle waren Informationsunterlagen der Schwedischen Botschaft und Informationen aus dem Internet

davon, ob die einzelne Person erwerbstätig ist oder nicht. Im staatlichen Gesundheitssystem Schwedens ist das Krankheitsrisiko durch einen steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdienst sowie durch eine beitragsfinanzierte Sozialversicherung abgesichert.

Das Recht auf kostenlose oder kostenreduzierte Krankenpflege durch den Nationalen Gesundheitsdienst steht der gesamten ansässigen Bevölkerung Schwedens zu, abgesehen von zwei Leistungen, welche die Allgemeine Krankenversicherung erbringt. Außerdem fallen alle in Schweden ansässigen Personen mit einem Mindesteinkommen unter die Bestimmungen der Allgemeinen Krankenversicherung. Die Private Krankenversicherung ist in Schweden in bezug auf ihren Anteil an den Gesundheitsausgaben limitiert.

### **2.3.2.7.2 Historischer Hintergrund**

Öffentliche Fürsorge hat immer einen großen Anteil an der gesamten Gesundheitsversorgung Schwedens erklärt. Ursprünglich war die Zentralregierung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Im Jahre 1862 wurden dann auf der regionalen Ebene Verwaltungseinheiten in Form von Provinziallandtagen geschaffen - als eine zweite Ebene von lokaler Regierung - und ihnen gleichzeitig die Ermächtigung gegeben, Steuern von ihren Bürgern zu erheben. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurde eine ihrer Hauptaufgaben.

Dies markierte den Beginn der gegenwärtigen Struktur des schwedischen Gesundheitssystems, das durch einen hohen Dezentralisationsgrad charakterisiert ist. Jedoch wurden die Verantwortlichkeiten für die Gesundheitsdienste von der Zentralregierung erst über eine lange Zeitperiode auf die Provinziallandtage übertragen.

Mit dem Krankenhausgesetz von 1928 wurden die Provinziallandtage für die stationäre Versorgung ihrer Bürger verantwortlich gemacht.

Im Jahre 1946 ist ein Nationales Gesundheitsversicherungsgesetz - eine Volksversicherung durch das Parlament verabschiedet und nach einer Übergangszeit im Jahre 1955 implementiert worden. Dies war ein bedeutender Schritt in Richtung auf einen umfassenden Versicherungsschutz, der die Konsultation von Ärzten, Verschreibung von Arzneimitteln und Krankheitsbehandlung vorsah.

Das Gesamtziel der öffentlichen Gesundheitsdienste wurde dann im Gesundheitsvorsorgegesetz des Jahres 1982 fest geschrieben. Danach ist es Staatsaufgabe, „*Vorkehrungen für eine gute Gesundheitsversorgung zu gleichen Bedingungen für die gesamte Bevölkerung zu treffen*“. Dieses Gesetz gab zwischen den Jahren 1983 bis 1992 den Provinziallandtagen volle Verantwortung für alle auf die Gesundheitsversorgung bezogenen Angelegenheiten. Im Jahre 1992 wurde dann eine größere Veränderung durch die sogenannte ÄDEL - Reform herbeigeführt, indem die Verantwortlichkeit für die langzeitige stationäre Versorgung den Gemeinden übergeben wurde. Als Resultat dieser Reform ist ein Fünftel der Gesamtausgaben der Provinziallandtage auf die Gemeindeverwaltungen übertragen worden.

Infolge der historischen Entwicklung ist es staatliche Verpflichtung, für gute Gesundheit und andere soziale Dienste für alle Einwohner Schwedens zu sorgen. Ein fortschrittliches und ausgedehntes System der sozialen Sicherung sieht universelle Leistungen bzw. Unterstützungen für Krankheit, Mutterschaft und Arbeitslosigkeit, für Kinder, Ältere und Behinderte vor. Die Gesundheitsversorgung ist beides zusammen - staatlich organisiert und staatlich finanziert. Die Organisationstruktur ist die eines staatlich organisierten Nationalen Gesundheitsdienstes, welchem Planung Steuerung und Management obliegt und der in Regionen aufgeteilt ist, die hauptsächlich für die Finanzierung und Organisation der Krankenpflege verantwortlich sind.

### **2.3.2.7.3 Krankenpflege**

Das Recht auf kostenlose oder kostenreduzierte Krankenpflege ist im großen und ganzen nicht in das Krankenversicherungssystem einbezogen. Schweden ist in 23 Provinziallandtage eingeteilt, die jeweils in ihrem Bereich dafür verantwortlich sind, daß die gesamte ansässige Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Krankenpflege erhält. Die Provinziallandtage, die von in allgemeinen Wahlen ernannten politischen Versammlungen regiert werden, erheben Einkommenssteuern von den Einwohnern. Von diesen Steuern fließen über 80 Prozent in die Finanzierung der Krankenpflege. Die Provinziallandtage besitzen und betreiben Krankenhäuser und Polikliniken und sind Arbeitgeber fast des gesamten Personals innerhalb des Gesundheitswesens. Auch die meisten der in Schweden frei praktizierenden Ärzte werden von den Provinziallandtagen entschädigt.

Sämtliche Provinziallandtage erheben normalerweise von Patienten, die Ärzte oder sonstiges medizinisches Personal aufsuchen, Gebühren als Teilfinanzierung der Tätigkeiten. Die Patientengebühren, die in den einzelnen Provinziallandtagen unterschiedlich sein können, werden nicht von der Krankenversicherung erstattet, sondern müssen als eine Art Selbstbeteiligung vom Patienten bezahlt werden.

Für zwei Leistungen der Krankenpflege gibt es im Rahmen der Allgemeinen Krankenversicherung ein landesweites Versicherungssystem, nämlich für Arzneimittel, die von Ärzten in ambulanter Behandlung verschrieben werden und für zahnärztliche Behandlung.

#### **2.3.2.7.4 Barleistungen im Krankheitsfall**

Alle in Schweden ansässigen Personen mit einem jährlichen veranschlagten Einkommen von mindestens 8 700 SEK (1998) fallen unter die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherung über Barleistungen im Krankheitsfall und haben bei Krankheit ein Anrecht auf Krankengeld. Der Teil des Jahreseinkommens, der das 7,5-fache der allgemeinen Bemessungsgrundlage (36 400 SEK) übersteigt bleibt jedoch unberücksichtigt.

Krankheitsgeld wird nicht für den ersten Tag eines Krankheitszeitraumes, den sog. Karenztag, gezahlt. Bestimmte Ausnahmen gelten jedoch für Personen mit mehrfach wiederholten Krankheitsfällen.

Der Arbeitgeber ist bei längeren Krankheitsfällen verpflichtet, in Zusammenarbeit mit dem Kranken und der Versicherungskasse eine sog. Rehabilitationsuntersuchung durchzuführen. Kommt die Untersuchung zu dem Schluß, daß Rehabilitationsmaßnahmen ergriffen werden sollten, stellt die Versicherungskasse einen Rehabilitationsplan auf. Während der Rehabilitation wird statt des Krankengeldes ein Rehabilitationsbetrag gezahlt.

Sowohl das Krankengeld als auch der Rehabilitationsbetrag sind steuerpflichtig und werden wie andere Einkommen für die Allgemeine Zusatzrente berücksichtigt.

### 2.3.2.7.5 Finanzierung

Das schwedische Gesundheitssystem wird ganz überwiegend öffentlich finanziert - und zwar durch Besteuerung. Zum aller größten Teil involviert dies eine proportionale Einkommenssteuer, welche von jedem der 23 Provinziallandtage von seiner Bevölkerung erhoben wird; der Rest wird über indirekte Steuern aufgebracht. Diese Steuereinnahmen werden hauptsächlich für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und erst dann für andere Dienste verwendet (etwa im Verhältnis 75 zu 25 Prozent).

Weitere Finanzierungsquellen der Gesundheitsversorgung schließen staatliche Zuschüsse ein, von welchen der größere Teil direkt über die Provinziallandtage verteilt wird und der kleinere Teil über das Sozialversicherungssystem.

Weiterhin werden Gesundheitsausgaben durch das nationale Sozialversicherungssystem und private Ausgaben, d. h. durch aus eigener Tasche gezahlte flat fees am Punkt der Leistungserbringung, sowie ein sehr kleiner Teil der gesamten Gesundheitsausgaben durch private Versicherungen finanziert.

Das Sozialversicherungssystem ist auf nationaler Ebene zentralisiert und wird von der Nationalen Sozialversicherungsbehörde geleitet. Die Versicherung ist verpflichtend, und deckt individuelle Einkommensverluste bedingt durch Krankheit, individuelle Ausgaben für Verschreibungen von Arzneimitteln und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, vor allem in bezug auf ambulante und zahnärztliche Behandlung. Der Hauptteil der nationalen Gesundheitsversicherung wird durch Beiträge der Arbeitgeber finanziert (rund 80 Prozent) und der Rest durch spezielle Transfers durch die Zentralregierung (rund 20 Prozent). Beide - private und öffentliche Arbeitgeber - zahlen einen Beitrag pro Beschäftigten an das Nationale Gesundheitsversicherungssystem. Im Jahre 1996 waren dies rund 5,3 Prozent des Beschäftigten - Gehaltes.

Die *Private Krankenversicherung* ist in Schweden limitiert; sie steht für gerade einmal 2 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.

Am Ende der 1980er Jahre zeigte sich wachsendes Interesse an Versicherungen, die das Recht für eine unmittelbare Versorgung in privaten Krankenhäusern vorsahen. Der Grund waren die langen Wartezeiten in den öffentlichen Krankenhäusern. Als die sogenannte „Garantie für Versorgung“ eingeführt wurde, ging der Anstieg der Warteschlangen zurück. Seit 1996 beginnen sie



jedoch wieder anzusteigen und das Interesse für die private Versicherung ist erneut im Steigen begriffen.

### **2.3.2.7.6 Reformbestrebungen**

In Schweden ist das Thema einer Reform des Gesundheitswesens weiterhin auf der politischen Agenda. Verantwortlich dafür werden die folgenden Probleme gemacht:

- Ineffizienzen des öffentlichen Gesundheitswesens (Wartezeiten etc.),
- Qualitätsmängel in den Gesundheitsleistungen,
- Ungerechtigkeiten des Systems (Zugangsprobleme etc.),
- Strukturdefizite der stationären Versorgung,
- Trennung von Purchasern (Käufern/Kostenträger) und Providern (Verkäufer/Leistungserbringer).

Die heutigen Probleme sind nicht die gleichen wie gestern und scheinen schwieriger zu attackieren zu sein. Die Aufgabe der Kostenzügelung und Restrukturierung auf der Seite der Leistungserbringer, insbesondere bei den Leistungen der Kliniken, werden nachdrücklich betont. Die Einführung marktgerechter Anreize sind dagegen heute weniger dominant. Viele Provinzialländer haben differenzierte Patientengebühren eingeführt, um den Fluß der Patienten auf einem niedrigen Niveau von Gesundheitsversorgung zu kontrollieren. Wahlfreiheit der Verbraucher scheint ein weniger bedeutsames Ziel als in den frühen 1990ern.

#### **Fazit:**

Im schwedischen Nationalen Gesundheitsdienst und in der Sozialversicherung fehlt es an den Voraussetzungen für eine Exit - Option bzw. Versicherungspflichtgrenze, so daß derartige Instrumente in Schweden unbekannt sind.

### **2.3.2.8 Großbritannien**

#### **2.3.2.8.1 Überblick**

In Großbritannien steht der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service - NHS) allen Personen, die in Großbritannien leben, kostenlos zur Verfügung; der NHS finanziert sich aus Steuereinnahmen. Ein Anrecht auf

Barleistungen im Krankheitsfall von der Volksversicherung (National Insurance) haben dagegen nur die der Beitragspflicht unterliegenden Erwerbstätigen. Eine private Krankenversicherung wird in Großbritannien wegen der Ausgestaltung des NHS immer zusätzlich zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz abgeschlossen.

#### **2.3.2.8.2 Historischer Hintergrund**

Der National Health Insurance Act -NHI von 1911 schaffte erstmals eine gesetzliche Krankenversicherung zur Sicherung der ambulanten Versorgung der Arbeiter. Die Pflichtmitgliedschaft erstreckte sich auf alle beschäftigten Arbeiter über 16 Jahre. Dagegen wurden Familienangehörige und der Krankenhaussektor vom NHI nicht erfaßt.

Das Krankenversicherungsgesetz von 1911 war von einer liberalen Regierung eingeführt worden, die bemüht war den Interessen von Ärzten Rechnung zu tragen und auch den Belangen der traditionell das Krankheitsrisiko abdeckenden friendly societies entgegen zu kommen.

Friendly societies sind Hilfsvereinigungen auf Gegenseitigkeit, welche Unterstützungsleistungen für kranke Mitglieder organisieren.

Da das von Liberalen gestaltete Gesetz nicht als Werk sozialistischer Systemveränderer gelten konnte, und die Mitgliedschaft der friendly societies weit in die Mittelschichten hinein reichte, kam es in England nicht zu der für die deutsche Krankenversicherung typischen Polarisierung zwischen sozialdemokratisch kontrollierten Kassen und frei beruflichen Ärzten und der damit einher gehenden starken Überlagerung gesundheits- und gesellschaftspolitischer Konflikte.

In der Zwischenkriegszeit von 1919 bis 1939 folgten mehrere Reforminitiativen und die Einsetzung diverser als „Royal Commissions“ bezeichneter Untersuchungskommissionen, aber die Weltwirtschaftskrise und der Kriegsbeginn ließen der Realisierung von Reformvorhaben keinen Raum.

### 2.3.2.8.3 National Health Service

Der Zweite Weltkrieg erwies sich als ein starker Motor staatsbürgerlicher Gleichheit. So sollte die Planung des Wohlfahrtsstaates die soziale Integration sichern und die Entbehrungen des Krieges kompensieren.

Eine der wichtigsten und dauerhaftesten Institutionen des Labour Party Wohlfahrtsstaates, der nach dem Zweiten Weltkrieg in Großbritannien errichtet wurde, war das staatliche Gesundheitssystem National Health Service. Dieses System der Gesundheitsversorgung beruht auf dem „sozialistischen“ Grundsatz einer bedarfsorientierten Verteilung von Leistungen, deren Inanspruchnahme den Einzelnen nichts kostet und die allen Bürgern einschließlich in Großbritannien ansässigen Ausländern gleichermaßen zugänglich sind.

Ein Anrecht auf Barleistungen im Krankheitsfall von der Volksversicherung - National Insurance - haben dagegen nur die der Beitragspflicht unterliegenden Erwerbstätigen. Beitragspflichtig waren im Jahre 1985 alle Arbeitnehmer mit einem Einkommen von mindestens 35,50 £ wöchentlich und alle Selbständigen mit einem Einkommen oberhalb von 1 846 £ jährlich.

Seit seiner Gründung im Juli 1948 war der NHS stets als ein zentral verwaltetes System der Gesundheitsversorgung organisiert, das durch den Staat finanziert wurde. Die Gelder flossen in Form von Pauschalzuweisungen (block grants) von oben nach unten durch die Verwaltungshierarchie in die Sekundärversorgung - zu den einzelnen Krankenhäusern. Parallel dazu wurde durch ein Netz von Hausärzten, den sogenannten General Practitioners (GPs), ein flächendeckendes Netz der Primärversorgung geschaffen.

*„Man darf das Ausmaß der Zentralisierung jedoch nicht überschätzen“ (Bartlett, 1994, S. 149<sup>25</sup>)*

Den Kern des Gesundheitssystems bildet der unter der Kontrolle der Health Authorities stehende Bereich der stationären Versorgung und der kommunalen Gesundheitsdienste (CHSs Community Health Services). Die Health Authorities bestehen aus 14 unabhängigen Körperschaften, den regionalen Gesundheitsbehörden (RHAs Regional Health Authorities), die wiederum in lokale Gesundheitsbehörden (DHAs District Health Authorities) unterteilt sind.

Die Leistungen im ambulanten Bereich werden dagegen von freiberuflichen Leistungserbringern erbracht, die über Verträge mit den FPCs Family Practitioner Committees an den NHS gebunden sind. Die Family Practitioner Committees sind von den Health Authorities unabhängige Verwaltungsgremien, mit ehrenamtlicher Führung, die je zur Hälfte aus Ärzten und aus Vertretern der Laienklientel bestehen. Für ambulante Pflegedienste, den Rettungsdienst sowie Hygiene und Präventionsmaßnahmen waren bis zur Reform von 1974 die Kommunalbehörden (LGAs Local Government Authorities) zuständig. Die meisten ihrer Kompetenzen gingen durch die Reform auf die Health Authorities über, aber die Kommunen sind auch heute noch für „Personal Social“, d.h. eine den deutschen Sozialstationen ähnliche Betreuung Alter und Behinderter durch Haushaltshilfen, „Meals on Wheels“ und ähnliche Dienstleistungen zuständig.

In jedem Distrikt gibt es außerdem einen CHC Community Health Council, der sich um die Belange und Interessen der Versicherten kümmert und dessen Mitglieder von lokalen Behörden und Gewerkschaften ernannt werden

Der NHS wird zum überwiegenden Teil aus Steuermitteln finanziert, die etwa vier Fünftel der Einnahmen ausmachen. Rund ein Zehntel der Finanzierungsmittel stammen aus Beiträgen zur National Insurance. Die für einige Dienstleistungen und Rezepte vorgesehene Selbstbeteiligung steuert knapp 3 Prozent der Einnahmen bei.

Fast die gesamte medizinische Versorgung findet in Großbritannien im Rahmen des NHS statt. Der umfassende Mitgliederkreis und Leistungskatalog des NHS ließ der Privaten Medizin bis in die achtziger Jahre nur wenig Raum. Seit Mitte der achtziger Jahre verzeichnen private Versicherungen dagegen stark steigende Versichertenzahlen.

#### **2.3.2.8.4 Reformbestrebungen**

Der Griffiths Report aus dem Jahre 1983 monierte an der Struktur des NHS, daß es keine klar definierten und wirksamen Führungsfunktionen gebe. Der Report schlug die Einsetzung von Generalmanagern auf allen Ebenen des NHS vor, um die Entscheidungen zu beschleunigen und den Professionseinfluß der Ärzte auf die Inanspruchnahme der Ressourcen zu verringern.

**Reform von 1990**

Eine Lösung des Problems brachte erst das Gesundheitsreformgesetz (National Health Service and Community Care Act) von 1990.

Die wichtigsten erklärten Ziele der Reform waren:

- eine höhere Effizienz der Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems
- breitere Wahlmöglichkeiten auf Seiten der Verbraucher sowie
- eine stärkere Abstimmung des Systems auf ihre Bedürfnisse

Gleichzeitig sollte jedoch sichergestellt werden, daß Effizienzsteigerungen bei den Leistungen der Gesundheitsversorgung nicht auf Kosten der gleichen Behandlung aller Verbraucher geht (equity).

Wichtige Merkmale der Reformmaßnahmen waren:

- die Dezentralisierung der Produktionsstrukturen der sekundären (stationären) Gesundheitsversorgung sowie
- die Einrichtung eines *wettbewerbsorientierten „Quasimarktes“* im Gesundheitswesen.

Die Dezentralisierung des NHS brachte hauptsächlich Veränderungen in zwei Bereichen mit sich. Zum einen wurden die Kreisgesundheitsbehörden (DHAs) in Käufer - Verkäufer - Einheiten aufgespalten (Purchaser - Provider - Split). Die Verkäufer - Einheiten wurden in sogenannte NHS - Trusts ausgegliedert, so daß den DHAs die Aufgabe blieb, die für die Bevölkerung in ihrem Gebiet benötigten medizinischen Leistungen einzukaufen. Zum andern wurde ausgewählten, größeren Hausarztpraxen ein eigenständig zu verwaltes Budget angewiesen (General Practitioners Fund Holders- GPFH), mit dem sie entweder bei den NHS - Trusts oder bei Privatkrankenhäusern dezentral Leistungen für ihre Patienten einkaufen können. Das Instrument, durch das dieser Quasi - Markt funktionieren soll, ist der Käufer - Verkäufer - Vertrag.

In der Ex - Post Betrachtung hat es nicht den Anschein, daß mit diesen Reformmaßnahmen alle Reformziele erreicht wurden. Die Gründe dafür können darin gesehen werden, daß der Quasimarkt zwischen den politischen Entscheidungsträgern und den Ärzten nur begrenzt erfolgreich zu vermitteln vermochte. Dies wiederum hing damit zusammen, daß die klassischen Bedingungen für die

Effizienz von Märkten durch den Quasimarkt nur unvollkommen simuliert werden konnten.

Das Thema einer Reform steht auch in Großbritannien seit spätestens 1998 auf der politischen Agenda.

*„Nicht alle politischen Vorgehensweisen der Konservativen waren verkehrt. Aber die Schaffung eines primitiven Marktsystems, in dem Krankenhäuser wie Ärzte untereinander konkurrieren, kann niemals als ein vernünftiger Schritt zur Reform des NHS gelten“ (Blair, 1998, S. 5<sup>26</sup>).*

Ziel der Regierung ist es, dem Land das Vertrauen in die Zukunft des NHS zurückzugeben.

Erreicht werden soll dies durch

- 1) ein Sofortprogramm (Krankenhausbau)
- 2) ein Reform - und Modernisierungsprogramm für den NHS sowie
- 3) eine Revision aller Regierungsausgaben,

um neue Prioritäten setzen und dem NHS die zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung stellen zu können, die er benötigt.

*„Die neue Regelung für die langfristige Finanzierung des NHS hat jedoch ihren Preis. Dieser Preis sind Veränderungen, die gewährleisten, daß das Geld arbeitet. Es ist ein Vertrag über die Erneuerung des NHS: Investition gegen Reform; Geld gegen Modernisierung“ (Blair, 1998, S. 5, 6).*

Alles in allem erwecken die jüngsten Reformbestrebungen von 1998 folgende den Eindruck einer Kehrtwende.

#### **Fazit:**

Die Untersuchung des britischen Gesundheitssystems auf eine Exit - Option bzw. Versicherungspflichtgrenze hat zu einem negativen Ergebnis geführt, weil es in dem steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienst bzw. der beitragsfinanzierten Volksversicherung an den hierfür erforderlichen Voraussetzungen fehlt; es gibt somit keine Exit - Option bzw. Versicherungspflichtgrenze im britischen Gesundheitswesen.

### 2.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse des Internationalen Teils

An den internationalen Krankenversicherungsmärkten sind die Bedingungen für eine Exit - Option an der Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfüllt; diese Märkte kennen daher keine solche Exit - Option und haben nie eine solche gekannt. Die deutsche Exit - Option ist demzufolge in ihrer Art einzig und einmalig (Singuläres Ereignis).

Tabelle 2-5: Überblick über Exit - Optionen im internationalen Vergleich (Stand 2001)

Länder	Exit - Option	Keine Exit - Option
Vereinigte Staaten		X
Schweiz		X
Niederlande		X <sup>1)</sup>
Frankreich	X <sup>2)</sup>	X <sup>3)</sup>
Italien		X
Spanien		X
Schweden		X
Großbritannien		X
Deutschland	X	

<sup>1)</sup> Zwang aus den Gesetzlichen Krankenkassen auszuschneiden, wenn Versicherungspflichtgrenze überschritten wird. <sup>2)</sup> vor 1980 bzw. 1984. <sup>3)</sup> nach 1980 bzw. 1984  
Quelle: Eigene Darstellung

Die Tabelle 2-5 zeigt die Einräumung bzw. Nicht - Einräumung einer Exit - Option in den von uns untersuchten Ländern. Danach bedient sich nur das deutsche Gesundheitssystem des Instrumentes der Option aus der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuschneiden. Im Gegensatz dazu herrscht im niederländischen Gesundheitssystem Zwang die Gesetzliche Krankenkasse zu verlassen, wenn die Versicherungspflichtgrenze überschritten wird. Alle übrigen untersuchten Länder kannten das Instrument entweder von Anfang an nicht oder haben es, wie z. B. Frankreich, wieder abgeschafft.

In dem *nicht gegliederten* Krankenversicherungssystem der Vereinigten Staaten hat sich ein auf die Gegebenheiten dieses Staates zugeschnittenes privates System entwickelt, bei welchem die damit verbundenen Probleme unbestritten sind: Die Wahlmöglichkeiten zwischen den privaten Krankenversicherungs-

trägern sind eingeschränkt und der Wettbewerb um Versicherte ist rudimentär. Randgruppen der Gesellschaft sind mit Gesundheitsgütern unzureichend versorgt. Ungeklärt blieb bisher die grundlegende Frage, ob der Schutz vor den finanziellen Folgen der Krankheit ein Recht für die gesamte Bevölkerung und damit den Staatsaufgaben zuzurechnen ist, oder ob die Vorsorge dafür in die Verantwortung des Einzelnen fällt. Damit verbunden ist auch, ob es zu einem Lastenausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jüngeren und Älteren sowie Alleinstehenden und Familien mit Kindern kommen soll. Hinzukommt die angenommene Abneigung der Bevölkerung gegen die Ausdehnung der Regierungsmacht.

In den ausdifferenzierten Selbstverwaltungssystemen föderalistischer Staaten Europas haben sich auf die Gegebenheiten dieser Staatengruppe zugeschnittene in Gesetzliche und Private Krankenversicherung *gegliederte* Systeme herausgebildet: Sie lassen Wahlmöglichkeiten zwischen den öffentlichen und privaten Krankenversicherungsträgern und Wettbewerb um die Versicherten zu. *„Derartige Systeme können die persönliche Initiative und Bereitschaft zur Selbsthilfe ermuntern. Bei gegliederten Systemen mit ihren sich vielfach überschneidenden Einrichtungen ergibt sich allerdings Natur notwendig immer wieder die Frage nach dem gegenseitigen Verhältnis der verschiedenen Methoden sozialer Sicherung, die Frage nach der gegenseitigen Beeinflussung - hemmend oder fördernd -, die Frage nach Konkurrenz oder Komplementarität“* (Hax, 1968, S. 13). Da diese Fragen im historischen Ablauf nicht befriedigend geklärt worden sind, konnten sich Gesetzliche und Private Krankenversicherung gegenseitig blockieren und das Krankenversicherungssystem ineffizient werden lassen.

In den *nicht gegliederten* nationalen Gesundheitssystemen Europas ist die Private Krankenversicherung für den Bereich der Krankheitskosten - Vollversicherung ausgeschaltet, weil Nationaler Gesundheitsdienst und Volksversicherung diese Aufgabe übernommen haben: Individuelle Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenversicherungsträgern und Wettbewerb um die Versicherten entfallen. Derartige Systeme können in formaler Hinsicht höchst rational gestaltet sein, da sie aber die persönliche Initiative und Bereitschaft zur Selbsthilfe untergraben, können sie im Endeffekt weniger wirksam sein als gegliederte Krankenversicherungssysteme. Tatsächlich haben sich im Laufe der Zeit Defizite in diese Systeme eingeschlichen. Die Ineffizienz des öffentlichen Gesundheitswesens ist in dieser Ländergruppe mithin ein maßgeblicher Faktor für die positive Entwicklung der Privaten Krankenversicherung in der Krankheits-



kosten - Teilversicherung. Der Umkehrschluß, ein effizientes öffentliches Gesundheitswesen werde die positive Entwicklung der Privaten Krankenversicherung beeinträchtigen, scheint jedoch nicht zulässig zu sein. Das bedeutet, daß von Reformen des öffentlichen Gesundheitswesens beide Systeme - Gesetzliche und Private Krankenversicherung - profitieren werden.

## 3 Systematischer Teil

### 3.1 Wettbewerbstheoretische Grundlagen der Exit - Option

Wettbewerb kann als gesellschaftliches Sanktionsverfahren - Hirschmann, Berg u. a. zufolge - nur wirksam werden, wenn auf der Nachfragerseite nicht nur die Möglichkeit des Exits gegeben ist, sondern die Nachfrager auch bereit sind, auf Leistungsschwächen mit „Widerspruch und Abwanderung“ zu reagieren. Ist die Nachfrage unbeweglich, bleibt eine bessere Leistung unbelohnt, eine schlechtere ungeahndet. Die Bereitschaft der Nachfrager, die Auswahl der Lieferanten gemäß dem Kriterium der gebotenen Leistung vorzunehmen, muß sich mit der Fähigkeit verbinden, bestehende Leistungsunterschiede zu erkennen. Diese Markttransparenz ist erforderlich, damit auch tatsächlich jene Unternehmen in den Genuß eines überdurchschnittlichen Nachfragezuwachses gelangen, deren Angebot den Käuferpräferenzen am besten entspricht, und damit die Konkursdrohung dort am stärksten ausfällt, wo die schlechteste Leistung erbracht wird.

Auf der Anbieterseite muß nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Bereitschaft vorhanden sein unternehmerisch tätig zu werden, also Neues zu wagen und kalkulierte Risiken einzugehen. Gefordert wird somit eine „Wettbewerbsgesinnung“ („spirit of competition“) (Hirschmann, 1970, S. 37<sup>27</sup>, Berg, 1995, S. 243<sup>28</sup>).

Die genannten Autoren stellen damit auf die Erfüllung bestimmter Wettbewerbsvoraussetzungen auf der Nachfrager - und Anbieterseite von Märkten ab, wenn Wettbewerb als gesellschaftliches Verfahren zum Treffen wirtschaftlicher

Entscheidungen, also zur Verteilung knapper Mittel auf miteinander konkurrierende Zwecke erfolgreich sein soll.

Wettbewerb erfährt seine positive Bewertung - Berg zufolge - durch die ihm zugeschriebenen Eigenschaften, den am Marktgeschehen Beteiligten Freiheitspielräume zu eröffnen (gesellschaftspolitische Funktion des Wettbewerbs) und eine gute Marktversorgung zu gewährleisten (ökonomische Funktion des Wettbewerbs).

Handlungs- und Wahlfreiheiten garantiert Wettbewerb dadurch, daß er

- Verbrauchern die Wahl zwischen alternativen Angeboten gestattet und den
- Unternehmern die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Disposition über die ihnen verfügbaren Ressourcen eröffnet.

Eine gute Marktversorgung stellt Wettbewerb dadurch in Aussicht, daß er die Unternehmer dazu anhält,

- ein Angebot bereitzustellen, das den Konsumentenpräferenzen entspricht (Steuerungsfunktion)
- Produktionsverfahren anzuwenden, die größtmögliche Effizienz des Faktoreinsatzes gewährleisten (Allokationsfunktion)
- technische Fortschritte im Sinne kostengünstigerer Produktionsmethoden und neuerer, besserer Produkte zu realisieren (Innovationsfunktion) (Berg, 1995, S. 241)

Nur dort, wo Wettbewerb nicht besteht und auch durch Maßnahmen der Wettbewerbspolitik nicht hergestellt werden kann, und dort, wo er als Ausnahme von der marktwirtschaftlichen Regel keine brauchbaren Ergebnisse erwarten läßt, ist er durch andere Anreiz-, Lenkungs- und Kontrollmechanismen zu ersetzen.

Im Gegensatz zum privaten Wirtschaftssektor übt im *öffentlichen* Sektor der budgetäre Willensbildungsprozeß die Allokations- und Distributionsfunktion aus.

Der marktwirtschaftliche Wettbewerb vollzieht sich - nach Berg - als ein Prozeß, der durch das Handeln jener Unternehmer in Gang gesetzt wird, die ihre Markt-

position als unbefriedigend erachten und sie deshalb zu verändern suchen. Um den gewünschten Wettbewerbsvorteil zu erlangen, könne beispielsweise der Preis gesenkt, die Qualität verbessert, die Werbung verstärkt, die Absatzmethode verändert, der Service vervollkommen werden. (Berg, S. 241 f).

Diese anbieterseitige Betrachtungsweise läßt sich ohne weiteres auf die Nachfragerseite übertragen, da im marktwirtschaftlichen Wettbewerb die Nachfragerseite in der Führungsrolle zu sehen ist.

Angestoßen wird dann der Marktprozeß durch jene Konsumenten, die eine individuelle Situationsverbesserung anstreben, weil sie mit ihrer gegenwärtigen Konsumsituation aus dem Grund nicht zufrieden sind, daß sie beim Soll-/Istabgleich des Preis-/Leistungsverhältnisses ihres Anbieters feststellen, daß das realisierte Ist des Preis-/Leistungsverhältnisses hinter dem geforderten Soll zurückbleibt und sie nicht bereit sind, ihre Sollvorstellung dem Ist nach unten anzupassen. Mit dem Ziel, einen komparativen Wettbewerbsvorteil zu erlangen, kann der Konsument individuell vernünftig mit Voice oder Exit auf den Leistungsabfall seines Anbieters reagieren und gleichzeitig eine optimale Wahlentscheidung unter den Angeboten an Versicherungsschutz neuer Anbieter treffen. Die Hebelwirkung des Exits ist in einem dem Ideal des vollkommenen bzw. funktionsfähigen Wettbewerbs am nächsten kommenden Marktsystem am größten.

Ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung setzt, wie in der Theorie des funktionsfähigen Wettbewerbs voraus, daß den Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen beiden Krankenversicherungssystemen sowie Versicherungsmöglichkeiten bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern eingeräumt werden. *„Ein System des Nebeneinanders, das über einen Wettbewerbsbereich verfügt (wie in der deutschen Krankenversicherung gegeben), kann nur einen ungeordneten Wettbewerb hervorbringen, wenn es nicht einen echten Wahlspielraum eröffnet“* (Lüke, 1970, S. 188).

Die Größe des Wahlspielraums der Versicherten ist im wesentlichen bestimmt durch die folgenden drei Faktoren:

- Wettbewerb der beiden Krankenversicherungssysteme um den Gesamtbestand bzw. Teilbestand der Versicherten.

- Gleichheit der Startbedingungen in der Leistungs-, Beitrags- und Risikokonkurrenz.
- Übergangserleichterungen bzw. Übertrittshemmnisse beim Wechsel zwischen GKV und PKV.

Den Versicherern muß Wettbewerb ebenfalls Wahlfreiheit garantieren, d. h. er muß den Unternehmern Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Disposition über die ihnen verfügbaren Ressourcen eröffnen und diese Möglichkeiten müssen von ihnen auch genutzt werden.

Der Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung im bestehenden System der Sozialen Sicherheit hat - wie in der Theorie des funktionsfähigen Wettbewerbs - zum Zweck

- ein Angebot bereitzustellen, das den Konsumentenpräferenzen entspricht (Steuerungsfunktion)
- Produktionsverfahren anzuwenden, die größtmögliche Effizienz des Faktoreinsatzes gewährleisten (Allokationsfunktion) sowie technische Fortschritte im Sinne kostengünstigerer Produktionsmethoden und neuerer, besserer Produkte zu realisieren (Innovationsfunktion)

In der neueren *Markttheorie* ist der Einfluß der asymmetrischen Information in bezug auf die Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus wohl zuerst von Akerlof in seinem berühmt gewordenen Aufsatz „The market for lemons“ erkannt worden. Unter einem derartigen Markt versteht man - bezogen auf die Krankenversicherung - die wohlbekannteste Tatsache, daß über 65 - jährige (lemons, M. M.) es schwer haben, eine (private, M.M.) Krankenversicherung zu kaufen. Daraus ergibt sich die natürliche Frage, warum der Preismechanismus nicht funktioniert, d. h. „*why doesn't the price rise to match the risk ?*“ (Akerlof)

Die Antwort darauf ist, daß es einen Anreiz für überdurchschnittlich „schlechte“ Risiken gibt, sich zu einer durchschnittlichen Prämie zu versichern, wenn am Markt asymmetrische Information über das Krankheitsrisiko gegeben ist. Diese drückt sich darin aus, daß zwar der Versicherte das Niveau seines Krankheitsrisikos, d. h. der Wahrscheinlichkeit zu erkranken und der etwaigen Behandlungskosten kennt, aber der Versicherer zwischen den Versicherten mit unterschiedlichen Risikowerten nicht unterscheiden (diskriminieren) kann. M. a. W. der Versicherer unterschätzt *systematisch* die Höhe des Krankheitsrisikos,

wenn er die „risikoäquivalente“ Prämie kalkuliert. Die Unsicherheit wird demzufolge einseitig von überdurchschnittlich „schlechten“ Risiken zu Lasten des Versicherers ausgenutzt („moral hazard“) <sup>a</sup>.

*„The result is that the average medical condition of insurance applicants deteriorates as the price level rises - with the result that no insurance sales may take place at any price“ (Akerlof)*

Wenn der durchschnittliche Gesundheitszustand von Bewerbern (applicants) einer Krankenversicherung sich verschlechtert, bedeutet dies, daß die überdurchschnittlich „guten“ Risiken, soweit sie nicht extrem risikoscheu sind, eine derartige Krankenversicherung nicht kaufen; kaufen sie sie dennoch, zahlen sie letztlich für die Folgen der asymmetrischen Information.

Unter diesen Bedingungen muß der Krankenversicherungsmarkt zum Erliegen kommen; Wechsel zwischen Krankenversicherern können dann nicht mehr stattfinden.

Die „schlechten“ Risiken verdrängen analog dem Gresham`schen Gesetz die „guten“ Risiken vom Markt. Aber die Analogie zum Gresham`schen Gesetz ist nicht ganz vollständig: Im Falle der Krankenversicherung kennt nur der Bewerber (applicant) den Unterschied zwischen einem „guten“ und „schlechten“ Risiko. In Gresham`s Gesetz dagegen werden vermutlich beide - der Käufer und Verkäufer - den Unterschied zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Geld kennen. *„So the analogy is instructive, but not complete“ (Akerlof).*

Aus alldem zieht Akerlof den Schluß, daß im strikten Sinne die Anwesenheit von moral hazard gleichermaßen unvorteilhaft für beide - öffentliche und private - Programme ist. In einem weiteren Sinne, welcher die adverse Selektion einschließt, gibt moral hazard einen entscheidenden Vorteil für *öffentliche* Krankenversicherungsprogramme (Akerlof, 1970, S. 488 f <sup>29</sup> )

---

<sup>a</sup> Der auf Arrow zurückgehende Begriff (ins Deutsche wenig zutreffend als „moralisches Risiko“ übersetzt) sagt aus, daß das Bestehen einer Versicherung die Verhaltensanreize für den Versicherten ändert und damit auch die Wahrscheinlichkeiten zu erkranken, mit denen der Versicherer rechnen muß. Entscheidend dabei ist, daß der Versicherer die Aktionen des Versicherten und deren Veränderungen nicht beobachten kann („hidden action“).

In der Theorie des „managed competition“ *„the markets for health insurance and health care are not naturally competitive: they are susceptible to many forms of market failure. Health plans and consumers may use strategies that lead to inequity and inefficiency. But experience with successful models of competition suggests that tools are available to enable sponsors ( active collective agents on the demand side who contract with health plans to structure and manage competition) to use competition to achieve a reasonable degree of equity and efficiency for their sponsored populations. All this implies a more complex, dynamic and sophisticated view of competition than one usually finds in apologia for free market. A free market is not possible in health insurance“* (Enthoven, 1998, S. 305 )

Interpretiert man die Aussagen des „managed competition“ richtig, so kommt es - Breyer/Zweifel zufolge - für eine optimale Allokation der Ressourcen nicht unbedingt darauf an, daß tatsächlich auf allen Ebenen ein Wettbewerbsmarkt vorliegt. So betrachtet stellen Wettbewerb und staatliche Regulierung kein Gegensatzpaar dar, sondern die staatliche Regulierung kann Voraussetzungen schaffen, unter denen sich die Akteure so verhalten wie im Wettbewerb (Als - ob - Wettbewerb).

Das bedeutet, daß die Wettbewerbsverhältnisse in der Krankenversicherung in einer ganz bestimmten Weise gestaltet werden müssen.

Entsprechend den obigen Ausführungen muß jede Krankenversicherung - private oder staatliche - mit den Problemen des moral hazard und der Risiko-selektion kämpfen.

Was das Problem des moral hazard angeht, so kennt wohl der einzelne Krankenversicherer am besten die Lösung dieses Problems. Die Ergebnisse zur optimalen Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen weisen darauf hin, daß eine gewisse Kostenbeteiligung der Versicherten im eigenen Interesse optimal sein dürfte. Wenn jedoch die Intensität der Behandlung nicht mehr durch den Patienten, sondern durch einen am Behandlungserfolg und nicht nur an seinem Einkommen interessierten Arzt festgestellt wird, kommt auch eine Kostenbeteiligung der Ärzte in Frage, wie sie in den HMO's Health Maintenance Organizations tendenziell verwirklicht ist.

Was das Problem der Risikoselektion betrifft, so ist staatliche Regulierung nötig, um Wettbewerb zu gewährleisten. Wie später gezeigt werden wird, müssen

sowohl nach dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip handelnde Versicherer als auch nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip agierende Kassen „schlechte“ Risiken abwehren, um ihr finanzielles Gleichgewicht zu wahren. Je stärker die Versicherer dem Wettbewerb ausgesetzt sind, um so größere Anstrengungen werden sie unternehmen, „gute“ Risiken anzuziehen und „schlechte“ fernzuhalten. Für „schlechte“ Risiken, die keine Versicherungsdeckung finden, müßte eine staatliche Auffanginstitution geschaffen werden. Damit würde man jedoch ausgerechnet chronisch Kranke und Behinderte der Wahlfreiheit und der Teilhabe an den durch den Wettbewerb induzierten Innovationen berauben.

Die Lösung dieser Problematik sehen Breyer/Zweifel in der Aufgabe des Staates, einen Wettbewerb um die Versicherung solcher Risikogruppen zu organisieren. Zu diesem Zweck muß der Staat Subventionen bereitstellen, welche die zu erwartenden Mehrkosten abdecken, die mit der Hereinnahme der „schlechten“ Risiken verbunden sind.

Zur Wahrung der Budgetneutralität könnte die Politik versucht sein, darüber hinaus die Versicherer mit einem überdurchschnittlichen Anteil „guter“ Risiken zu einer Ausgleichszahlung zugunsten der Konkurrenten mit zu vielen „schlechten“ Risiken zu verpflichten. Dies käme der Erhebung einer „Internalisierungssteuer“ gleich, wobei die Abwehr „schlechter“ Risiken einem negativen externen Effekt gleichzusetzen wäre.

Der regulierte Wettbewerb um die „schlechten“ Risiken kann grundsätzlich auf alle problematischen Bevölkerungskreise ausgedehnt werden. Wenn die Aufnahme eines Arbeitslosen oder einer Person mit geringem Einkommen eine genügend hohe Subvention nach sich zieht, werden sich sogar nach dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip handelnde Krankenversicherer um diese Personengruppen bemühen. Damit könnte auch die Einschränkung der Wahlfreiheit zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung auf Einkommensbezieher oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze wegfallen, so daß die Träger der Privaten und der Sozialen Krankenversicherung unmittelbar miteinander in Wettbewerb treten könnten. Unter der Voraussetzung, daß die Kassen vom Zwang befreit werden, mit den Verbänden der Ärzte und Krankenhäuser Verträge abzuschließen, können sie sich auch dem internationalen Wettbewerb stellen. Siehe dazu Breyer/Zweifel, 1999, S.434. f.<sup>30</sup>

Innerhalb der Theorie des funktionsfähigen Wettbewerbs wird ein maßgeblicher Einfluß des *Marktstrukturmerkmals* „*Offenheit des Marktes*“ angenommen. Die



Höhe der Markteintritts- und Austrittsschranken wird neuerdings unter dem Schlagwort des „contestable market“ (Baumol u. a., 1982) behandelt: Die contestability of markets stelle ein entscheidendes Wettbewerbselement dar.

Allerdings ist das Merkmal „Offenheit des Marktes“ nicht völlig unumstritten. Zwar wird einerseits fast einhellig darauf hingewiesen, daß von potentieller Konkurrenz erhebliche Wettbewerbsimpulse ausgehen. Aber andererseits wird dagegen eingewendet, daß freier Marktzutritt nur dann ein effizientes Marktergebnis sichert, wenn ein sogenanntes tragfähiges Preissystem für *alle* Marktteilnehmer existiert. Sofern das nicht der Fall ist, kann freier Marktzutritt zu excess entry (Rosinenpicken) führen, wodurch wiederum die Frage aufgeworfen wird, ob in solchen Fällen der Marktzutritt durch Ausnahmebereichsregelungen einzuschränken ist.

Der Transmissionsmechanismus „Wahlen“, mit dem die Nachfrager ihre Präferenzen gegenüber den Anbietern zum Ausdruck bringen, führt dazu - wie die *Diskussion des Systemwettbewerbs* gezeigt hat - , daß einerseits der Spielraum der Politiker zu nicht präferenzkonformem Verhalten groß ist, andererseits aber Innovationen weniger schnell eingeführt werden können als im privatwirtschaftlichen Bereich, da sie auf Konsensfindung und -bildung beruhen. Im Sinne der „Konstanz der Wirtschaftspolitik“ (Eucken) kann diese Restriktion als Gegenmittel „übertriebener Experimentierfreudigkeit“ positiv bewertet werden. Auch die konstitutionelle Beschränkung des Staates und der Politiker, wie sie die *institutionelle Ökonomik* fordert, kann als eine Beschränkung im Austauschprozeß gedeutet werden. Der „contrat social“ muß einerseits Stabilität aufweisen, um einen sicheren Rahmen für individuelles Handeln abzugeben, darf aber andererseits nicht zu starr sein, um der Möglichkeit von politischer Innovation Raum zu geben. Siehe dazu ausführlich „Diskussionspapiere“, 2002, S. 14 f<sup>31</sup>.

Eine analoge „Gesetzlichkeit“ kann auch für den Systemwettbewerb GKV und PKV unterstellt werden: Der „Wechsel“ würde als Transmissionsriemen wirken, der die Nachfrageimpulse auf die Anbieter überträgt mit ähnlichen Ergebnissen wie eben geschildert.

Nach den *Vorstellungen von Gesundheits- und Versicherungsökonom* kann das Angebot an Krankenversicherungsleistungen als ein durch die individualwirtschaftliche Nachfrage geregelter Prozeß aufgefaßt werden.

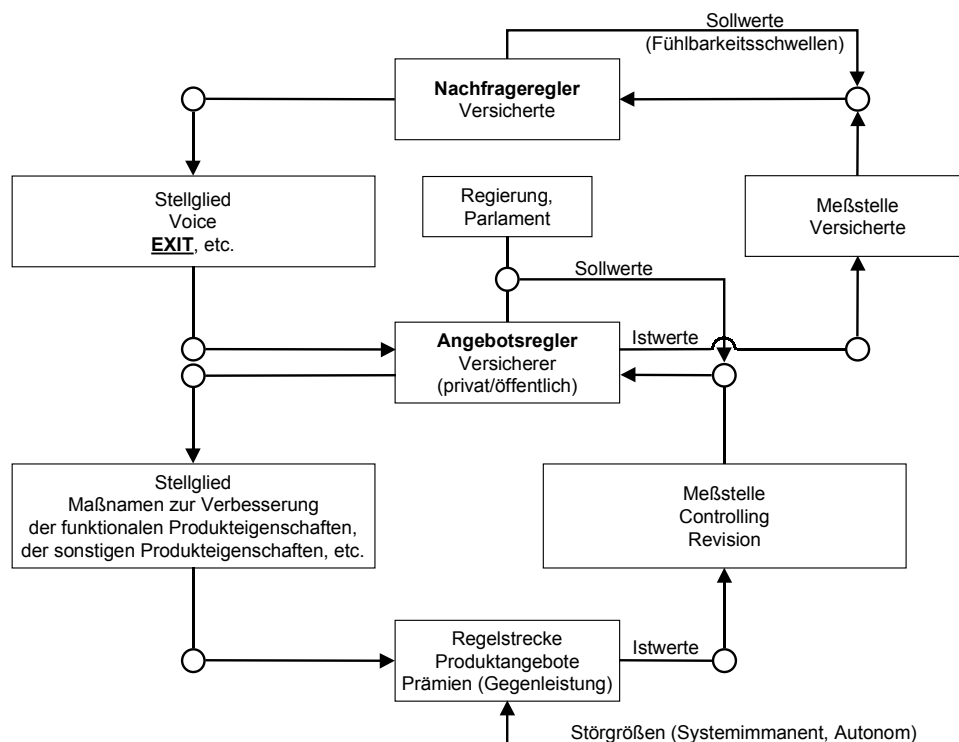
Was den *Aufbau des Regelungsmechanismus* angeht, so stehen im Zentrum des Marktgeschehens folgende Größen:

- Die Regler: Der Nachfrageregler (Versicherte) und der Angebotsregler (Versicherer), durch welche die Planungen und Entscheidungen der konsumenten- und unternehmensindividuellen Maßnahmen erfolgen,
- Die Regelstrecken, d. s. die zu steuernden Daten über das Produktangebot bzw. die Produkthanbieter,
- Die Stellglieder (-schrauben), das sind die verfügbaren Instrumentenarsenale,
- Die Meßstellen mit ihren Meßinstrumenten und ihren Informationen über die Lage von privaten Haushalten und Unternehmen und deren Entwicklungen,
- Die Störgrößen - seien sie systemimmanent oder autonom (Bsp. Epidemien).

Bezüglich des *Ablaufs im Regelmechanismus*, kann die Steuerung des Angebots durch die Nachfrage unter der für funktionierende Märkte konstitutiven Konsumentensouveränität als ein *zweigliedriger* Regelkreis angesehen werden.

Innerhalb des (*untergeordneten*) *Anbieterregelkreises* werden die Daten über Produktangebote /Prämieinnahmen von den Meßstellen - Controlling, Revision - ermittelt und stehen dem Entscheidungsprozeß der Geschäftsleitung (Anbieterregler) zur Verfügung. Im Falle von Abweichungen zwischen Istwerten und Sollwerten, z. B. bezüglich der tatsächlich realisierten vs. den geforderten Produkteigenschaften, kann die Geschäftsleitung konkrete Entscheidungen über den Einsatz unternehmensindividueller Maßnahmen treffen, von deren Wirkung eine Annäherung der Istwerte an die Sollwerte des Produktangebotes erwartet wird.

Abbildung 3-1: Nachfrage-Angebots-Regelmechanismus am Krankenversicherungsmarkt



Quelle: Eigene Darstellung

Vom Anbieterregelkreis „wandert“ das Produktangebot in den (*übergeordneten*) *Nachfragerregelkreis*. Innerhalb dieses Regelkreises werden die Produktangebotsdaten von der Meßstelle, z. B. von Haushaltsmitgliedern ermittelt und stehen dem Willensbildungsprozeß des Haushaltsvorstandes (Nachfrager) zur Verfügung. Falls gewisse „Fühlbarkeitsschwellen“ beim Soll-/Istgleich von Produkteigenschaften überschritten werden, kann der Haushaltsvorstand gegensteuernde Entscheidungen über den Einsatz haushaltsindividueller Maßnahmen treffen (z. B. Reklamationen an das Unternehmen oder die Aufsicht, Androhung bzw. Realisierung des Exits).

Wie sich an diesem Regelschema zeigt, ist Exit eine der vielen Stellschrauben des Marktsystems, wenngleich eine besonders wichtige.

## 3.2 Rechtliche Grundlagen der Exit - Option

### 3.2.1 Begriffsbestimmung der Exit - Option

Eine *Legaldefinition* der Exit - Option, d.h. der gegenwärtig bestehenden Option, aus einer Gesetzlichen Krankenkasse auszuscheiden und sich statt dessen bei einem Unternehmen der Privaten Krankenversicherung abzusichern, vorausgesetzt das Einkommen eines Pflichtversicherten übersteigt die Beitragsbemessungs- und damit gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze, ist im SGB V und in anderen Gesetzestexten bisher nicht gegeben.

Dagegen findet sich der Exit - Optionsbegriff in der Literatur in vielfältigen Anwendungen, meist für Exit - Optionen *innerhalb* der Gesetzlichen oder *innerhalb* der Privaten Krankenversicherung.

Der Begriff der Exit - Option wird in dieser Arbeit - sofern nicht ausdrücklich anders vermerkt - für die Exit - Option *zwischen* den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungsträgern verwendet.

### 3.2.2 Wahlmöglichkeiten zwischen Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungsträgern

Beim Wettbewerb um den Gesamt- bzw. Teilbestand der Versicherten ist in der Vergangenheit eine Entwicklungstendenz zur stetigen Ausweitung des versicherten Personenkreises sowie zur Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erkennen. Der Wahlspielraum im Nebeneinander von GKV und PKV ist personal begrenzt auf die Gruppen der freiwillig Weiterversicherten (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und der sonstigen Beitrittsberechtigten (§ 9 Abs. 1 Satz 2 - 5 SGB V).

Eine Konkurrenz um Mitglieder erscheint zwischen Krankenversicherungsträgern nur hinsichtlich derjenigen Personen möglich und sinnvoll, die zwischen diesen wählen können. Nur insoweit kann ein Markt bestehen. So braucht ein Versicherungsträger von vorne herein nicht um solche Mitglieder zu konkurrieren, die ihm selbst oder aber einem anderen Träger ohne Wahlmöglichkeit

kraft Gesetzes zugewiesen sind. Gleiches gilt hinsichtlich derjenigen Personen, die er von Gesetzes wegen überhaupt nicht versichern kann. Daher kommt der Bestimmung der in der Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten bzw. versicherbaren Personenkreise eine ausschlaggebende Bedeutung für die hier zu untersuchende Frage zu.

In der Privaten Krankenversicherung herrscht das Prinzip der Versicherungsfreiheit: Die Versicherungsverhältnisse kommen aufgrund freiwillig abgeschlossener Verträge zustande. Demgegenüber besteht in der Gesetzlichen Krankenversicherung überwiegend Versicherungspflicht, die dem sozialen Schutzbedürfnis bestimmter Personengruppen dient. In diesem Bereich wird die Beteiligungsmöglichkeit der Privaten Krankenversicherung stark eingeschränkt, da sie sich insoweit kaum einen Markt schaffen kann. In einer Art Übergangszone zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung sind Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung sowie der Befreiung von der Versicherungspflicht eröffnet. Hier hat der Versicherte mithin die Wahl zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung. *Diese Andeutungen lassen bereits erkennen, daß für die Frage der Wahlmöglichkeit zwischen Krankenversicherungsträgern der Umfang der Gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend ist.* Im folgenden soll daher ein Überblick über die von der Gesetzlichen Krankenversicherung erfaßten Personenkreise gegeben werden.

*Keine Exit - Option* räumt der Gesetzgeber den in der Gesetzlichen Krankenversicherung *Pflichtversicherten* ein.

Aus dem Wesen der *Versicherungspflicht* ergibt sich, daß alle Personen, welche die im Gesetz festgelegten Voraussetzungen erfüllen, der Gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand kraft Gesetzes angehören, unabhängig von ihrem Willen, von einer Meldung oder Beitragszahlung.

Nach Wannagat geht der Gesetzgeber in der Krankenversicherung - wie in der Renten- und Arbeitslosenversicherung - gesetzestechnisch in der Weise vor, daß er als Grundtatbestand der Versicherungspflicht die Beschäftigung eines Arbeitnehmers gegen Entgelt ansieht. Dieser Tatbestand wird dann eingeschränkt (z. B. trotz Vorliegens eines entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses wird keine Versicherungspflicht begründet bei Angestellten, welche die gesetzliche Jahresarbeitsverdienstgrenze überschreiten, bei einer nur gelegentlichen oder geringfügigen Beschäftigung, bei Beamten, so weit ihnen anderweitig aus-

reichende Versorgung zusteht) oder erweitert (z. B. Versicherungspflicht der Lehrlinge trotz unentgeltlicher Beschäftigung). Siehe Wannagat, 1965, S. 342.

Zum Teil knüpft der Gesetzgeber aber auch an andere sachliche und rechtliche Voraussetzungen als an den Tatbestand der Beschäftigung an.

Nach § 5 SGB V sind insbesondere Arbeiter und Angestellte (Nr. 1) versicherungspflichtig, jedoch nur, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten nicht übersteigt. Versicherungspflichtig sind nach dieser Vorschrift weiterhin u. a. Studenten (Nr. 9) und Rentner (Nr. 11). Der § 5 SGB V sieht auch für bestimmte Gruppen von Selbständigen eine Krankenversicherungspflicht vor, z. B. für Landwirte (Nr. 3) sowie für Künstler und Publizisten (Nr. 4).

### **Versicherungspflicht privat Krankenversicherter**

Privat Krankenversicherte, die versicherungspflichtig werden, *können* gem. § 5 Abs. 9 SGB V den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch dann, wenn eine Versicherung gem. § 10 SGB V (Familienversicherung) eintritt.

Privat Krankenversicherte, die nach vollendetem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig werden, sind mit Wirkung vom 01. Juli 2000 an versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren zu keinem Zeitpunkt gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, daß diese privat Krankenversicherten mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig waren.

Von dieser Neuregelung der GKV - Gesundheitsreform 2000 sind auch die Ehegatten der Beamten, Selbständigen und versicherungsfreien Arbeitnehmer erfaßt, wenn sie nach vollendetem 55 Lebensjahr versicherungspflichtig werden und in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren.

Die Neuregelung verhindert, daß privat Versicherte durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung kurz vor Ende ihres Berufslebens Zugang zu den im Vergleich zur Privaten Krankenversicherung günstigeren Versicherungsbedingungen im Alter bekommen, ohne sich zuvor selbst in ausreichendem Maße an der solidarischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt zu haben. Zugleich eröffnet das Gesetz diesem Personenkreis

aber die Möglichkeit, innerhalb der Privaten Krankenversicherung bereits ab vollendetem 55. Lebensjahr den von den Versicherern zu günstigen Versicherungsprämien angebotenen *Standardtarif* zu wählen.

*Exit - Optionen* räumt der Gesetzgeber dagegen Pflichtversicherten ein, wenn eine Befreiungsmöglichkeit besteht

In einer Reihe von Fällen ist eine *Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag* möglich (§ 8 SGB V). Nach Abs. 1 dieser Vorschrift wird im wesentlichen derjenige auf Antrag von seiner Versicherungspflicht befreit, welcher versicherungspflichtig wird

- wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Nr. 1)
- wegen Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während eines Erziehungsurlaubs (Nr. 2)
- wegen Herabsetzung einer vollschichtigen auf eine halbschichtige Beschäftigung (Nr. 3)
- wegen Beschäftigung als Arzt im Praktikum ( Nr. 6)

Von besonderem Interesse ist die Befreiung von der Versicherungspflicht wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Nr. 1).

Weitere *Exit – Optionen* bestehen für die Gruppen der Versicherungsberechtigten und der freiwillig Weiterversicherten.

Eine derartige *Versicherungsberechtigung* besteht gem. § 9 SGB V im wesentlichen für

- Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren (Nr. 1),
- Berufsanfänger, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze sofort versicherungsfrei sind (Nr. 3),
- Schwerbehinderte, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren (Nr. 4),
- Arbeitnehmer, die innerhalb von zwei Jahren nach Rückkehr aus dem Ausland wieder eine Beschäftigung aufnehmen (Nr. 5).

Die freiwillige Versicherung für die erstgenannte Personengruppe setzt somit i. d. R. voraus, daß diese Personen bereits vorher der Gesetzlichen Krankenversicherung angehört haben.

*Ohne Wahlmöglichkeiten* zwischen den Krankenversicherungsträgern sind schließlich die Personenkreise, die weder der Pflicht- noch der freiwilligen Versicherung unterliegen. Diese können nur zwischen den verschiedenen privaten Krankenversicherungsträgern wählen, wenn sie sich überhaupt für den Krankheitsfall versichern wollen.

Alle genannten Bestimmungen zur Versicherungsberechtigung und freiwilligen Versicherung haben insoweit zwingenden Charakter, als die Versicherungsträger an die darin enthaltenen Regelungen gebunden sind. Die Gesetzlichen Krankenkassen können mithin weder einen zulässigen Befreiungsantrag noch eine entsprechenden Beitritts- oder Weiterversicherungserklärung ablehnen. Ebenso wenig kann durch eine ausdrückliche oder stillschweigende Aufnahme ein Versicherungsverhältnis begründet werden, wenn die Voraussetzungen dafür nicht vorliegen. Bei der freiwilligen Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es auch - anders als in der Privaten Krankenversicherung - keine Möglichkeit, den Inhalt des Versicherungsverhältnisses zu gestalten.

Die soeben angesprochenen Unterschiede zwischen Privater Krankenversicherung und freiwilliger Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ändern jedoch nichts an der Tatsache, daß denjenigen Personengruppen, die sich auf Antrag von der Gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen, ihr beitreten oder sich in ihr weiterversichern können, ein Wahlrecht zwischen beiden Versicherungsträgern zusteht. Denn in diesen Fällen kann der Betreffende grundsätzlich frei entscheiden, ob er in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein will. *„Da es unwahrscheinlich ist, daß jemand gänzlich ohne Krankenversicherungsschutz bleiben will, bedeutet ein Abwenden von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugleich ein Hinwenden zur Privaten Krankenversicherung und umgekehrt. Demgegenüber hat weder der sehr große Kreis der Pflichtversicherten ohne Befreiungsmöglichkeit, noch der außerordentlich kleine Kreis der Nicht-Versicherungspflichtigen und Versicherungsfreien ohne Beitrittsmöglichkeit ein derartiges Wahlrecht: Die erste Gruppe ist ausschließlich der Gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet, die zweite kann sich nur zwischen Privater Krankenversicherung oder einer Versicherungslosigkeit entscheiden“* (Loytved, 1980, S. 51).



### 3.2.2.1 Anbieterwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Bezüglich der rechtlichen Grundlagen des Anbieterwechsels *innerhalb* der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. *innerhalb* der Privaten Krankenversicherung, ist festzustellen, daß auch diese Regelungen (indirekte) Wirkungen auf den Versichertenwettbewerb beider Systeme ausüben.

Diese Regelungen betreffen im Bereich der *Gesetzlichen Krankenversicherung* die Wahlrechtsreform mit Wirkung vom 01. Januar 1996 sowie die Neuregelung der Kassenwahlrechte zum 01. Januar 2002.

Seit Beginn dieses Jahres können *alle* Versicherten - Versicherungspflichtige *und* freiwillige Mitglieder - die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum Ende des übernächsten Kalendermonats kündigen. Diese Möglichkeit hatten bis dahin nur die freiwilligen Mitglieder.

An die Wahl der Krankenkasse sind *alle* Mitglieder - Versicherungspflichtige *und* freiwillige Mitglieder – 18 Monate gebunden – es sei denn, daß das Wahlrecht vor dem 01. Januar 2002 ausgeübt worden ist. Die 18 monatige Bindungsfrist gilt also jetzt auch für freiwillige Mitglieder.

Die Bindungsfrist (von 18 Monaten) gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Auch freiwillige Mitglieder, die ihre Mitgliedschaft kündigen, weil sie die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllen oder eine Private Krankenversicherung abschließen wollen, brauchen die Bindungsfrist nicht zu erfüllen. Schließlich können die Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen, daß die Bindungsfrist nicht gilt, wenn zu einer anderen Krankenkasse derselben Kassenart gewechselt wird.

Dagegen begründet der Eintritt einer neuen Versicherungspflicht, etwa beim Wechsel des Arbeitgebers oder wenn Arbeitslosengeld oder eine Rente bezogen wird, künftig nicht mehr ohne weiteres ein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse.

Siehe dazu ausführlich bmg, 2001, S.1 f <sup>32</sup>, Kaross/Meesters, 1999, S. 46 f;

„Die Einführung des freien Kassenwahlrechts für nahezu alle gesetzlich Versicherten mit Beginn des Jahres 1996 hat den Wettbewerb der Kassen vollends

zum bestimmenden Organisationsprinzip der GKV gemacht hat. Der Gesetzgeber folgte damit einer sozialpolitischen und verfassungsrechtlichen Notwendigkeit, denn die unterschiedlichen Wahlrechte, insbesondere die Ungleichbehandlung der Arbeiter und Angestellten, war angesichts extremer Beitragsunterschiede kaum noch zu rechtfertigen“ (Kaross/Meesters, 1999, S. 246). Diesen Kurs behält auch die Neuregelung der Kassenwahlrechte zum 01. Januar 2002 bei.

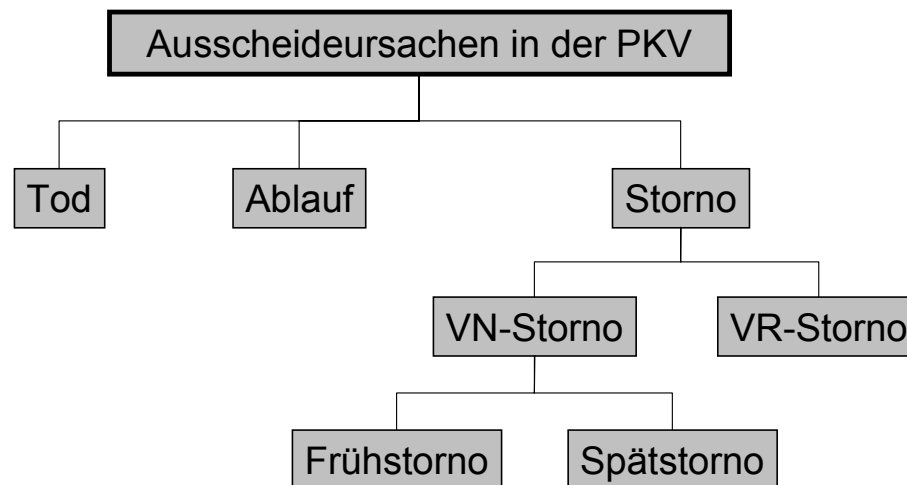
Ob und inwieweit mit der Wahlrechtsreform die Intentionen des Gesetzgebers *tatsächlich* erreicht werden, wird in Wissenschaft und Praxis kontrovers diskutiert.

Siehe dazu Terhorst, 2000, S. 130, Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S. 1 f.<sup>33</sup>

### **3.2.2.2 Anbieterwechsel in der Privaten Krankenversicherung**

Was die Beendigung des *Ausgangsversicherungsvertrages* angeht, so können auch private Krankenversicherungsverträge wie alle Dauerschuldverhältnisse beendet werden. Geschieht dies, ist die Konsequenz, daß der Versicherungsnehmer aus der Gefahrgemeinschaft ausscheidet. In der Krankenversicherung ist es allgemein üblich, diejenigen Abgänge aus dem Bestand, die nicht auf Tod („schicksalhafte Vertragsbeendigung“) oder - bei befristeten Verträgen (nichtsubstitutive Krankenversicherung) - auf Zeitablauf, sondern - bei auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Verträgen (substitutive Krankenversicherung) - auf Kündigung beruhen, als *Storno* zu bezeichnen. Im Falle, daß der betreffende Versicherungsnehmer (VN) den Abgang selbst veranlaßt hat, spricht man von VN - Storno oder Austritt, im anderen Falle, daß der Versicherer (VR) für den Abgang verantwortlich ist, spricht man von VR - Storno oder Ausschluß. Das VN - Storno läßt sich weiterhin danach unterscheiden, ob der Abgang innerhalb der ersten 24 Monate seit Vertragsbeginn („Frühstorno“) oder erst später („Spätstorno“) erfolgt ist.

Abbildung 3-2: Ausscheideursachen in der PKV



Quelle: Terhorst, 2000, S. 51

Die Stornierung eines PKV - Vertrages kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Siehe dazu ausführlich Terhorst, 2000, S. 51 f.

**Festzuhalten ist**, daß das private Krankenversicherungsverhältnis wie jedes andere Versicherungsverhältnis vom *Versicherungsnehmer* ohne Angabe von Gründen zum Ende der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden kann. Im Gegensatz dazu kann der *Versicherer* ein bestehendes Vertragsverhältnis entweder überhaupt nicht (in der substitutiven Krankenversicherung) oder nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre (in der nichtsubstitutiven Krankenversicherung) ordentlich kündigen. Deshalb ist das VR - Storno in der Praxis relativ unbedeutend und betrifft im wesentlichen die nichtsubstitutive Krankenversicherung.

Mit der Beendigung des Vertrages erlischt der Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer - auch für schwebende Versicherungsfälle. An seine Stelle tritt entweder eine vergleichbare Absicherung außerhalb der Privaten Krankenversicherung in Form der Selbst- bzw. der Nicht - Versicherung oder aber die (sich aus dem Begriff des Anbieterwechsels ergebende) Weiterversicherung in der Privaten Krankenversicherung, d.h. der Abschluß eines *Folgeversicherungsvertrages* bei einem neuen Versicherungsunternehmen. Siehe dazu Terhorst, 2000, S. 55 f.

### 3.2.3 Versicherungsmöglichkeiten bei einzelnen Krankenversicherungsträgern

Während bisher die Wahlmöglichkeit zwischen Krankenversicherungsträgern unter dem Gesichtspunkt erörtert worden ist, welche Personenkreise allgemein von der Privaten Krankenversicherung und welche von der Gesetzlichen Krankenversicherung erfaßt werden, soll nunmehr untersucht werden, inwieweit die einzelnen Krankenversicherungsträger zuständig bzw. berechtigt sind, bestimmte Mitgliedergruppen aufzunehmen. Denn auch diese Frage beeinflusst unmittelbar die Entscheidungsfreiheit der Versicherten bzw. Versicherungsnehmer und damit die *mögliche* Konkurrenz Privater und Gesetzlicher Krankenkassen um Mitglieder.

Die Unternehmen der *Privaten Krankenversicherung* versichern grundsätzlich jeden Interessenten. Mitunter enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. Satzungen aber auch sachliche Beschränkungen bezüglich des zu versichernden Personenkreises, wie z. B. auf Ärzte oder Beamte und ihnen Gleichgestellte. Durch andere Regelungen wird der Kreis der möglichen Versicherungsnehmer nach Alter, Gesundheitszustand oder Wohnsitz eingegrenzt. Nur wer diese Voraussetzungen erfüllt, hat dann regelmäßig die Möglichkeit, das betreffende Versicherungsunternehmen für seinen Krankenversicherungsschutz zu wählen. Dabei kann die Frage, ob mit einer als „nicht versicherungsfähig“ bezeichneten Person im Einzelfall ein wirksames Versicherungsverhältnis zustande kommen kann, hier unberücksichtigt bleiben. Entscheidend ist nämlich, daß derartige Aufnahmebeschränkungen die Entscheidungsfreiheit der Versicherungswilligen rein tatsächlich verringern.

Ebenso wie die Private wird die *Gesetzliche Krankenversicherung* seit 1996 weitgehend durch das Prinzip der freien Kassenwahl geprägt, d. h. die Versicherten haben insoweit eine Wahl zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern.

Die wählbaren Kassenarten nennt § 173 Abs. 2 SGB V abschließend: Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

- die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnortes (Nr. 1),
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt (Nr. 2),

- die Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse besteht (Nr. 3),
- die Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse dies vorsieht (Nr. 4),
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat (Nr. 5),
- die Krankenkasse, bei welcher der Ehegatte versichert ist (Nr. 6).

Falls die Satzung eine Regelung nach Nr. 4 enthält, gilt diese für abgegrenzte Regionen i. S. des § 143 Abs. 1 SGB V, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse ergibt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen.

Jeder gesetzlich Versicherte kann die auf Landesebene organisierten Allgemeinen Ortskrankenkassen seines Beschäftigungs- oder Wohnortes oder eine der zumeist bundesweit tätigen Ersatzkassen wählen. Mit Einschränkung stehen auch die Betriebskrankenkassen oder Innungskrankenkassen zur Verfügung: Einer *nicht geöffneten* Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse (Nr. 3) können grundsätzlich nur diejenigen Versicherten beitreten, die auch in dem Betrieb arbeiten für die diese errichtet worden ist. Mit wenigen Ausnahmen, z. B. dem Ehegattenwahlrecht (§ 173 Abs. 2 Nr. 6 SGB V), sind diese Kassen somit ausschließlich für Betriebs- und Innungsangehörige wählbar. Die *geöffneten* Betriebskrankenkassen oder Innungskrankenkassen stehen dagegen vollständig im Wettbewerb untereinander sowie mit den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen. Sie können von betriebs- oder innungsfremden Versicherten gewählt werden, soweit jene ihren Beschäftigungs- oder Wohnort im jeweiligen Kassenzuständigkeitsgebiet haben. Einige dieser Kassen sind bundesweit tätig, andere auf ein oder mehrere Bundesländer beschränkt. Das Tätigkeitsgebiet bestimmt sich bei diesen Kassen nach den Allgemeinen Ortskrankenkassen-Bezirken (i. d. R. den Bundesländern), in denen das jeweilige Trägerunternehmen bzw. die jeweilige Trägerinnung Betriebsteile hat.

Zu den Gesetzlichen Krankenkassen gehören außerdem die See- Krankenkasse, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Bundesknappschaft. Diese sind allerdings keine Wahl-, sondern reine Zuweisungskassen.

### **3.2.4 Verfolgen wirtschaftlicher Ziele beim Angebot von Versicherungsschutz**

Obgleich die *Private Krankenversicherung* beim Angebot von Versicherungsschutz auch ein sozialpolitisches Ziel verfolgt, wird ihre Tätigkeit doch weitgehend von wirtschaftlichen Zielsetzungen beherrscht. Das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) bestimmt in § 7 Abs. 1, daß die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb nur Versicherungsaktiengesellschaften, Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts übertragen werden darf. Tatsächlich spielt die Rechtsform der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts heute in der Privaten Krankenversicherung keine Rolle mehr. Was die wirtschaftlichen Zielsetzungen angeht, könnte man von einer Art „*inneren Angleichung*“ der beiden erst genannten Rechtsformen sprechen, angesichts der Tatsache, daß die Mehrzahl der gegenwärtig existierenden Gegenseitigkeitsvereine ihre Geschäftsgrundsätze längst den erwerbswirtschaftlich orientierten Versicherungsaktiengesellschaften angepaßt haben. Ohnehin steht das Publikum beim Abschluß eines Versicherungsvertrages der Rechtsform des Vertragsunternehmens mehr oder minder indifferent gegenüber, da sich Aktiengesellschaften und Gegenseitigkeitsvereine sowohl hinsichtlich der Qualität des gebotenen Versicherungsschutzes als auch hinsichtlich ihrer Funktion im gegliederten Krankenversicherungssystem nicht mehr unterscheiden.

Im Gegensatz zur Privaten erfüllt die *Gesetzliche Krankenversicherung* vorrangig eine soziale Aufgabe. Jedoch hat auch sie keinen rein wohltätigen Charakter.

Das Fünfte Sozialgesetzbuch legt in seinem § 4 Abs. 1 fest: Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentliche Rechts mit Selbstverwaltung. Was deren Zielsetzung angeht, so kann man von einer sozialwirtschaftlichen Ausrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung sprechen. Da alle Versicherten die gleichen Sach- und Dienstleistungen in Anspruch nehmen können im Vergleich zu ungleichen Beiträgen, resultierend aus unterschiedlicher finanzieller Leistungsfähigkeit der Mitglieder, ergeben sich teilweise erhebliche Dis-

krepanzen zwischen Leistung und Gegenleistung. Der darin zum Ausdruck kommende Gedanke eines *sozialen Ausgleichs* könnte gegen eine wirtschaftliche Ausrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit gegen eine Marktteilnahme der Gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot von Versicherungsschutz sprechen.

Dagegen ist geltend zu machen, daß sich der angedeutete Umverteilungseffekt häufig im Laufe eines Versichertenlebens kompensieren wird. *„Betrachtet man die Finanzierung der Leistungen nicht zu einem Zeitpunkt, sondern über den Zeitraum der gesamten Versicherungsdauer, so zeigt sich, daß sich empfangene und geleistete Einkommensübertragungen bei durchschnittlichem Lebensschicksal zum überwiegenden Teil wieder ausgleichen. Die interpersonelle Einkommensumschichtung der Zeitpunkt Betrachtung wird zur intertemporalen Einkommensverteilung in der Zeiträum Betrachtung. Lediglich die Personen, die seit Beginn ihrer Tätigkeit überdurchschnittliche Einkommen bezogen, sind noch benachteiligt“* (Forster/Vaassen, 1980, S. 26<sup>34</sup>). Ähnlich Lüke, 1970, S. 261 und 268.

*Entscheidend ist*, daß die Gesetzliche Krankenversicherung ihre Kosten durch die Beitragseinnahmen deckt und nicht, wie eine Wohltätigkeitseinrichtung überwiegend auf fremde Zuschüsse zurückgreift.

Da die Gesetzliche Krankenversicherung den Versicherungsschutz als öffentliche Aufgabe im Rahmen der Sozialversicherung gewährt, könnte man meinen, es handele sich nicht um eine wirtschaftliche, sondern um eine rein verwaltende Tätigkeit. Dagegen sprechen jedoch die zahlreichen Wahlmöglichkeiten zwischen den verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen sowie zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung. Auch verträgt es sich nicht mit einer „verwaltenden“ Natur der Gesetzlichen Krankenversicherung, daß die Versicherungsträger in erheblichem Umfang um Mitglieder werben. Das Bemühen um neue Mitglieder hat seinen Grund darin, daß ein Zuwachs des Mitgliederbestandes für die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung eine entscheidende wirtschaftliche Bedeutung hat.

**Zusammenfassend** kann man feststellen: Sowohl die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung als auch die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung verfolgen beim Angebot des Versicherungsschutzes an die Personenkreise, denen eine Wahlmöglichkeit offensteht, im weiteren Sinne wirt-

schaftliche Zielsetzungen. Sie nehmen daher insoweit an einem Markt teil. Die Marktteilnahme kommt insbesondere in der Konkurrenz um Mitglieder zum Ausdruck.

### 3.3 Exit der Versicherten

In Anbetracht des Fehlens tief gegliederter Statistiken können die Wechselbewegungen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der Privaten Krankenversicherung andererseits - anhand der Daten des VdPKV - nur grob skizziert werden, was im folgenden Abschnitt geschehen soll.

#### 3.3.1 Wechsel zwischen GKV und PKV

##### a) Ausmaß der Wechselbewegungen

In der Krankheitsvollversicherung gewinnt die Private Krankenversicherung jedes Jahr Versicherte, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung kommen, hinzu. Zum andern gibt sie aber auch Versicherte an die Gesetzliche Krankenversicherung ab - Versicherte, die z. B. aufgrund der Tatsache, daß die Versicherungspflichtgrenze über ihr Einkommensniveau angehoben wird, versicherungspflichtig werden.

Trotz der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, die z. T. höher ausfiel als die Steigerung der Löhne und Gehälter der Versicherten, ist seit dem Jahre 1975 Jahr für Jahr in absoluten Zahlen eine beachtliche Menge an freiwillig versicherten Mitgliedern zur Privaten Krankenversicherung übergetreten.

Die Tabelle 3-1 Krankheitsvollversicherung faßt die Übertritte zur PKV und die Abgänge zur Pflichtversicherung sowie den Saldoeffekt zusammen.

Mitte der 1990er Jahre nahm die Zahl *der* Personen, die von der Gesetzlichen zur Privaten Krankenversicherung wechselten, aufgrund der Diskussion über die Steigerung der PKV - Beiträge gegenüber den vorangegangenen Jahren stark ab. Seit dem Jahre 1997 wird dagegen wieder ein kräftiger Anstieg der Übertritte von der Gesetzlichen zur Privaten Krankenversicherung verzeichnet. *„Dies dürfte auch auf Leistungseinschränkungen in der GKV durch die dritte Stufe der Gesundheitsreform zurückzuführen sein“ (VdPKV, 2001, S. 14 <sup>35</sup>).*



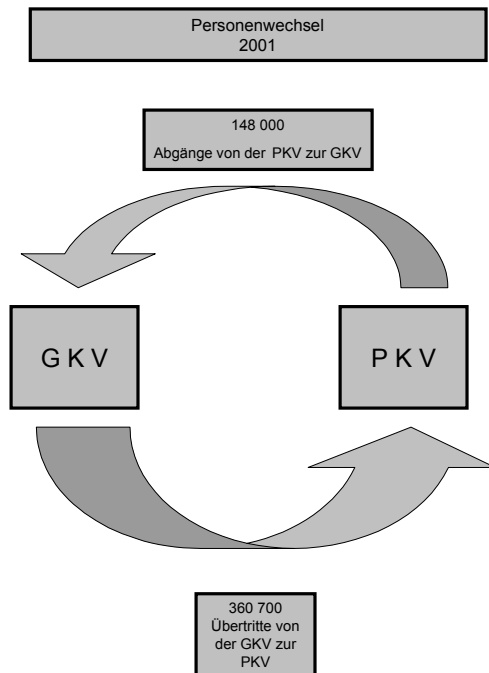
Nicht zuletzt wegen der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und des Eintretens der Versicherungspflicht gibt die Private Krankenversicherung seit 1975 jährlich Versicherte an die Gesetzliche Krankenversicherung ab.

Tabelle 3-1: Krankheitsvollversicherung

Personenwechsel zwischen Privater Krankheitsvollversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung			
Jahr	Übertritte zur PKV	Abgänge zur Pflichtversicherung	Saldo
1970	130.000	226.000	- 96.000
1975	170.000	152.000	+ 18.000
1980	217.000	109.000	+ 108.000
1985	243.000	98.000	+ 145.000
1986	206.000	86.000	+ 120.000
1987	368.000	103.000	+ 265.000
1988	352.000	112.000	+ 240.000
1989	664.000	149.000	+ 515.000
1990	310.000	112.000	+ 198.000
1991	356.000	125.000	+ 231.000
1992	483.000	154.000	+ 329.000
1993	307.000	175.000	+ 132.000
1994	195.000	103.000	+ 92.000
1995	271.000	186.000	+ 85.000
1996	247.000	181.000	+ 66.000
1997	315.700	144.400	+ 171.300
1998	327.800	154.800	+ 173.000
1999	324.800	149.200	+ 175.600
2000	325.000	148.600	+ 176.400
2001	360.700	148.000	+ 212.700
Quelle: VdPKV, 2001, S. 14, telefonische Auskunft			

Mitte der 1990er Jahre nahm die Zahl der Abgänge infolge der Debatte um die Beitragsanpassungen nach oben im Verhältnis zu den Vorjahren deutlich zu; seit dem Jahre 1997 ist sie unter leichten Schwankungen wieder zurückgegangen.

Abbildung 3-3: Wechselbewegung zwischen GKV und PKV



Quelle: Eigene Darstellung anhand der Daten des VdPKV, 2001, telefonische Auskunft

Der Saldoeffekt ist ein seit dem Jahre 1975 positiver Saldo der Wechsler zwischen GKV und PKV zugunsten der Privaten Krankenversicherung. Dieser Saldo der Wechsler ist allerdings deutlich höher als der Nettozugang zur Privaten Krankenversicherung insgesamt, was daran liegt, daß die Anzahl der Gestorbenen die Anzahl der Geborenen weit übertrifft.

### b) Struktur der Wechselbewegungen

Was die *Zugänge* zur Privaten Krankenversicherung betrifft, so setzen sich diese grob gerechnet zusammen aus

- (Jungen ) Pflichtversicherten, die wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze aus der Versicherungspflicht herauswachsen.
- (Jungen) freiwillig weiter Versicherten, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegend bereits aus der Versicherungspflicht herausgewachsen sind.

- (Jungen) Selbstversicherten, etwa Berufsanfängern, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze sofort versicherungsfrei sind und der Gesetzlichen Krankenversicherung kraft eigenen Entschlusses beigetreten sind.

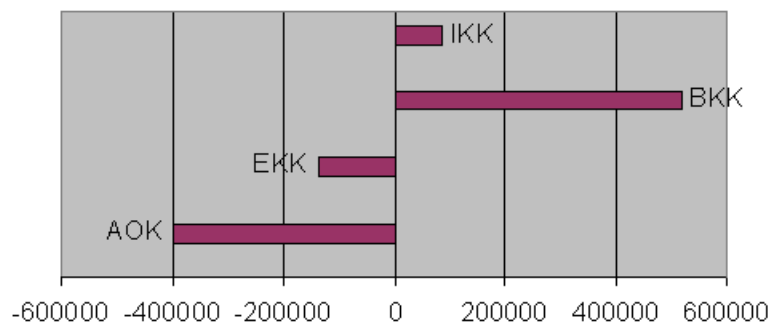
Die *Abgänge* zur Pflichtversicherung umfassen grob skizziert die folgenden Mitgliedergruppen:

- Bei Normalversicherten, d. s. die erwerbstätigen Vollversicherten, kommt es, bedingt durch die jährliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, zu regelmäßigen Abgängen in die Gesetzliche Krankenversicherung. Dagegen sind Beihilfeversicherte, d. s. Versicherte mit Anspruch auf Beihilfe, von dieser Anhebung der Versicherungspflicht nicht betroffen und ebensowenig wird das Beihilfestorno davon berührt. Infolgedessen liegt das Storno der Normalversicherten signifikant über dem Beihilfestorno.
- Viele Versicherte, die in die Selbständigkeit wechseln und eine private Vollversicherung abschließen, stellen mitunter nach kurzer Zeit fest, daß sich ihre geschäftlichen Erwartungen nicht erfüllt haben und kehren in ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis zurück.
- Insbesondere in der Alterskohorte der 20 - bis 30 - Jährigen dürfte das sogenannte „Kinderstorno“ von Bedeutung sein: Kinder, die bis dahin bei ihren Eltern versichert waren, werden beim Eintritt in das Berufsleben meist krankenversicherungspflichtig und sind daher gezwungen, ihre Zugehörigkeit zur Privaten Krankenversicherung aufzugeben.
- Ab Anfang der siebziger Jahre ist die Gesetzliche Krankenversicherung für bestimmte Gruppen von Nicht - Arbeitnehmern geöffnet worden, mit der Folge, daß diese Gruppen die Private Krankenversicherung verlassen mußten.

### 3.3.2 Wechsel innerhalb der Gesetzlichen Krankenkassen

Durch das 1993 in Kraft getretene GSG sollte der Weg für eine *wettbewerblich geordnete* Gesetzliche Krankenversicherung geebnet werden. Erste empirische Ergebnisse nach Inkrafttreten der Wahlrechtsreform von 1996 zeigen, daß die Versicherten von ihrer neuen Freiheit regen Gebrauch machen, und daß die Mitgliederwechsel in hohem Ausmaß von *Beitragssatzdifferenzen* induziert sind. Die Ergebnisse sind auch ein Indiz dafür, daß sich die neue Wahlfreiheit in den Köpfen der Versicherten auszubreiten beginnt.

Abbildung 3-4: Kassenwahl 1998



Quelle: Eigene Darstellung anhand der Daten von Kaross/Meesters, 1999, S. 248

Was die Mitgliederbewegungen zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen betrifft, so zeigen - folgt man Andersen und Schwarze - zwei Entwicklungen die Dynamik des beginnenden Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zum einen die Veränderungen der Mitgliederzahlen der Kassen, zum anderen die Wechselbereitschaft der Versicherten.

Während die Wechselbereitschaft, also die Konturen des potentiellen Marktes vor allem durch Umfragedaten erfaßt werden, lassen sich die Mitgliederbewegungen anhand der Veränderung der Marktanteile der einzelnen Kassen(arten) zumindest in groben Zügen erfassen.

Mit Einführung der Wahlfreiheit haben die Allgemeinen Ortskrankenkassen kontinuierlich an Mitgliedern verloren. Die Angestelltenersatzkassen haben nach einem Zuwachs im ersten Jahr, seit Anfang 1997 ebenfalls kontinuierlich Abwanderungen zu verzeichnen. Mitgliedergewinne verbuchten insbesondere die (geöffneten) Betriebskrankenkassen, aber auch die Innungskrankenkassen haben ihre Marktposition insgesamt etwas verbessern können.

Freilich sagen die kassenartenbezogenen Marktanteile insgesamt nur bedingt etwas über die tatsächlichen Bewegungen aus. Die tatsächliche Höhe des Kassenwechsels dürfte deutlich über den Salden der kassenartenbezogenen Veränderungen liegen. Denn auch der Wettbewerb und damit der Wechsel innerhalb der Kassenart Betriebskrankenkasse und innerhalb der Kassenart Ersatzkasse ist beträchtlich. Diese Höhe ließe sich nur ermitteln, wenn man die Salden *aller* Einzelkassen betrachtete. Siehe dazu ausführlich Andersen/Schwarze, 1998, S. 3 ff, 1999, S.11 ff<sup>36</sup>.

### 3.3.3 Wechsel innerhalb der Privaten Krankenversicherung

Die faktisch (nicht rechtlich) stark eingeschränkte Wahl des Vertragsunternehmens für nahezu alle privat Versicherten macht den Wechsel innerhalb der Privaten Krankenversicherung problematisch.

Unbeschadet dessen findet auch innerhalb der Privaten Krankenversicherung ein Wechsel der Versicherten statt. Die zur Wahl stehenden großen, mittleren und kleinen Versicherungen verzeichnen - nach Auskunft des VdPKV - Schwankungen in den Versichertenzahlen, die von den Prämienbewegungen abhängig sind: Verlierer seien in einem Jahr *die* PKV - Unternehmen, die eine Prämienanhebung vorgenommen haben, dagegen Gewinner, diejenigen, die auf eine Prämienanhebung (vorläufig) verzichtet haben. Über die Jahre hinweg gesehen würden sich die dadurch ausgelösten Versichertenwechsel bei den einzelnen PKV - Unternehmen allerdings wieder ausgleichen.

Was schließlich die Wechslerquote betrifft, d. s. die Personenwechsel bezogen auf den Mitglieder- bzw. Versichertenbestand, so ermittelte der VdPKV für das Jahr 2000 eine Wechslerquote von 2,4 Prozent für die Gesetzliche Krankenversicherung und eine solche von 3,4 Prozent für die Private Krankenversicherung, wobei die Wechslerquote allerdings starken Schwankungen unterliegen dürfte.

## **3.4 Exit - Motive, Exit - Anreize**

In diesem Kapitel sollen Exit - Motive und Exit - Anreize in Bezug auf die Exit - Bereitschaft und -Neigung im gegliederten Krankenversicherungssystem näher untersucht werden. Geschehen soll dies in drei Abschnitten, die sich

- (1) mit modelltheoretischen Überlegungen zu Wechselvoraussetzungen und -verhalten sowie
- (2) der Analyse von Wechselvoraussetzungen und -verhalten im Lichte der modelltheoretischen Ergebnisse befassen.
- (3) Im letzten Abschnitt werden die Untersuchungsergebnisse zusammengefaßt.

### **3.4.1 Modelltheoretische Überlegungen**

#### **3.4.1.1 Motivations - Modell**

Unter Motivation verstehen wir den aktivierten Zustand eines Menschen, der eintritt, wenn eine spezifische Situation die Erwartung auslöst, daß ein Verhalten zu einem Ziel führt, für das ein Motiv (= Bedürfnis) besteht.

Um zu einem Motivations - Modell zu gelangen, gehen wir von drei Voraussetzungen aus:

- (1) Jedes Verhalten hat eine Ursache (die nicht bewußt zu sein braucht),
- (2) Jedes Verhalten hat eine Richtung und ein Ziel (das nicht bewußt zu sein braucht)
- (3) Jedes Verhalten hat Motive. Allem was wir tun liegen Motive, Triebe (drives) zugrunde, welche die Energie zur Bewegung auf das Ziel hin (= motiviertes Verhalten) liefern.

Unter diesen Voraussetzungen ergibt sich ein geschlossener Kreis.

Das Erreichen des Zieles eliminiert die Ursache; dadurch werden auch das Motiv und das motivierte Verhalten eliminiert.

Hierzu ein Beispiel aus dem Bereich der Krankenversicherung

Ein unbefriedigendes Preis-/Leistungsverhältnis (Ursache) sendet Impulse (Reize) aus, die vom Versicherten als unbefriedigender Versicherungsschutz gegen Krankheit wahrgenommen werden. Das Motiv bringt das Suchverhalten nach einem befriedigenden Krankenversicherungsschutz hervor; es wird beeinflusst durch die von den Versicherern am Krankenversicherungsmarkt gesetzten Anreize wie z. B. Unterschiede in der Leistungsgewährung, Beitragsunterschiede, Unterschiede in Service und Image. Diese führen zu Präferenzen für das leistungsfähigere Angebot eines Versicherers (= Wechselneigung) und zu einem Wechsel zu einem neuen Anbieter. Wenn dieses Verhalten zum Erfolg geführt hat, also das Bedürfnis nach einem befriedigenden Krankenversicherungsschutz gedeckt wurde (= Zielerreichung) und der Versicherte befriedigt ist (Reiz erloschen), so ist auch der unbefriedigende Krankenversicherungsschutz (Motiv, Bedürfnis) verschwunden und damit das motivierte Verhalten (= Wechselbereitschaft und -neigung).

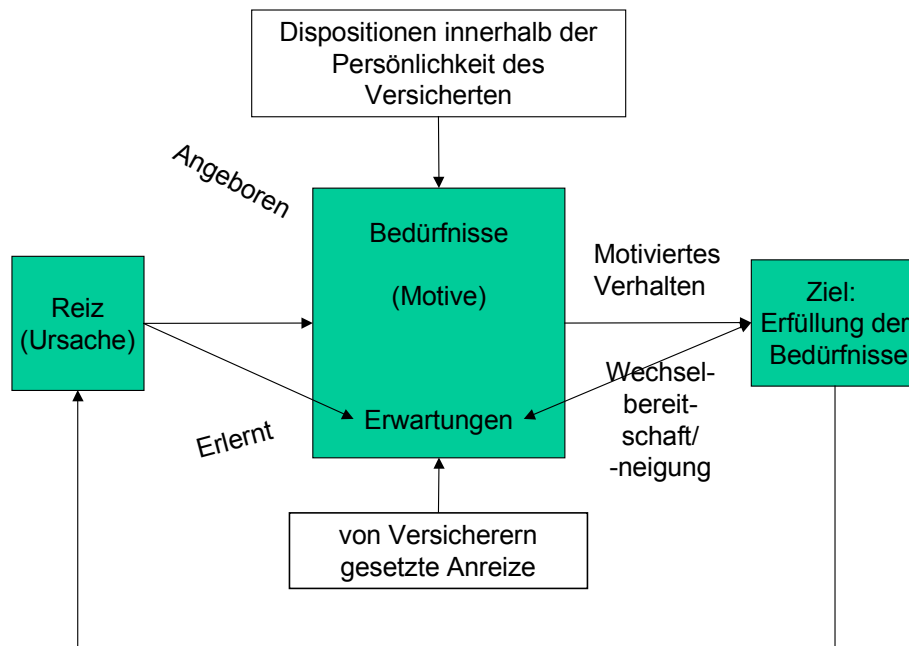
Unter Erwartungen sind erkenntnismäßige Assoziationen (Verknüpfungen von Vorstellungen) zu verstehen, die in der Persönlichkeit durch bestimmte Situationen ausgelöst werden. „Motiviert sein“, heißt, Erwartungen hegen, daß das „motiviert Verhalten“ zu einem bestimmten Ziel führt, nämlich zur Befriedigung des Bedürfnisses.

Erwartungen werden durch das Erreichen (oder Nicht - Erreichen des Zieles erfüllt (oder „frustriert“).

Frustration bedeutet: Das „motiviert Verhalten“ stößt auf Hindernisse. Die Befriedigung des Bedürfnisses wird erschwert oder unmöglich, die Erwartung wird nicht erfüllt („frustriert“).

Reaktionen auf Frustration können sein: Echte Verarbeitung („Frustrationstoleranz“), Aggression/Selbstaggression, Resignation (Niedergeschlagenheit = Leistungsabfall), Aufbäumen (Ausgleich = Leistungssteigerung), Regression (unreifes Verhalten).

Abbildung 3-5: Motivations Modell



Quelle: Eigene Darstellung

Wie das Motivationsmodell zeigt, beeinflussen die Motive der Versicherten im Zusammenspiel mit den von den Versicherern gesetzten Anreizen über die Wechselbereitschaft/-neigung die Zielerreichung, nicht dagegen bildet das Wechselverhalten als solches den Einflußfaktor.

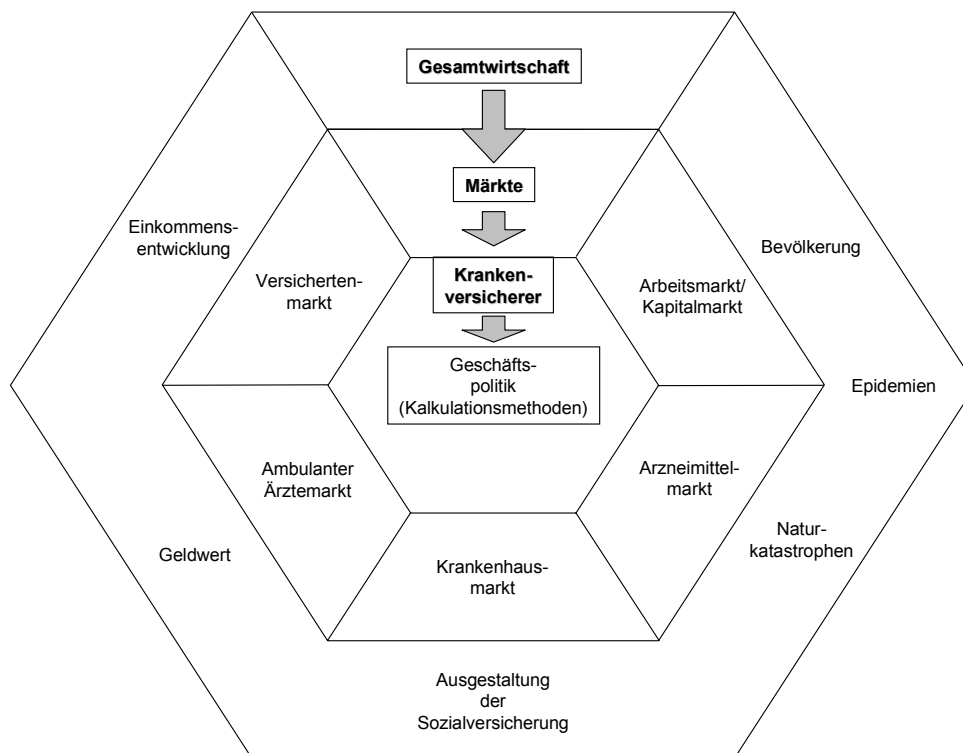
Einschränkend ist zu sagen, daß es kaum gesicherte Theorien über das (Wechsel-)Verhalten gibt und damit die Modellbildung erschwert ist. Auch die praktische Ebene der empirischen Erhebung von Daten gibt Probleme auf.

So herrscht - nach Weinberg/ Purper - in der betriebswirtschaftlichen Literatur Einigkeit darüber, daß das Verhalten der Verbraucher immer schwieriger einzuordnen und zu prognostizieren ist. Unternehmen sehen sich daher bei der Planung ihrer Marketingaktivitäten erheblichen Problemen gegenüber. Um die werblichen Maßnahmen effizient zu gestalten, wird es für die Anbieter zunehmend wichtiger, zu verstehen, was in den Köpfen der Verbraucher tatsächlich vorgeht. Vorbedingung dafür ist, zu wissen, welchen Wertetrends und Rahmenbedingungen die meisten Märkte in Deutschland unterliegen. In vielen Branchen kann in quantitativer Hinsicht von einer Marktsättigung gesprochen werden. Unter qualitativen Aspekten sind die angebotenen Produkte weitgehend austauschbar. Deren hohe Qualität ist zu einer Selbstverständlichkeit geworden (Weinberg/Purper, 2001, S. 31<sup>37</sup>).



Diese Feststellungen lassen sich - mutatis mutandis - auch auf den deutschen Krankenversicherungsmarkt übertragen, an welchem das Verhalten der Versicherten gleichfalls immer schwieriger zu kategorisieren und zu prognostizieren ist. Auch am Krankenversicherungsmarkt kann unter quantitativen Aspekten von einer weitgehenden Marktsättigung gesprochen werden, da die Bevölkerung kaum mehr wächst und das Versichertenpotential durch GKV und PKV nahezu vollständig ausgeschöpft ist. Auch an diesem Markt sind in qualitativer Hinsicht die angebotenen Produkte weitgehend austauschbar, deren (immer noch) hohe Qualität ist zu einer Selbstverständlichkeit geworden.

Abbildung 3-6: Umfeldanalyse für Marketing-Entscheidungen



Quelle: Eigene Darstellung

Nicht allein das Versichertenverhalten allgemein, sondern auch das *Wechselverhalten* der Versicherten im besonderen ist zunehmend schwieriger einzuordnen und zu prognostizieren.

Wenn es kaum gesicherte Theorien über das Verhalten gibt, ferner nur wenig erfahrungsgestütztes Wissen vorliegt und auch die Erfahrungen aus dem Ausland aufgrund der kulturellen und institutionellen Unterschiede nur bedingt übertragbar sind, überwiegen in der Diskussion über die Folgen der (be-

schränkten) Wahl- und Wechselfreiheit der Krankenversicherten die Vermutungen.

In dieser Analyse sollen Determinanten identifiziert werden, die einen Einfluß auf die Wahl- und Wechselentscheidungen der Krankenversicherten haben. Dabei sind alle Merkmale zu überprüfen, von denen aufgrund von Erwartungen, Befürchtungen und Vorurteilen ein bestimmender Einfluß erwartet werden kann. Mögliche Datenbasis ist das vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, betreute sogenannte Sozioökonomische Panel (SOEP) - eine repräsentative Wiederholungsbefragung von ca. 12 000 Privaten Haushalten in Deutschland. Das SOEP deckt ein weites Themenspektrum ab und liefert kontinuierlich Informationen u. a. über das Thema Gesundheit. Darauf bezogen sind im SOEP zwei Merkmale: Während die Einschätzung des *Gesundheitszustands* primär ein Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand ist, ist die *Zufriedenheit mit der Gesundheit* eingebunden in zahlreiche Evaluationsprozesse. Zwar ist auch das Zufriedenheitsniveau beeinflusst vom tatsächlichen Gesundheitszustand, aber außerdem sind individuelle Maßstäbe, Anspruchsniveau oder Vergleiche mit Bezugsgruppen relevant. Gesundheitszufriedenheit ist deshalb nicht primär ein Indikator für Morbidität, im Gegensatz zur Einschätzung des Gesundheitszustands. In jährlich wechselnden Schwerpunkten werden vom SOEP darüber hinaus Informationen bereitgestellt: So wurden in den Jahren 1997 und 1998 das Wechselverhalten von GKV- und PKV - Versicherten schwerpunktmäßig erfragt. Für die vorliegende Aufgabe einer Untersuchung des Wechselverhaltens in Bezug auf den Wechsel *zwischen* Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung bzw. der diesem Verhalten zugrundeliegenden Motive kann allerdings auf die Datenbasis des SOEP nicht zurückgegriffen werden, da die Fallzahlen für einen derartigen Wechsel nicht ausreichend und keine validen Ergebnisse zu erwarten sind.

### 3.4.1.2 Wechselmodell

Was das *Wechselmodell* angeht, so folgern wir aufgrund von Analogien zum Krankenkassenwechsel, daß die Entscheidung, den Versicherer zu wechseln als die Realisation eines latenten nicht beobachtbaren Prozesses  $Y^*$  aufgefaßt werden kann. Die Versicherten treffen ihre Entscheidung aufgrund einer Nutzen - Kosten - Analyse, deren konkrete Bestandteile nicht beobachtet werden können. Nutzen und Kosten des Wechsels sind von verschiedenen beobachtbaren Einflußgrößen  $X$  abhängig. Die Parameter  $\beta$  geben den Einfluß der

Merkmale  $X$  auf die Wahrscheinlichkeit an, den Versicherer zu wechseln. Das Symbol  $\varepsilon$  kennzeichnet dagegen nicht beobachtbare Einflüsse.

$$Y^* = \beta'X + \varepsilon$$

Aus den Daten zu beobachten ist, ob tatsächlich ein Versichererwechsel stattgefunden hat. In diesem Fall ist  $Y$  (realisiert) = 1. Wenn kein Versichererwechsel zu beobachten war, ist  $Y$  (realisiert) = 0. Die Beziehung zu der latenten Nutzen - Kosten - Analyse ist dann

$$Y(\text{realisiert}) = \begin{cases} 1 & \text{wenn } Y^* > 0 \\ 0 & \text{wenn } Y^* < 0 \end{cases}$$

Unter bestimmten weiteren Prämissen bezüglich  $\varepsilon$  kann die Wahrscheinlichkeit, einen Versichererwechsel zu beobachten als ein binomiales Probit - Modell formuliert werden.

Siehe zur Spezifikation des (Kassen-)Wechsel - Modells ausführlich Andersen/Schwarze, 1999, S. 18.

In die Schätzungen der Parameter  $\beta$  werden Merkmale aufgenommen wie Alter und Geschlecht, die Zahl der Kinder im Haushalt (als Proxi für die mitversicherten Familienangehörigen) sowie das Erwerbseinkommen(brutto). Dagegen ist die Aufnahme der im Rahmen des SOEP erfragten Merkmale: Leistungen, Beiträge, Service und Image problematisch, da sie im direkten Zusammenhang mit der Wechselentscheidung stehen

### 3.4.2 Determinanten des Wechselverhaltens

Die *Determinanten* des Wechselverhaltens können nach den Faktorengruppen

- Bedürfnis-/Motivationsfaktoren der Versicherten sowie
- von Versicherern gesetzte Anreizfaktoren unterschieden werden.

In der ersten Gruppe sind Faktoren zusammengefaßt, die *innerhalb der Persönlichkeit liegend* Einfluß nehmen auf das Wechselverhalten der Versicherten.

### 3.4.2.1 Bedürfnis-/Motivationsfaktoren der Versicherten

#### 3.4.2.1.1 Definitionen

Unter Morbidität versteht der Gesundheitsbericht für Deutschland die Krankheitshäufigkeit. Dabei wird die Häufigkeit von *Neuerkrankungen* in einem Zeitraum durch die Inzidenz angegeben, die Häufigkeit vorliegender Krankheitsfälle durch die Prävalenz (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998, S. 514 <sup>38</sup>).

Unter (Krankheits-)Risiko ist nach Breyer/Zweifel die individuell unterschiedliche Erkrankungswahrscheinlichkeit,  $\pi^j$ , und sind die individuell unterschiedlichen etwaigen Behandlungskosten im Krankheitsfall,  $L^j$ , zu verstehen. Ein „schlechtes“ (Krankheits-)Risiko sind dann diejenigen Individuen,  $j$ , mit hohen Werten von  $\pi^j$  und  $L^j$ , ein „gutes“ (Krankheits-)Risiko diejenigen Individuen mit niedrigen Werten von  $\pi^j$  und  $L^j$  (Breyer/Zweifel, 1999, S. 162).

Ferner werden die Begriffe „schweres“ Risiko gebraucht, in welchem Fall das Risiko (zu erkranken) an sich nicht sehr hoch ist, die Kosten im Eintrittsfall aber von kaum jemanden getragen werden können, und „leichtes“ Risiko.

Bezogen auf die Gesetzliche Krankenversicherung bezeichnet Terhorst als „gute“ Risiken Mitglieder mit einem überdurchschnittlichen Einkommen und einer vergleichsweise geringen Morbidität und umgekehrt als „schlechte“ Risiken Mitglieder mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen und einer vergleichsweise hohen Morbidität (Terhorst, 2000, S. 230)

Die Wissenschaft bewertet i.d.R. nur die Wahrscheinlichkeiten des Eintritts und das mögliche Ausmaß des Schadens. Dagegen gehen in die Risikowahrnehmung der Wirtschaftssubjekte - so die empirischen Forschungsergebnisse der Risikopsychologie - einige weitere Risikomerkmale ein, etwa die Risikoquelle (bekannt-unbekannt, „von Menschenhand gemacht“-natürlich), die Exposition (freiwillig-unfreiwillig übernommenes Risiko), die Schadensart (Schrecklichkeit, persönliche Betroffenheit) und das Risikomanagement (Steuerbarkeit, Kontrollierbarkeit). In Abhängigkeit von diesen Merkmalen werden Risiken systematisch über- oder unterschätzt (subjektive Wahrnehmungen, gesetzmäßige Verzerrungen). So ist die Risikobereitschaft bei freiwillig eingegangenen Risiken erheblich höher als bei unfreiwilligen, zugemuteten Risiken.

Von allen Einflußfaktoren ist die *Morbidität* die entscheidende Größe für das (Krankheits-)Risiko, welches der einzelne Versicherte in die Gefahrgemeinschaft einbringt, sowie für das Wechselverhalten.

So gibt es in fast allen empirischen Studien einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands und der Mortalität. Erstere steht als Proxi für Morbidität, wobei dieser Indikator besonders für *mittelfristige* Risiken bedeutsam ist. Dieser mittelfristige Aspekt hat für die Risikoeinschätzung und vor allem auch für die mutmaßlichen Kosten insofern eine besondere Bedeutung, als gerade in den letzten Lebensjahren die Ausgaben sehr hoch sind. Das bedeutet, daß weniger das Lebensalter an sich, als das letzte Lebensjahr für die Höhe der Ausgaben entscheidend ist.. Daraus folgt, daß Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen, mit einer großen Wahrscheinlichkeit auch als „gute“ Risiken und Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, mit einer großen Wahrscheinlichkeit auch als „schlechte“ Risiken einzuschätzen sind.

Dagegen können für *aktuelle* Morbiditätsdifferenzen eher die Inanspruchnahmeindikatoren herangezogen werden. Indikatoren für die Inanspruchnahme sind z. B. die Häufigkeit der Arztbesuche im letzten Quartal und die Angaben über einen stationären Aufenthalt im letzten Jahr. Sie können als Indikatoren für „günstige“ oder „ungünstige“ Risiken herangezogen werden.

Nach der Morbidität folgen Faktoren, die aufgrund vorliegender Erfahrungen ebenfalls Indikatoren für „gute“ oder „schlechte“ Risiken sind und damit *Ansätze für Selektionsstrategien* bieten können. So gibt es zahlreiche Untersuchungen über den Zusammenhang von Inanspruchnahme und Bildung oder den Zusammenhang von Inanspruchnahme und Arbeitsumfeld oder den Zusammenhang von Inanspruchnahme und Regionszugehörigkeit.

Andere Merkmale, die als Determinanten individueller Entscheidungen in Frage kommen, aber nicht mehr unmittelbar als „gute“ oder „schlechte“ Risiken bezeichnet werden können, sind das Alter und Geschlecht, die Zahl der Kinder im Haushalt und das Erwerbseinkommen (brutto). Es sind dies Merkmale, wie sie in die Berechnungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eingehen.

### 3.4.2.1.2 Probleme der empirischen Erhebung von Risikoindikatoren

Den Konflikt zwischen Validität und Operationalität „lösen“ Mikrozensus, Gesundheitsprüfung in der PKV sowie Risikostrukturausgleich (RSA) bisher in der Weise, daß sie sogenannte *kollektive Risikomerkmale* verwenden, die nur bedingt als Indikatoren für Morbidität bzw. Risiko betrachtet werden können.

#### A) Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen

Hinsichtlich des Ausgleichsgegenstandes beinhaltet die RSA alter Prägung einen Ausgleich der (*indirekt*) erfaßten Morbidität; dagegen wird die RSA neuer Prägung durch ein detailliertes System der *direkten* Morbiditätsklassifizierung charakterisiert sein.

#### Vor RSA - Einführung

Nach den Vorstellungen des Sozialgesetzgebers sollten - Terhorst zufolge - die Versicherten in der GKV ursprünglich über kein individuelles Kassenwahlrecht verfügen; vielmehr sollte ein gesetzliches Zuweisungssystem die Kassenzugehörigkeit regeln. Nach diesem Zuweisungssystem galt im wesentlichen, daß die Allgemeinen Ortskrankenkassen grundsätzlich alle vom System erfaßten Personen versicherten, es sei denn, es bestand gesetzlich eine andere Kassenzuständigkeit.

Durch die Aufbaugesetzgebung in den 1930er Jahren wurde dieses strikte Zuweisungssystem durchbrochen, indem die Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte in die RVO einbezogen wurden und so ein Teil der Versicherten eine Art „begrenztes“ Kassenwahlrecht erhielt.

Dieses Nebeneinander von strikter Zuständigkeit und begrenzter Kassenwahlfreiheit war zunächst kaum problembeladen, da es auf einen überschaubaren Personenkreis eingengt war.

Die ursprüngliche Intention des Sozialgesetzgebers durch ein starres Zuweisungssystem gesunde (d. h. homogene) Risikostrukturen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen ist durch den sozialen Wandel (Trend zur „Angestelltengesellschaft“) immer mehr in Frage gestellt worden. Es bildete sich eine Zwei - Klassen - Gesellschaft bei den Kassenarten, nach der die Arbeiter vorwiegend bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Angestellten überwiegend bei den Ersatzkassen versichert waren.

Von Bedeutung für die finanzielle und wettbewerbliche Position der Gesetzlichen Krankenkassen war, daß mit dieser Entwicklung eine zunehmend *schiefe Verteilung von Risikopotentialen* einherging. So brachte die Abwanderung „guter“ Risiken zu den Ersatzkassen die Allgemeinen Ortskrankenkassen in zunehmende finanzielle Bedrängnis, was zu einem ausgeprägten Beitragssatzgefälle zwischen den Kassenarten führte. Entscheidend war, daß diese Strukturverwerfungen nicht das Ergebnis eines freien und unverfälschten Leistungswettbewerbs waren, sondern aus ungleich verteilten, hoheitlich gesetzten Kassenwahlrechten resultierten. Im Ergebnis führte die bestehende Gesetzeslage damit nicht nur zu einer Benachteiligung einzelner Versichertengruppen, sondern auch zu einer Diskriminierung einzelner Kassenarten.

### **RSA - Einführung**

Im Jahre 1994 ist ein Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen eingeführt worden.

Die Angleichung der tradierten Risikostrukturen (schon im Vorfeld der Kassenwahlfreigabe) war - neben dem Schutz vor aktiver und passiver Risikoselektion und der Förderung des Leistungswettbewerbs zwischen den Krankenkassen - eines der erklärten *Ziele des RSA*.

Die Verwirklichung dieses Angleichungszieles erforderte konsequenterweise, daß die *gesamten Versichertenbestände* der Einzelkassen, d. h. nicht nur die wettbewerbsinduzierten Neuzugänge („Übernahmerisiken), sondern auch die zuweisungsbedingten „Altlasten“ (Komplementärrisiken) in den RSA einbezogen wurden. Die Konsequenz daraus ist, daß die Nivellierung der Startchancen in der GKV ein Ausgleichserfordernis darstellt.

Hinsichtlich des *Ausgleichsgegenstandes* beinhaltet der RSA einen Ausgleich der (*indirekt erfassten*) Morbidität. Da jedoch in einem Versicherungssystem mit einkommensbezogenen, d. h. nicht risikoäquivalenten Beiträgen, *nach* einem Morbiditätsausgleich noch Beitragssatzdifferenzen aufgrund divergierender beitragspflichtiger Einnahmen (Grundlohnsummen etc.) verbleiben, müssen diese ebenfalls ausgeglichen werden, wenn die Belastungen der Einzelkassen an den Belastungsdurchschnitt aller Kassen herangeführt werden sollen. Der RSA ist also systembedingt breit angelegt.

Was die *ausgleichrelevanten Größen* angeht, so erfolgt beim RSA ein Ausgleich der „standardisierten Leistungsausgaben“. Im Kern handelt es sich

dabei um standardisierte, d. h. kassendurchschnittliche Kopfschäden je GKV - Versicherten. Diese sind nach Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Invaliditätsstatus differenziert. Ihre Herleitung erfolgt weitgehend losgelöst vom tatsächlichen Ausgabenniveau und -verhalten der einzelnen Kassen. Es orientiert sich also ausschließlich an den auszugleichenden Risikostrukturmerkmalen, so daß Einnahme- und Ausgabenunterschiede zwischen den Kassen, die nicht auf die jeweilige Risikostruktur zurückzuführen sind, nicht ausgeglichen werden.

Ein weiteres Merkmal des RSA ist, daß ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Morbidität und „standardisiertem Kopfschaden“ nur im Kollektiv gegeben ist („kollektivbezogenes Konzept“), nicht dagegen auf der Ebene des einzelnen (Tarif-)Versicherten hergestellt werden kann. Das heißt, daß die „standardisierten Leistungsausgaben“, die eine Kasse für einen bestimmten Versicherten aus dem RSA erhält, stets der Morbidität des Durchschnittsversicherten eines nach Alter, Geschlecht und Invalidität gleichen Versichertenkollektivs entsprechen. Bereits in der Bezeichnung *Risikostrukturausgleich* kommt dies zum Ausdruck: Denn der Begriff „Risikostruktur“ setzt notwendig ein Versichertenkollektiv voraus, wohingegen er für einen einzelnen Versicherten keinerlei Sinn ergibt. Siehe dazu ausführlich Terhorst, 2000, S. 229 f.

*„Der RSA ist umso effektiver in der Verminderung von Anreizen zur Risiko-selektion, je exakter die Kriterien, auf die sich die Ausgleichszahlungen begründen, die tatsächliche Risikostruktur der Versicherten abbilden. Aktuelle empirische Studien zur Wirkung des deutschen Risikostrukturausgleichs konstatieren diesbezüglich erhebliche Defizite“ (SVR Wirtschaft, 2001, S 163<sup>39</sup>).*

### **RSA - Reform**

Im Jahre 2002 ist eine Reform des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen erfolgt.

Mit der RSA - Reform sollen faire Wettbewerbschancen unter den Gesetzlichen Krankenkassen geschaffen und die Voraussetzungen für einen auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Wettbewerb verbessert werden. Ziel ist insbesondere bei chronisch Kranken durch ein verstärktes Versorgungsmanagement aufwendige Fehlversorgungen zu reduzieren und damit Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die die GKV finanziell entlasten.



Die RSA - Reform hat drei *Kernelemente*: den sogenannten Risikopool für besonders teure Patienten, Disease Management Programme (DSM) für chronisch Kranke und die Einführung eines völlig neuen RSA - Verfahrens.

Das *drei Stufen Konzept* der RSA - Reform sieht vor, daß in der ersten Stufe aus dem Risikopool gemeinsam von allen Kassen die Ausgaben für besonders aufwendige Krankheitsfälle finanziert werden. Kostet ein Patient mehr als 20 450 € im Jahr, erhält eine Krankenkasse alle darüberhinausgehenden Kosten zu 60 Prozent aus dem Pool erstattet; die restlichen 40 Prozent trägt die Kasse selbst, damit Wirtschaftlichkeitsanreize erhalten bleiben. In der zweiten Stufe sollen die ab dem Jahre 2003 geltenden Disease Management Programme die Versorgung chronisch Kranker (Diabetiker, Asthmatiker etc.) verbessern: Damit sich die Krankenkassen Investitionen in solche Programme leisten können, bekommen sie für entsprechende Angebote künftig Geld aus dem RSA. In der dritten Stufe soll der ab dem Jahre 2007 gültige RSA dann die unterschiedliche Krankheitshäufigkeit, -dauer und -schwere der rd. 70 Mio Krankenversicherten *direkt* berücksichtigen (sogenannter morbiditätsorientierter RSA oder kurz Morbi - RSA).

Maßgeblich für die Finanzierung des Risikopools ist - Helstelä zufolge - eine Umlenkung von Finanzbedarfen aus dem RSA in den Risikopool: Erstattungen aus dem Risikopool decken bereits teilweise den Finanzbedarf für besonders aufwendige Leistungsfälle. Da ein Ausgabenrisiko nicht doppelt abgedeckt werden soll, muß die Summe der Leistungsausgaben, die im RSA berücksichtigt werden, um die Erstattungen aus dem Risikopool vermindert werden. Ferner findet die Umverteilung der Mittel nicht in erster Linie zwischen Krankenkassen mit vielen und wenigen Risikopool - Versicherten - also zwischen sogenannten Yuppiekassen und Versogerkassen - statt. Vielmehr ist jede Krankenkasse an der Finanzierung der Risikopool - Erstattungen vor allem entsprechend ihrer Alterstruktur beteiligt. Am stärksten zur Finanzierung herangezogen werden Krankenkassen mit vielen alten, aber gesunden Versicherten. Siehe dazu Helstelä, 2002, S. 9<sup>40</sup>.

Mittels der RSA - Reform soll die gegenwärtig indirekte Morbiditätserfassung künftig durch ein detailliertes System der *direkten* Morbiditätsklassifizierung ersetzt werden.

Das neue RSA - Verfahren könnte nach Schawo wie folgt ablaufen:

Im Morbi - RSA melden die Kassen je Versicherten (anonymisiert) nicht nur wie bisher Alter und Geschlecht ihrer Versicherten an das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV), sondern auch Diagnosen und Indikationen, medizinische Prozeduren und Kosten. Auf dieser Datenbasis ordnet das BAV Krankheiten unter Kostengesichtspunkten homogenen Morbiditätsklassen zu (diagnoseorientiertes Klassifizierungssystem). Die Morbiditätsklassen müssen mit Hilfe statistischer Verfahren für die gesamte Versichertengemeinschaft auf der Basis von repräsentativen Stichprobenerhebungen gebildet werden. Im sogenannten Zellenansatz werden sämtliche Diagnosen eindeutig vorgegebenen Diagnosegruppen zugeordnet. Die Festlegung der Diagnosegruppen erfolgt u.a.nach der Häufigkeit, Dauer und Schwere der Krankheit, der Äthiologie (Verletzung, Infektion etc.) sowie der Notwendigkeit von Spezialbehandlungen. In Kombination mit Alter und Geschlecht ergeben sich je Modellvariante und Anzahl der Altersgruppen bis zu 100 Morbiditätsklassen. Die Zuordnung eines Versicherten zu einer Morbiditätsklasse erfolgt anhand von Anzahl und Art der Diagnosegruppe sowie seines Alters und Geschlechts in einem mehrstufigen Verfahren. Jeder Versicherter wird eindeutig einer der Morbiditätsklassen (Zellen) zugeordnet. Schlußendlich werden die durchschnittlichen GKV - Kosten je Morbiditätsklasse ermittelt. Siehe dazu Schawo, 2002, S.13 <sup>41</sup>.

*„Diese Hinwendung zu direkten Morbiditätskriterien ist unter konzeptionellen Gesichtspunkten richtig. Ob damit in der Praxis die optimale Lösung gefunden ist, hängt entscheidend davon ab, daß ein befriedigendes Modell zur Erklärung der Varianz der Leistungsausgaben gefunden wird, auf dem ein Verfahren aufgebaut werden kann, das wenig mißbrauchsanfällig ist und hinreichend Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten der Kassen bietet“ (SVR Wirtschaft, 2001, S. 165).*

### **Fundamentalkritik am RSA**

Fundamentale Kritik am RSA wird vor allem von seiten der neoliberalen Wettbewerbstheorie geübt. Folgt man Graf von der Schulenburg so sind seine wesentlichen Schwächen:

- Die Annahme, daß Wettbewerb mit Fairnes oder Gerechtigkeit zu tun habe. Anbieter können sich hierauf nicht berufen. Wettbewerb kann nicht funktionieren, wenn der Schutz der Anbieter vor den Schutz der Nachfrager geht, wenn um *die* Anbieter ein Schutzzaun gezogen wird, die verschuldet oder unverschuldet Kunden verlieren. Es ist generell nicht von Interesse, ob einzelne Anbieter Marktanteile verlieren oder die Preisdifferenzen zwischen

Anbietern groß oder klein sind. Für die Marktbeurteilung ist von Bedeutung, ob das durchschnittliche Preisniveau niedrig ist und für den Kunden, ob er von einem Anbieter zum anderen wechseln kann. Wenn einzelne Anbieter wirklich Nachteile aufgrund staatlicher Vorgaben haben (wie dies in der GKV der Fall ist) so sind diese asymmetrischen Regulierungen zu beseitigen und nicht auszubauen.

- Die Annahme, daß alle Anreize zur Selektion „guter“ Risiken eliminiert werden sollen. Selektion ist nicht per se etwas Schlechtes, sondern ist exakt das, was den Wettbewerb zur überlegenen Marktform macht. Die Nachfrager sollen selektieren und die Anbieter sollen versuchen, Kunden durch besondere Angebote zu gewinnen. Besteht eine staatliche Kaufverpflichtung für die Nachfrager (wie in der GKV), so ist ein Kontrahierungszwang für den Anbieter festzulegen. Der Kontrahierungszwang ist die zwingende Antwort auf die Kaufverpflichtung - wie z. B. die Versicherungspflicht in der GKV. Jede Regulierung auf der Nachfrageseite bedarf einer komplementären Regulierung auf der Anbieterseite. Nicht mehr, aber auch nicht weniger staatliche Eingriffe sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig. Falls keine staatliche Kaufverpflichtung für die Nachfrager besteht (wie.z. B. in der freiwilligen Versicherung der GKV) muß es auf der Anbieterseite bei der Vertragsfreiheit bleiben. Die freie Wahlentscheidung der Nachfrager zu Gunsten der Privaten Krankenversicherung darf dann nicht durch Ausgleichzahlungen belastet werden.
- Die Annahme, die Funktion des Wettbewerbs sei es, daß kein Marktanbieter Marktanteile verliert und alle Anbieter das Gleiche tun. Diese Annahme verkennt die Funktion des Wettbewerbs systematisch: Das Ergebnis des Wettbewerbs als Suchverfahren ist grundsätzlich offen. Klar ist nur, daß die Anbieter versuchen werden, durch Angebotsdifferenzierung Marktnischen zu besetzen und durch spezifischen Service die Bindung zu ihren Kunden zu steigern, um ein Abwandern zu verhindern. Nachfrager hingegen werden immer dann wechseln, wenn genau dies nicht gelingt und die Preis- oder Qualitätsdifferenzen oder beides zu groß sind.

Siehe dazu ausführlich Graf von der Schulenburg, 2001, S. 247 f. <sup>42</sup>

Damit dieses Ergebnis eintritt bräuchte es allerdings eine Veränderung der Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ausbau des Anwartschaftsdeckungsverfahrens in der GKV, Reform der beitragsfreien Familienmitversicherung, Begrenzung der absoluten Beiträge nach oben wie sie

gegenwärtig in Form der Beitragsbemessungsgrenze existiert, Beseitigung des RSA sowie

eine Umgestaltung der Rahmenbedingungen der Privaten Krankenversicherung: Deregulierung der Produktvorschriften, wie z. B. Kalkulation von ein- oder mehrperiodigen Risikoprämien mit gleichzeitiger Übernahme des altersabhängig steigenden Krankheitskostenrisikos durch den Versicherten oder den Abschluß einer dieses Risiko absichernden Lebensversicherung; ferner die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen, wie z. B. die Mitgabe oder Anrechnung von individuellen Alterungsrückstellungen.

In Wirklichkeit sind die genannten Bedingungen bisher nicht erfüllt bzw. nicht erfüllbar und insoweit läuft die Fundamentalkritik am RSA ins Leere. „*Im institutionellen Gefüge der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spielt der Risikostrukturausgleich eine zentrale wettbewerbssichernde Rolle*“ SVR Wirtschaft, 2001, S. 162).

### **B) Gesundheitsprüfung in der Privaten Krankenversicherung**

Im Rahmen der (erneuten) *Gesundheitsprüfung eines Privaten Krankenversicherers* ist die Prämie je Tarif grundsätzlich nur nach zwei kollektiven Risikomerkmale differenziert:

- Das wichtigste Kriterium ist das *Eintrittsalter* der zu versichernden Person, d. h. das Lebensalter des Versicherten zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Je höher das Eintrittsalter, desto höher auch die Versicherungsprämie, da so dem altersbedingt steigenden Krankheitskostenrisiko und der kürzer werdenden Reserveansparphase Rechnung getragen wird.
- Das zweitwichtigste Kriterium ist das *Geschlecht* der zu versichernden Person. So zeigen die Profilverläufe in der Krankheitskostenversicherung, daß das Krankheitskostenrisiko bei jungen Frauen bis zum 40. Lebensjahr zunächst höher ist als bei gleichaltrigen Männern und sich etwa ab der zweiten Lebenshälfte allmählich annähert.

Alle übrigen Faktoren bleiben bei der Tarifikalkulation unberücksichtigt, da sich in der Vergangenheit das Ausmaß dieser Differenzierung als ausreichend erwiesen habe. Siehe dazu Pokora, 1971, S. 92 <sup>43</sup>.

Hingegen plädieren Kaetzler/Riedel, 1998, S. 535<sup>44</sup> für die Aufnahme weiterer PKV - Tarifierungsmerkmale.

Für den Fall, daß eine zu versichernde Person vor Vertragsbeginn eine Reihe von Vorerkrankungen (sogenannte „alte Leiden“) durchlebt hat, hat das aufnehmende Unternehmen zu prüfen, ob hierdurch möglicherweise der der Kalkulation zugrunde liegende (alters- und geschlechtsabhängige) Schadensersparungswert überschritten wird.

Die Prüfung erfolgt durch Auswertung der Angaben des Antragstellers zum gegenwärtigen Gesundheitszustand, zu Vorerkrankungen, zu vorliegenden Körperfehlern, Behinderungen, Erwerbsminderungen etc. Falls die Angaben im Antrag nicht ausreichen, das angetragene Risiko zu beurteilen, fordert der Versicherer unter Umständen Zeugnisse und Gutachten der behandelnden Ärzte an. Liegen alle relevanten Informationen vor, erfolgt die abschließende Bewertung des angetragenen Risikos. Der Versicherer bedient sich dabei verschiedener Hilfsmittel, u. a. unternehmenseigener Risikotabellen, Expertensysteme, assoziierter Gesellschaftsärzte, ärztlicher Aufnahmeuntersuchungen und der sogenannten Kölner Systematik der Krankheiten. Diese Systematik ist ein vom VdPKV erarbeitetes Verzeichnis der Krankheiten und ihrer Risikoerheblichkeit. Es besteht aus einem alphabetischen Register der Krankheitsbezeichnungen entsprechend der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases - ICD) und den dazugehörigen Risikobeurteilungen. Diese sind in Tabelle 3-2 Stufen der Risikoerheblichkeit nach der Kölner Systematik der Krankheiten zusammengefasst und einander gegenübergestellt.

Die durchschnittliche Risikoerheblichkeit der Vorerkrankungen wird danach in fünf Stufen bzw. Schweregrade eingeteilt. Krankheiten, die sich einer medizinischen Definition entziehen, nicht klassifizierbar sind oder innerhalb der ersten Phase der Behandlungsbedürftigkeit zum Tode führen, sind nicht versicherbar. Risikounerhebliche Krankheiten (Stufe 1) ziehen im allgemeinen weder Rückfälle noch Folgekrankheiten nach sich; dagegen kann die Risikoerheblichkeit in den Stufen 2 bis 5 jeweils befristet (weniger als 5 Jahre) oder unbefristet (mehr als 5 Jahre) sein.

Tabelle 3-2: Stufen der Risikoerheblichkeit nach der Kölner Systematik der Krankheiten

Stufe	Ausprägung der Risikoerheblichkeit	Allgemeine Charakterisierung	Beispiele
0	ohne Einstufung	Einstufung nicht möglich oder Krankheit nicht versicherbar	Herzschwäche Hüftdysplasie Osteoporose
1	unerheblich	Krankheiten, die im allgemeinen für die Beurteilung des Risikos unerheblich sind	Mittelohrentzündung Nasennebenhöhlenkrankheiten Parodontose
2b 2d	leicht (befristet) leicht (dauernd)	Krankheiten, die nur für einen bestimmten Zeitraum oder aber dauernd als leicht risikoerheblich anzusehen sind	Anämie (b) Salmonellainfekt (b) Heuschnupfen (d)
3b 3d	mittelschwer (befristet) mittelschwer (dauernd)	Krankheiten, die nur für einen bestimmten Zeitraum oder aber dauernd als mittelschwer risikoerheblich anzusehen sind	Hypertonie (b) Sepsis (b) Rheumatismus (d)
4b 4d	schwer (befristet) schwer(dauernd)	Krankheiten, die nur für einen bestimmten Zeitraum oder aber dauernd als schwer risikoerheblich anzusehen sind	Trachom (b) Chronische Bronchitis(d) Arthrose (d)
5b 5d	sehr schwer (befristet) sehr schwer (dauernd)	Krankheiten, die nur für einen bestimmten Zeitraum oder aber dauernd als sehr schwer risikoerheblich anzusehen sind	Virusenzephalitis (b) Hepatitis (d) Diabetes mellitus (d)

Quelle: Kölner Systematik der Krankheiten

Nach Abschluß der *individuellen* Risikoprüfung entscheidet der Versicherer über den Aufnahmeantrag des Antragstellers. Im günstigsten Fall, in welchem das angetragene Risiko eine normale Höhe aufweist, erfolgt die Annahme des Antrags ohne jede Einschränkung. Im weniger günstigen Fall, bei dem das Risiko die normale Höhe übersteigt, besitzt der Versicherer die Möglichkeit, den Antrag mit Einschränkungen anzunehmen. Der Leistungsausfluß stellt das stärkste Mittel der Risikobegrenzung dar. Eine mildere Form sind Risikozuschläge, bei welchen erschwerte Risiken gegen Zahlung eines besonderen versicherungsmedizinischen Beitragszuschlages versichert werden. Im ungün-

stigsten Fall, in welchem das angetragene Risiko für den Versicherer außerhalb des versicherbaren Bereiches liegt, erfolgt die Ablehnung des Antrags.

### **C) Mikrozensus**

Der *Mikrozensus* ermöglicht es, die gesamte Bevölkerung - nicht nur die Mitglieder einer bestimmten Versicherung oder eines Versicherungszweiges in Kombination mit anderen Merkmalen aufzugliedern. So kann z. B. die versicherungstechnisch wichtige Alters- und Geschlechtsgliederung in Kombination mit dem Familienstand sowie mit Angaben über die ausgeübte Erwerbstätigkeit, den Wirtschaftszweig und die Stellung im Beruf nachgewiesen werden.

Der Mikrozensus enthält seit der ersten Erhebung im Jahr 1957 Fragen zur Krankenversicherung. Ab dem Jahre 1995 wird die Bevölkerung zu den Merkmalen dieses Bereichs im Abstand von vier Jahren befragt. Das Wesentliche der Ergebnisse des Mikrozensus liegt dabei in der Gewinnung eines differenzierten Strukturbildes und der Möglichkeit zu sachlich andersartiger und zu einer tieferen Gliederung der Ergebnisse, als es bei den Geschäftsstatistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist, zu kommen. Die Ergebnisse des Mikrozensus und die der Geschäftsstatistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen sich somit.

### **Zusammenfassung**

Wie aus den vorstehenden Ausführungen hervorgeht, können die ausgleichsrelevanten Größen des RSA, die gegenwärtigen PKV - Tarifierungsmerkmale sowie die wichtigen Auszählungsmerkmale der Geschäftsstatistiken der Gesetzlichen Kassen und des Mikrozensus die *tatsächliche* Morbiditäts- bzw. Risikostruktur beider Krankenversicherungssysteme nicht exakt abbilden.

### **3.4.2.2 Von Versicherern gesetzte Anreizstrukturen**

In der zweiten Gruppe sind Faktoren gebündelt, die *außerhalb der Persönlichkeit liegend* Einfluß auf das Wechselverhalten der Versicherten nehmen.

Wettbewerbsparameter und damit Ansatzpunkte für die von den Versicherern gesetzten Anreizstrukturen sind die Leistungen, Beiträge, Service und Image. Anreizfaktoren sind die Unterschiede in den einzelnen Wettbewerbsparametern, die, wenn sie bestimmte „Fühlbarkeitsschwellen“ überschreiten, von den Versicherten zu *Arbitragestrategien* genutzt werden können.

Ein Problem der empirischen Erhebung besteht darin, daß alle hier genannten Wettbewerbsparameter für das Entscheidungsverhalten der Versicherten eine Rolle spielen, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß.

Von Interesse sind vor allem die *Relationen zwischen diesen Parametern*: Letztlich interessieren nicht nur Aussagen wie „Leistungen sind wichtiger als Beiträge“ oder „Beiträge sind wichtiger als Leistungen“ sondern Aussagen wie „Wieviel an (zusätzlichen) Beiträgen bin ich bereit für eine (zusätzliche) Menge an Leistungen zu bezahlen“ oder „Wieviel an (zusätzlichen) Beiträgen bin ich bereit für eine (zusätzliche) Menge an Service zu entrichten.“

Ein weiteres empirisches Problem bei der Befragung besteht darin, daß für viele Befragte Wahlmöglichkeiten und Alternativen in der Krankenversicherung neu sind. Entscheidungen darüber waren für diese Befragten in der Vergangenheit nicht möglich; auf Erfahrungen mit Wahlmöglichkeiten und Alternativen können sich diese Befragten nicht stützen.

Eine dritte Einschränkung einer Befragung ist in dem Problem der (objektiven) Vergleichbarkeit von Leistungen und Beiträgen von GKV und PKV zu sehen. Denn einmal unterstellt, es gäbe eine Vergleichbarkeit von Beiträgen von GKV und PKV, steht einem Vergleich entgegen, daß sich bei GKV und PKV auf der Leistungsseite ein wertmäßig nicht deckungsgleiches Leistungsbündel gegenübersteht.

Rein hypothetisch könnte man einen Vorrang der Einflußfaktoren Beiträge und Image vor den Einflußfaktoren Leistungen und Service auf das Wechselverhalten der Versicherten behaupten; empirische Ergebnisse hierzu liegen jedoch nicht vor.

Was das Verhältnis von Bedürfnis- und Anreizstrukturen betrifft, so geht aus vielen empirischen Studien hervor, daß die von den Versicherern gesetzten Anreizstrukturen nur *unvollständig* an die Bedürfnisstrukturen der Versicherten angepaßt sind.



### 3.4.3 Analyse von Wechselvoraussetzungen und -verhalten im Lichte der modelltheoretischen Ergebnisse

#### 3.4.3.1 Determinante Morbiditäts- bzw. Risikodifferenzen zwischen Versicherten

Aktuelle Morbiditäts- bzw. Inanspruchnahmedifferenzen sowie potentielle Morbiditätsdifferenzen bzw. Unterschiede in den Gesundheitszuständen in der Selbsteinschätzung der Versicherten können als Indikatoren für „gute“ oder „schlechte“ Risiken herangezogen werden und damit *Ansätze für Selektionsstrategien* der Krankenversicherungsträger sein.

##### 3.4.3.1.1 Asymmetrische Information über das Krankheitsrisiko

###### Theoretische Grundlagen

Den Einfluß asymmetrischer Information auf die Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus hat als erster Akerlof (1970) in seinem berühmten Aufsatz „The Market for Lemons“ beschrieben. Asymmetrische Information bedeutet, daß ein Informationsgefälle zwischen dem Verkäufer und Käufer einer Ware mit Qualitätsunterschieden besteht; dieses Informationsgefälle führt dazu, daß die schlechte Ware die gute Ware vom Markt verdrängt (adverse selection).

Eine analoge Gesetzlichkeit kann auch - wie Breyer/Zweifel gezeigt haben - auf dem Markt für Versicherungsverträge gelten.

Hierzu werden von den Autoren die folgenden Annahmen getroffen:

- (a) Die Bevölkerung ist heterogen bezüglich des Risikos zu erkranken,  $\pi^j$ , und bezüglich der Behandlungskosten im Krankheitsfall,  $L^j$ , und jedes Individuum  $j$  kenne seine entsprechenden Werte. Der Versicherungsanbieter kann jedoch zwischen Versicherungsnachfragern mit unterschiedlichen Risikowerten nicht diskriminieren. Er wird daher zunächst einen Standard - Versicherungsvertrag anbieten, der z. B. durch eine prozentuale Kostenbeteiligung im Krankheitsfall,  $k$  ( $0 < k \leq 1$ ), und eine Prämienhöhe  $P$  gekennzeichnet ist. Die Werte von  $k$  und  $P$  werden dabei so gewählt, daß die erwarteten Ausgaben der Versicherung durch die Prämieinnahmen gedeckt sind (Gleichgewichtsbedingung). Die erwarteten Ausgaben hängen dabei - bei gegebenem Erstattungssatz  $k$  - neben den Verwaltungskosten

von den Wahrscheinlichkeiten zu erkranken und den Behandlungskosten der Klientel ab, die den angebotenen Vertrag tatsächlich abschließt. Der angebotene Standard - Tarifvertrag wird dagegen von einer anderen Klientel abgelehnt. Daher wird im folgenden ein alternativer Tarifvertrag unterstellt.

- (b) Die Versicherungsgesellschaft bietet nun einen einzigen Versicherungsvertrag mit voller Abdeckung aller Krankheitskosten ( $k = 1$ ) an und glaubt, einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung zu ihren Kunden zu zählen. Daher bezieht sie die erwarteten Ausgaben auf die Erwartungswerte von  $\pi$  und  $L$  und errechnet entsprechend die Prämie  $P$ . Ein solcher Vertrag wird für alle „schlechten Risiken“, also diejenigen Individuen mit hohen Werten von  $\pi^j$  und  $L^j$ , attraktiv sein. „Gute“ Risiken dagegen, also diejenigen Individuen mit geringen Werten von  $\pi^j$  und  $L^j$  werden auf den Abschluß eines solchen Vertrages verzichten, da für sie das Verhältnis zwischen erwarteten Krankheitskosten und Prämie ungünstig ist (adverse selection). Andererseits kann aus der mangelnden Unterscheidungskraft seitens der Versicherungsgesellschaft für diese Versichertengruppe keine günstigere Prämie berechnet werden, da sonst alle anderen Versicherten auch diese besseren Konditionen in Anspruch nehmen würden.
- (c) Durch das Ausbleiben der „guten Risiken“ ändern sich jedoch die Grundlagen, auf denen die Versicherungsgesellschaft die erforderliche Prämie bestimmt hat, und diese muß nach oben korrigiert werden. Dadurch wird der angebotene Vertrag jedoch für eine weitere Versichertengruppe mit relativ niedrigen Werten von  $\pi^j$  und  $L^j$  unattraktiv, und auch diese bleiben aus, so daß sich die zur Kostendeckung erforderliche Prämie weiter erhöht. Dieser Prozeß wird sich so lange fortsetzen, bis im Gleichgewicht nur noch die „schlechten Risiken“ im Risikopool verbleiben. Alle übrigen Risiken müssen ohne Risikoschutz auskommen oder die Versicherungsgesellschaft bietet einen auf sie abzielenden Versicherungsvertrag an, der durch eine günstigere Relation zwischen Versicherungsleistung und Prämie, aber auch durch einen reduzierten Umfang des Versicherungsschutzes ( $k < 1$ ) gekennzeichnet ist. Der reduzierte Versicherungsschutz ist notwendig, um „schlechte“ Risiken“ vom Abschluß eines solchen Vertrages abzuhalten.

Siehe dazu Breyer/Zweifel, 1999, S. 161 f.

### 3.4.3.1.2 Übertragung des Modells auf das gegliederte Krankenversicherungssystem

Der Einfluß asymmetrischer Information auf die Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus ist auch im real existierenden gegliederten Krankenversicherungssystem Deutschlands relevant, da auch in diesem System wesentliche Bedingungen für die adverse Selektion erfüllt sind.

- (1) Die Versicherten beider Krankenversicherungsträger sind - wenn auch in unterschiedlichem Maße - heterogen bezüglich des Risikos zu erkranken und bezüglich der Behandlungskosten im Krankheitsfall. Dagegen kennt nicht jedes Individuum - insbesondere nicht jeder bei den Gesetzlichen Krankenkassen Versicherte - seine entsprechenden Werte. Der Gesetzliche Versicherungsanbieter kann nicht zwischen Versicherungsnachfragern mit unterschiedlichen Risikowerten diskriminieren, wohingegen der Private Versicherungsanbieter etwa über Risikozuschläge diskriminieren kann.
- (2) Um für die „schweren“ Risiken Beiträge kalkulieren zu können, die von risikoäquivalenten Beiträgen nach unten abweichen, müssen die Gesetzlichen Krankenkassen den „leichten“ Risiken Beiträge berechnen, die gegenüber risikoäquivalenten höher sind. Von den Gesetzlichen Krankenkassen wird ein im wesentlichen einheitlicher „Versicherungsvertrag“ angeboten, der tendenziell „schlechte“ Risiken anlockt, und „gute“ Risiken abschreckt.

Anders als die Gesetzlichen Krankenkassen muß der einzelne Private Krankenversicherer eine differenzierte Prämie entsprechend dem individuellen Risiko kalkulieren, und alle Privaten Krankenversicherer bieten differenzierte Krankenversicherungsverträge an, die tendenziell „schlechte“ Risiken abschrecken und „gute“ Risiken anlocken

- (3) Die Versicherungspflicht muß den Gesetzlichen Krankenkassen vor allem die jungen und in der Regel „guten“ Risiken zuführen und an den Schutz der Gesetzlichen Krankenkassen gewöhnen. Sobald die jungen Pflichtversicherten infolge ihres beruflichen Aufstiegs die Versicherungspflichtgrenze erreicht haben und sich die Wahlmöglichkeit zur Privaten Krankenversicherung anbietet, müssen sie sich für eine freiwillige Weiterversicherung entscheiden.

Wie die Gesetzlichen Krankenkassen sind die Privaten Krankenversicherer darauf angewiesen, ihre kollektiven Versicherungsbestände durch einen dauerhaften Zustrom von jungen, „guten“ Risiken zu erneuern, um die steigenden Alterslasten auszugleichen.

- (4) Maßnahmen des Sozialgesetzgebers müssen, im Interesse gesunder (d. h. homogener) Risikostrukturen, den einzelnen Gesetzlichen Krankenversicherer vor den Folgen adverser Selektion abschirmen.

Dagegen schützt sich der einzelne Private Krankenversicherer durch die Differenzierung der Prämie vor einer negativen Risikoselektion. Würde er im Gegensatz zu anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen und entsprechend der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Durchschnittsbeiträgen kalkulieren, müßte er mit dem Zustrom der „schlechten“ Risiken aus den fremden Versichertengemeinschaften rechnen. Die „guten“ Risiken würden sich jedoch durch die Durchschnittsprämie belastet fühlen und tendenziell zu den mit einer risikoäquivalenten Prämie kalkulierenden Versicherern abwandern.

### **3.4.3.2 Determinante Leistungsdifferenzen**

Wettbewerbsparameter und damit Ansatzpunkte für Anreizstrukturen sind Beiträge, Leistungen (bzw. bestimmte Beitrags-/Leistungsverhältnisse), Service und Image. Von Bedeutung sind vor allem die Relationen zwischen diesen Einflußfaktoren. Anreizfaktoren sind die Differenzen in den Wettbewerbsparametern an denen *Arbitragestrategien* ansetzen können.

#### **3.4.3.2.1 Allgemeine Wettbewerbsbedingungen**

##### **Kostenvorteile der Gesetzlichen Krankenkassen**

Die Ungleichheit der Wettbewerbsbedingungen zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung beruht auf Kostenvorteilen und -nachteilen der Gesetzlichen Krankenkassen, welche die Private Krankenversicherung nicht kennt.

- (1) Einen Schwerpunkt der Kostenvorteile bilden die Arzthonorare.  
Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung rechnen mit den

Ärzten nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte ab <sup>a</sup>, die für Behandlungen von selbst zahlenden Patienten zum Teil ein Mehrfaches an Honorarforderungen als für die von Kassenpatienten erlaubt.

- (2) Eine weitere Kostenvergünstigung erfahren die Gesetzlichen Krankenkassen bei den Kosten einer stationären Heilbehandlung.
- (3) Den Gesetzlichen Krankenkassen werden aufgrund vertraglicher Vereinbarungen mit den Apothekerkammern - je nach Bundesländern in ihrer Höhe verschieden – Einkaufsrabatte („Apothekenrabatte“) gewährt.
- (4) Die Schadenbearbeitungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Inkassokosten gem. §§ 28 d bis 28 n und § 28 r des Vierten Buches SGB IV von den Arbeitgebern getragen.
- (5) Die Privaten Krankenversicherungsträger müssen gem. §§ 12, 79 VAG - entsprechend den Vorschriften für die Lebensversicherung - jährlich versicherungstechnische Rückstellungen für das mit dem Alter wachsende Krankheitskostenrisiko (Alterungsrückstellung) und für die Zusatzleistung „Sterbegeld“ bilden.
- (6) Die Gesetzlichen Krankenkassen sind durch ihre Befreiung von der Körperschafts-, Vermögens-, Gewerbe- und Versicherungssteuer gegenüber den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung wesentlich begünstigt.

### **Kostennachteile der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Den Kostenvergünstigungen und Einkaufsprivilegien der Gesetzlichen Krankenkassen stehen jedoch einzelne Belastungen gegenüber, die von privaten Versicherungsunternehmen nicht getragen werden müssen.

- (1) Die Gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, die Träger der Berufs - Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallversicherung gegen angemessene Entschädigung zu unterstützen. Die Entschädigungssätze für

---

<sup>a</sup> Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit verkürzten Leistungsbezeichnungen - Kurz - GOÄ - Stand: 1. Januar 2002, PKV - Verband der privaten Krankenversicherung

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Stand: 1. Januar 2002, PKV - Verband der privaten Krankenversicherung.

die Gesetzlichen Krankenkassen decken jedoch in der Regel nicht die entstandenen Kosten, so daß den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der Erfüllung von Fremdaufgaben zusätzliche finanzielle Belastungen auferlegt werden.

- (2) Für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung geschützten Rentner erhalten die Kassen von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung Vergütungen, die das hohe Krankheitsrisiko dieser Versichertengruppe nicht ausreichend decken; dies hat zur Folge, daß vor allem Kassen mit einem hohen Anteil von Rentnern am Gesamtmitgliederbestand erheblich belastet werden.
- (3) Die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben - anders als die Privaten Versicherungsunternehmen - allen Versicherten ohne Rücksicht auf den individuellen Risikograd vollen Versicherungsschutz zu gewähren.

Per Saldo verringern diese Kostenbelastungen zwar die Kostenvorteile der Gesetzlichen Krankenkassen, ändern aber nichts daran, daß die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung ihr Bedürfnis „Heilung von Krankheit“ zu wesentlich günstigeren Preisen befriedigen können.

### **Allgemeine Kostenvorteile der GKV und Einkommensumverteilung**

Die allgemeinen Kostenvorteile der Gesetzlichen Krankenkassen beim Einkauf der Gesundheitsgüter enthalten Möglichkeiten der Einkommensumverteilung zwischen den Versicherten der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung. Diese Möglichkeiten werden zum gegenwärtigen Zeitpunkt im wesentlichen in drei Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ausgehöpft.

Aus Sicht des VdPKV stellt sich die Einkommensumverteilung zwischen den Versicherten wie folgt dar:

### **Leistungsbereich ambulante Behandlung**

Nach einer Auswertung von BASYS aus dem Jahre 1993 zahlen Selbstzahler<sup>a</sup> Preise für die ärztliche Behandlung, die um 130 Prozent höher sind als die der

---

<sup>a</sup> Selbst zahlende Patienten sind privat Versicherte und Beihilfeempfänger. Unterstellt wird, daß die Hälfte der PKV - Versicherten einen Beihilfeanspruch von im Durchschnitt 60 Prozent hat. Dies ist ein mittlerer Wert, der berücksichtigt, daß der Beihilfeberechtigte während seiner

gesetzlich Versicherten. Im Jahre 2000 haben sie hierfür insgesamt rd. 4,50 Mrd. € ausgegeben. Bei GKV - Preisen wären es lediglich rd. 2,00 Mrd. € gewesen. Mit rd. 2,60 Mrd. € ist demzufolge der Effekt der höheren Preise zu berechnen.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß die 130 - Prozent - Annahme eine konservative Annahme ist. Denn seit 1993 sind

- die Gebühren in der Gebührenordnung für ärztliche Leistungen (GOÄ) mit Wirkung vom 1. Januar 1996 um 5 Prozent angehoben worden und ist
- der Punktwert (in Pfennigen) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärzte für die GKV - Versicherten um mindestens 20 Prozent gefallen.

Infolgedessen könnte man in einem alternativen Ansatz davon ausgehen, daß Selbstzahler um mindestens 200 Prozent <sup>a</sup> höhere Preise als gesetzlich Versicherte zahlen. Danach würde sich eine Mehrzahlung von rd. 3,00 Mrd. € ergeben.

Für zahnärztliche Leistungen zahlen Selbstzahler BASYS zufolge 30 Prozent mehr. Auch zahntechnische Leistungen sind für sie im Schnitt um 30 Prozent teurer. Selbstzahler leisteten im Jahre 2000 insgesamt rd. 2,65 Mrd. €. Bei GKV - Preisen wären es lediglich rd. 2,00 Mrd. € gewesen. Die Mehrzahlung betrug mithin 0,65 Mrd. €.

### **Leistungsbereich Stationäre Behandlung**

#### **Wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus**

Die Private Krankenversicherung hat im Jahre 2000 insgesamt rd. 1,85 Mrd. € für wahlärztliche Leistungen aufgewendet. Von den rd. 10,9 Mio. PKV -Versicherten mit einem Versicherungsschutz für Wahlleistungen im Krankenhaus hatten rd. 6,5 Mio. oder rd. 60 Prozent eine Krankheitsvollversicherung. Auf die Krankheitsvollversicherung selbst zahlender Patienten zuzüglich Beihilfe ent-

---

aktiven Dienstzeit in der Regel einen Beihilfeanspruch von 50 Prozent und im Ruhestand von 70 Prozent hat.

<sup>a</sup> Ermittelt aus dem Produkt von 230 (Ausgangsniveau) x 1.05 (Gebührenanhebung) x 1.20 (Punktwertverfall) = 289.8 Prozent oder rd. 300 Prozent minus 100 Prozent.

fielen rechnerisch rd. 1,3 Mrd. € wahlärztliche Leistungen. Die darin enthaltene Kostenerstattung der Chefärzte an die Krankenhäuser, läßt sich grundsätzlich nur schätzen; realistisch erscheint aber ein Wert von 40 Prozent zu sein. Darüber hinaus ist davon auszugehen, daß die Krankenhäuser weitere Abgaben der Chefärzte, den sogenannten Vorteilsausgleich, erhalten. Dieser steht den Krankenhäusern zwar frei zur Verfügung, er wird aber - wegen mangelnder Landesfördermittel - überwiegend für investive Zwecke verwendet. Damit kann unterstellt werden, daß von den rd. 1,3 Mrd. € Ausgaben für wahlärztliche Leistungen an selbstzahlende Patienten wenigstens 50 % oder rd. 0,65 Mrd. € den allgemeinen Krankenhausleistungen zugute kommen.

### **Wahlleistung Unterkunft**

Dieselbe Berechnungsweise ergibt bei der Wahlleistung gesonderte Unterbringung in Ein - und Zweibettzimmern einen Betrag von rd. 0,8 Mrd. €, der hierfür von der Privaten Krankenversicherung aufgewendet wurde. Auf die Krankheitskostenvollversicherung zuzüglich Beihilfe entfielen rd. 0,6 Mrd. €. Hieraus werden über die Mindestzuschläge die Pflegesätze unmittelbar subventioniert. Da aber bei den Krankenhäusern der darüber hinausgehende Teil wie bei den wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus vor allem zugunsten allgemeiner Krankenhausleistungen eingesetzt wurde, kann davon ausgegangen werden, daß der Mehrzahlungseffekt, der unmittelbar zugunsten der allgemeinen Krankenhausleistungen verwendet wird, sich auf mindestens 75 Prozent beläuft. Rechnerisch ergibt sich somit ein Beitrag von insgesamt rd. 0,40 Mrd. €.

Selbst zahlende Patienten zahlen die Arztkosten im Krankenhaus doppelt. Sie bezahlen sie einmal als wahlärztliche Leistung und sie zahlen sie sodann über die Pflegesätze, die Fallpauschalen sowie die Sonderentgelte, denn diese enthalten ebenfalls anteilige Arztkosten. Dies mindert kalkulatorisch die Krankenhausbudgets zugunsten aller anderen Krankenhauspatienten. Insgesamt bezahlten Selbstzahler, die zugleich für Wahlleistungen versichert waren, für allgemeine Krankenhausleistungen rd. 3,00 Mrd. €. Kalkulatorisch sind darin rd. 26,8 Prozent für ärztliche Personalkosten enthalten. Die Mehrzahlung betrug mithin rd. 0,80 Mrd. €.

### **Leistungsbereich Arzneimittel**

Im Gegensatz zu GKV - Versicherten erhalten selbst zahlende Patienten in der Apotheke den Arzneimittelrabatt von 5 Prozent nicht. Bei jenen Arzneimittel- ausgaben, die unmittelbar von der Beihilfe und der Privaten Krankenversiche-



rung übernommen werden, wären die Selbstzahler im Jahre 2000 um rd. 90 Mio. € entlastet worden, hätten sie diesen Arzneimittelabschlag ebenfalls bekommen. Nicht berücksichtigt sind jene Arzneimittel, welche die Selbstzahler darüber hinaus gekauft haben.

Werden alle Preiseffekte summiert, so ergibt sich ein Gesamtbetrag an Mehrzahlungen zwischen rd. 5,15 Mrd. € und rd. 5,60 Mrd. €.

In systematischer Hinsicht sind diese Mehrzahlungen der selbst zahlenden Patienten natürlich zu differenzieren : Zum einen führen sie dazu, daß bei den Leistungserbringern Einkommenseffekte entstehen. Sie verbessern durch die Behandlung selbst zahlender Patienten ihr Einkommen. Zum andern handelt es sich aber auch um Einkommensumverteilungseffekte, wenn hierdurch unmittelbar die Preise für gesetzlich versicherte Patienten reduziert werden. So ist bei den Arzt- und Zahnarzthonoraren zwischen Einkommens- und Einkommensumverteilungseffekten zu unterscheiden. Im Krankenhaus sind Einkommenseffekte bereits bei der Berechnung berücksichtigt worden, so daß es sich hier im vollen Umfang um Einkommensumverteilungseffekte handelt. Außerdem gibt es weitere nicht quantifizierte Mehrzahlungen bei den Hilfsmitteln etc. Siehe dazu Weber, 2002, S. 14 f.<sup>45</sup>

#### **3.4.3.2 Besondere Wettbewerbsbedingungen**

Ein *Kennzeichen der Leistungskonkurrenz* zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Krankenversicherungsunternehmen ist die *Vergleichbarkeit* der Leistungsarten, die in einem privaten Krankheitskostentarif einerseits und in dem der Gesetzlichen Krankenversicherung andererseits angeboten werden.

Die Vergleichbarkeit der Leistungsarten war zurückzuführen auf bestimmte Vorstellungen der Privatversicherten über Art und Umfang ihres Krankenversicherungsschutzes. Diese Vorstellungen wurden erheblich beeinflusst von dem Leistungsgefüge der Gesetzlichen Krankenkassen, das den meisten Menschen aus eigenem Erleben bekannt geworden ist und ebenfalls durch den vollständigen Katalog aller Leistungsarten gekennzeichnet ist.

Ein *weiteres Kennzeichen der Leistungskonkurrenz* waren ihre *leistungssteigernden* Effekte. Diese waren vor allem feststellbar bei der Entwicklung der

Leistungsbedingungen für die Behandlung „alter Leiden“ durch die Privaten Versicherer und bei der Steigerung der Leistungsdauer in der Krankenhilfe.

### **Behandlung „alter Leiden“ durch die PKV**

Die leistungssteigernden Effekte ergeben sich vor allem bei der Entwicklung der Leistungsbedingungen für die Behandlung sogenannter „alter Leiden“ durch die Private Krankenversicherung. In mehreren Entwicklungsstufen konnte eine Versicherung risikoerschwerender vorvertraglicher Krankheiten in der Privaten Krankenversicherung erreicht werden. Seit dem Jahre 1952 ist die Versicherung der meisten bekannten Krankheiten gegen Risikozuschlag und die Versicherung aller unbekanntes Krankheiten durch die Private Krankenversicherung gewährleistet. Die Versicherung aller bekannten und unbekanntes Krankheiten bei Übertritt aus der Gesetzlichen Krankenversicherung war geplant, konnte aber nicht realisiert werden. Ungeachtet dessen war damit ein bis dahin bestehender schwerer Wettbewerbsnachteil bei der Werbung freiwilliger Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen beseitigt.

### **Leistungssteigerungen in der Krankenhilfe**

Der leistungssteigernde Effekt des Wettbewerbs zwischen der Gesetzlichen und Privaten Versicherung zeigt sich auch im Bereich der Krankenhilfe. Die Leistungskonkurrenz hat vor allem dazu beigetragen, die Leistungsdauer der Krankenhilfe in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verlängern. Vollständig beseitigt war damit die Aussteuerung bei der Gesetzlichen Krankenversicherung - im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung - noch nicht. Unbeschadet dessen war damit eine Milderung eines bis dahin existierenden schwerwiegenden Wettbewerbsnachteils für die Gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

### **Mehrleistungen in den Gesetzlichen Krankenkassen**

Die vom Wettbewerb erzwungene *Angleichung der kassenartenspezifischen Mehrleistungen* führte dazu, daß diese Leistungen - weil sie von den verschiedenen Krankenkassen nach Leistungsart und -höhe fast in gleichem Umfang gewährt - den Regelleistungen immer ähnlicher wurden. Diese Entwicklung trug ebenso wie der stetige gesetzliche Abbau der satzungsbestimmten Mehrleistungen dazu bei, daß sie in der Leistungskonkurrenz zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung kein besonderes Eigengewicht mehr besitzen.

### **Leistungen der Vorsorge**

Die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind gem. § 20 f SGB V verpflichtet ihre Mittel für Zwecke der Verhütung von Krankheiten einzusetzen.

Eine Gefahrengemeinschaft, die - wie die Private Krankenversicherung - nach dem Äquivalenzprinzip arbeitet, kann dagegen grundsätzlich nicht vor dem Eintritt des Schadens schützen, wohl aber vor den Folgen, soweit sie sozial-ökonomischer Art sind. Die vorbeugenden Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge bilden demzufolge kein Wesensmerkmal der Versicherung; sie stehen aber in enger Beziehung zur eigentlichen Aufgabe der Versicherung, d. h. dem Schadenersatz. Denn sie tragen zur Minderung der Leistungsverpflichtungen des Versicherers bei. Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe in der Privatversicherung können als eine nicht eigentlich zur Versicherung gehörende, aber auch ihr Wesen nicht störende Nebenaufgabe angesehen werden.

Die Situation einer aufgrund hoher Vorsorgeleistungen der gesetzlichen Krankenkassen verschlechterten Startposition der Privaten Krankenversicherer im Wettbewerb um die freiwillig Versicherten besteht in der Gegenwart nicht. Der Ausgabensatz für Vorsorgeleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist zu niedrig, als daß er wettbewerbswirksam erscheinen kann; zudem hat der Wettbewerb auch die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung gezwungen, die Möglichkeiten einer privaten vorbeugenden Gesundheitspflege wesentlich zu erweitern.

Das würde sich für die Zukunft ändern, würden der Ausgabensatz für Vorsorgeleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung deutlich erhöht und umgekehrt die Maßnahmen einer privaten vorbeugenden Gesundheitspflege wieder wesentlich vermindert. Dann würden sich die ungleichen Startbedingungen zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Krankenversicherungsunternehmen im Wettbewerb um den Kreis der freiwillig Versicherten zu Lasten der Privaten Krankenversicherung verschieben.

### **Kassenpatient und Privatpatient**

Im Leistungswettbewerb zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung hat die Gruppe der Privatpatienten für den Kreis der freiwillig Versicherten die Stellung einer soziologischen Bezugsgruppe; für die freiwillig Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen ist der Schutz der Privatversicherten nach Art und Umfang häufig Vorbild. Dies gilt vor allem für die freiwillig Versi-

cherten der Ersatzkassen. Sie haben sich in der Vergangenheit besonders deutlich am Leistungssystem und Versorgungsniveau der Privatversicherten orientiert.

In den ersten Nachkriegsjahren führten die Angestellten - Ersatzkassen „Privatversicherungsklassen“ ein, die freiwilligen Mitgliedern Versicherungsschutz nach dem Kostenerstattungssystem boten. Auf Verlangen des Bundesarbeitsministers wurden diese Klassen jedoch im Jahre 1954 geschlossen. Trotz ihrer Bezeichnung besaßen diese Privatversicherungsklassen nicht den Charakter einer Privaten Versichertengemeinschaft, da sie keinen besonderen Gewinnverbund bildeten und die Beiträge sowie Leistungen nicht selbst tragen mußten.

Im sogenannten Stolt - Plan aus dem Jahre 1958 wurde erneut der Versuch unternommen, den Status der freiwillig Versicherten in den Gesetzlichen Krankenkassen an denjenigen der Privatversicherten anzugleichen. In welcher Weise dies geschehen sollte ist bei Lüke, 1970, S.131 näher beschrieben. Die Gesetzlichen Krankenkassen lehnten diesen Plan jedoch ab, weil sie eine verstärkte Klassenteilung innerhalb der Kassen befürchteten.

Die Private Krankenversicherung widersetzte sich der Verwirklichung, weil sie in der Einführung privatversicherungsähnlicher Methoden für den Kreis der Nichtversicherungspflichtigen in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine einschneidende Wettbewerbsverzerrung zu ihren Lasten sah.

Dem Bemühen der Ersatzkassen um eine privatversicherungsähnliche Stellung für ihre nichtversicherungspflichtigen Mitglieder lag eine bestimmte Auffassung über den unterschiedlichen Status von Kassen- und Privatpatienten zugrunde. Die unbeschränkte Möglichkeit einer freien Arztwahl, das Fehlen einer gebundenen Behandlungs- und Ordnungsweise sowie die im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich höheren Liquidationssätze der Privaten Krankenversicherung hatten in der öffentlichen Meinung zu der Auffassung geführt, daß der Privatpatient sorgfältiger, intensiver und schneller behandelt wird als der Kassenpatient.

Für einen eindeutigen Beweis fehlen jedoch die objektiven Belege. Nach ärztlicher Auffassung ist es indessen gerechtfertigt, sich der Privatpatienten zumindest in der Weise besonders anzunehmen, daß man ihnen in den äußeren Umständen der Behandlung klar wahrnehmbare Vorteile bietet. Diese Vorteile in den äußeren Umständen der Behandlung, also vor allem das weitgehende

Fehlen von Wartezeiten, ein höherer ärztlicher Zeitaufwand für die Einzelbehandlung sowie eine individuelle Behandlungsweise haben dazu beigetragen, der Stellung des Privatpatienten ein besonderes *Sozialprestige* zu verleihen.

Diesen objektiven Vorteilen des Privatpatienten in den äußeren Umständen der Behandlung steht die gegenüber dem Kassenpatienten bis zum Dreieinhalbfachen höhere Liquidation der Ärzte gegenüber. Das breite ärztliche Ermessen in der Festlegung des Privathonorars hat die Annahme nahe gelegt, daß die Ärzte durch die höhere Liquidation bei den Privatpatienten ihr Mindereinkommen bei den Kassenpatienten auszugleichen versuchen.

Eine Grundvoraussetzung für die Rechtfertigung einer von den Ärzten vollzogenen Einkommensumverteilung zwischen Kassenpatienten und Privatpatienten, also vor allem Privatversicherten sowie nicht versicherten Selbstzahlern, ist ein deutlich höheres Einkommensniveau bei diesen Personengruppen.

Eine grundsätzliche Verschiedenheit der Einkommensstrukturen besteht zwischen den Pflichtversicherten der Gesetzlichen Krankenkassen und den Privatversicherten. Eine weitgehende Übereinstimmung ist dagegen zwischen den freiwillig Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen und den Privatversicherten gegeben. Diese weitgehende Übereinstimmung in den Einkommensstrukturen läßt die für beide Gruppen unterschiedliche Liquidationspraxis der Ärzte fragwürdig erscheinen.

Wie die vorstehenden Ausführungen zeigen ist es nicht möglich, den Status des Privatpatienten in der Form eines geldwerten Vorteils zu messen. *„Das höhere Sozialprestige und die verbesserten Leistungen der Ärzte in den äußeren Umständen der Behandlung rechtfertigen in der Regel eine - im Vergleich zu Kassenpatienten - höhere Honorierung. Jedoch wird die Gleichheit der Wettbewerbsbedingungen zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung nicht gewahrt, wenn von den Privatversicherten ein Mehrfaches der Mindestsätze (GOÄ/GOZ) aufgewendet werden muß, für freiwillig Versicherte der gleichen Einkommensschicht im entsprechenden Leistungsfall dagegen nur das Einfache der Mindestsätze von den Kassen entgolten wird“* (Lüke, 1970, S. 136).

### **3.4.3.3 Determinante Beitragsunterschiede**

Im Unterschied zu den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, die von ihren Versicherten eine nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikoäquivalente Prämie erheben, verzichtet die Gesetzliche Krankenversicherung auf eine risikobestimmte Beitragserhebung. Grundprinzip des Beitragsrechts ist, daß jeder Versicherte entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beiträgt. Die Beiträge werden deshalb - unabhängig vom Versicherungsrisiko und der Zahl der mitversicherten Angehörigen - prozentual nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erhoben. Dieser Grundsatz bewahrt Versicherte, die wegen ihres gesundheitlichen Risikos oder ihrer Familiensituation hohe Leistungen in Anspruch nehmen müssen davor, daß sie höhere Beiträge zu zahlen haben als Versicherte mit gleichen Einkünften und geringerem Versicherungsrisiko.

#### **3.4.3.3.1 Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze bzw. Höchstbeiträgen und Beitragsanpassung im Vergleich**

Im Wettbewerb um die guten Risiken unter den freiwillig Versicherten spielt die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze bzw. der Höchstbeiträge in der GKV im Vergleich zur Beitragsanpassung in der PKV für den Nettozugang zur Privaten Krankenversicherung eine wichtige Rolle.

#### **Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze bzw. Höchstbeitragsentwicklung in der GKV**

Die Entwicklung des Nettozugangs in der Krankheitsvollversicherung der PKV hängt neben der Beitragsanpassung der PKV vor allem von der Dynamisierung der Krankenversicherungspflichtgrenze ab.

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung stellt sich die Dynamisierung dieser Grenze so dar:

Seit dem 01. Januar 1971 ist die Krankenversicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf der Basis von 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung dynamisiert.

Das Erreichen dieser Grenze ist für Arbeitnehmer die Voraussetzung, um eine Private Krankheitsvollversicherung abschließen zu können. Beamte und Selbst-

ständige sind dagegen seit dem 01. Januar 1989 mit dem Inkrafttreten des GRG *grundsätzlich* an die Private Krankenversicherung verwiesen und können sich unabhängig vom Einkommen privat krankenversichern. Eine freiwillige Gesetzliche Krankenversicherung ist für sie nur möglich, wenn dem eine bestimmte Versicherungszeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorausgegangen ist. Für Beamte gibt es in der Privaten Krankenversicherung spezielle beihilfekonforme Tarife. Sie sind fast vollständig in der Privaten Krankenversicherung versichert. Neu verbeamtete Personen können daher ausnahmslos in die Private Krankenversicherung aufgenommen werden. Ein eventueller Risikozuschlag wird auf maximal 30 Prozent des Beitrages begrenzt. Von den Selbständigen ist dagegen nur ein Teil in der Privaten Krankenversicherung versichert.

Der *Höchstbeitrag* zur Gesetzlichen Krankenversicherung, der sich aus der Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze mit dem durchschnittlichen Beitragssatz ergibt, ist in der Vergangenheit jährlich angestiegen. Das ist selbst in den Jahren der Fall gewesen, in denen der durchschnittliche Beitragssatz gesunken ist. So ist trotz einer Absenkung der Beitragssätze in den Jahren 1990 um 0,4 Prozentpunkte und in 1991 um 0,3 Prozentpunkte der Höchstbeitrag gestiegen. Ab 1992 erhöhte sich der durchschnittliche Beitragssatz kontinuierlich. Das Beitragsentlastungsgesetz von 1997 hat die Beitragssätze der Kassen um 0,4 Prozentpunkte reduziert. Gleichzeitig hatten aber mehrere Kassen erneute Beitragserhöhungen beschlossen. So ist der Höchstbeitrag pro Monat in den alten Bundesländern von 1970 - 2000 jährlich um rd. 7,85 Prozent angestiegen. Siehe dazu VdPKV, 2001, S. 12 f.

Tabelle 3-3: Entwicklung der Höchstbeiträge in der GKV

Jahr	Beitragsbemessungsgrenze [DM/€]		Durchschnittlicher Beitragssatz [%]		Höchstbeitrag pro Monat [DM/€]	
	alte Bundesländer	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer
1970	1.200	-	8,2	-	98,40	-
1975	2.100	-	10,5	-	220,50	-
1980	3.150	-	11,5	-	362,25	-
1985	4.050	-	11,8	-	477,90	-
1990	4.725	-	12,5	-	590,63	-
1995	5.850	4.800	13,2	12,8	772,20	614,40
1996	6.000	5.100	13,5	13,5	810,00	688,50
1997	6.150	5.325	13,5	13,9	830,25	740,18
1998	6.300	5.250	13,5	13,9	850,50	729,75
1999	6.375	5.400	13,5	13,9	860,63	750,60
2000	6.450	5.325	13,5	13,8	870,75	734,85
2001	6.525	6.525	13,5	13,7	880,88	893,93
2002	3.375	3.375	13,6	13,8	459,00	465,75

Quelle: VdPKV, 2001, S. 13

### Beitragsanpassung der PKV

Die *Beitragsanpassung* der Privaten Krankenversicherung sieht in ihren Grundzügen wie folgt aus: In bezug auf das Prämiensystem ist darauf aufmerksam zu machen, daß die Rechnungsgrundlagen trotz vorsichtiger Bemessung mit Unsicherheit behaftet sind und nach den Erfahrungen der Vergangenheit relativ schnell veralten. Dies gilt vor allem für die in Ansatz gebrachten Kopfschäden. Häufig reichen die kalkulierten Versicherungsleistungen einschließlich der Sicherheitszuschläge bereits nach kurzer Zeit nicht mehr aus, die tatsächlichen Schäden zu decken, so daß eine Beitragserhöhung („Sanierung“) notwendig wird. Solche Beitragserhöhungen sind gem. § 178 g Abs. 2 VVG rechtlich zulässig. Danach ist *„der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen“*. Die Neufestsetzung der Prämie gilt unter der Voraussetzung, daß ein Unabhängiger



Treuhänder die Rechnungsgrundlagen geprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat

(§ 178 g Abs. 2 VVG). Ist diese Voraussetzung erfüllt, ist für den Versicherungsnehmer das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen.

Ein Zahlenbeispiel mag das Ausmaß der Beitragserhöhung verdeutlichen: Ein 43-jähriger Mann, der 1970 in die Private Krankenversicherung eintrat, zahlte damals für seine Vollversicherung im Durchschnitt 79,30 DM im Monat. Im Jahre 2000 zahlte dieser (mittlerweile 73-jährige) monatlich schon 982,00 DM, was einer jährlichen Steigerungsrate von 11,4 Prozent entspricht.

In Anbetracht des versicherungstechnischen Änderungsrisikos hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, daß die Versicherungsunternehmen für jeden „nach Art der Lebensversicherung“ kalkulierten Tarif zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen haben (§ 12 b Abs. 2 Satz 2 VAG). Ergibt sich aus dem Vergleich eine Abweichung von mehr als 10 Prozent nach unten oder nach oben, hat das betreffende Unternehmen alle Prämien des jeweiligen Tarifs zu überprüfen und anzupassen, wenn die Abweichung nicht nur als vorübergehend anzusehen ist (§ 12 b Abs. 2 Satz 2 VAG). Bei der Anpassung werden dann die aktualisierten Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt und als lebenslang konstant unterstellt. Dieser Anpassungsprozeß wiederholt sich im Laufe eines Versichertenlebens mehrmals.

#### **3.4.3.3.2 Familienmitversicherung**

Die Bedeutung der Leistung „Familien*mit*versicherung“ im Wettbewerb zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung soll im Rahmen des Kapitels „Beitragskonkurrenz“ erfaßt werden, da die Mitversicherung der Familienangehörigen vor allem als Beitragsvorteil aufgefaßt werden kann. Die beitragsfreie Krankenversicherung für nicht erwerbstätige Familienmitglieder beziffert der SVR Wirtschaft für das Jahr 2000 auf 30,7 Mrd. €, wenn man das Leistungsvolumen veranschlage, das auf die beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder entfällt (SVR Wirtschaft, 2001, S. 171).

Die Gesetzlichen Krankenkassen besitzen in der grundsätzlich beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen einen Leistungsvorteil im Wettbewerb um die freiwillig Versicherten, den die privaten Versicherungsunternehmen ohne Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip nicht gewähren können. Siehe zur Entwicklung der Familienmitversicherung ausführlich Lüke, 1970, S. 139 f.

### Beitragsvorteil der Familienmitversicherung

Die Ermittlung des Beitragsvorteils der Familienmitversicherung durch eine Gegenüberstellung von Beiträgen und Prämien der beiden Krankenversicherungssysteme ist problematisch. Einem objektiven Zahlenvergleich steht entgegen, daß sich bei der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung auf der Leistungsseite ein wertmäßig nicht deckungsgleiches Leistungsbündel gegenübersteht. Darüber hinaus ist ein Beitrags- und Leistungsvergleich nur beschränkt aussagefähig, weil die im Einzelfall unterschiedliche subjektive Einschätzung des eigenen Risikos und des Werts eines Gesetzlichen oder Privaten Versicherungsschutzes sich jeder wertmäßigen Erfassung entzieht.

Eine Gegenüberstellung von Beiträgen und Prämien kann daher nur bezwecken, den Beitragsvorteil aus der Familienmitversicherung seiner Größenordnung nach für unterschiedliche Situationen des Familienstandes aufzuzeigen; ein Anspruch auf eine wertmäßig exakte Bestimmung des Beitragsvorteils kann aus dieser Vorgehensweise nicht erhoben werden.

Tabelle 3-4: Beitrag bei freiwilliger Versicherung in der GKV oder in der PKV (Stand Januar 2002)

Familienstand	Eintrittsalter Jahre	Einkommen pro Monat €	Beitrag GKV*) pro Monat €	Prämie PKV *)**) pro Monat €
Ledig m.	25	3 375	462,38 (231,19)	150,37 ( 75,19)
Verheiratet ohne Kinder	30/25	3 750	462,38 (231,19)	385,31 (192,66)
Ehepaar mit 1 Kind	25/25	5 248	462,38 (231,19)	455,77 (227,89)
Ehepaar mit 2 Kindern	40/35	6 750	462,38 (231,19)	651,49 (420,30)
Verheiratet ohne Kinder	50/50	6 750	462,38 (231,19)	621,17 (389,98)

\*) in Klammern einschl. Arbeitgeberzuschuß \*\*) Kinder bis zu 19 Jahren  
 Quelle: Eigene Berechnung anhand von Daten der Techniker Krankenkasse Hamburg, DEBEKA Koblenz

Ungeachtet der beschränkten Aussagefähigkeit eines Zahlenvergleichs wird aus der Tabelle 3-4 der Kostenwert der Familienmitversicherung in den Gesetzlichen Krankenkassen erkennbar. Ein lediger Versicherter kann bei einem niedrigen Eintrittsalter damit rechnen, in der Privaten Krankenversicherung eine

Prämie zu entrichten, die unter dem „vergleichbaren“ Kassenbeitrag liegt. Dies setzt freilich voraus, daß er sich in seinen Leistungsansprüchen auf das Leistungsniveau der Ersatzkassen beschränkt. Ein Ehepaar ohne Kinder, das freiwillig in einer Ersatzkasse versichert ist, wird bei einem Übertritt zur Privaten Krankenversicherung gleichfalls mit niedrigeren Beitragsleistungen als in der Gesetzlichen Krankenversicherung belastet. Indifferent ist der Beitrag für ein Ehepaar mit einem Kind, welches in der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Privaten Krankenversicherung etwa den gleichen Beitrag zu entrichten hat. Einen Beitragsvorteil erzielt ein Ehepaar mit zwei Kindern - und zwar in einer Höhe, bei der die Private Krankenversicherung in der Konkurrenz um den Personenkreis der freiwilligen Mitglieder tendenziell nicht mehr wettbewerbsfähig erscheint. Weitgehend eingeschränkt ist auch die Wettbewerbsfähigkeit der Privaten Krankenversicherung gegenüber älteren Versicherten.

### **Kritische Würdigung**

Das Zusammenleben in einem Familienverband kann zu einer Entlastung des Gesundheitswesens führen. Denn die Wahrscheinlichkeit, daß etwa beide Mitglieder eines Zweipersonen - Haushaltes gleichzeitig krank sind, liegt in aller Regel unter dem Krankheitsrisiko des einzelnen Mitglieds für sich genommen <sup>a</sup>.

Die Familienversicherung im Gesetzlichen Krankenversicherungssystem läßt sich dann als Generalkompensation für die kostensenkenden Wirkungen des Familienverbandes begreifen. Auch im Privaten Krankenversicherungssystem wäre eine derartige Kompensation gerechtfertigt, was aber eine Änderung der Tarifikalkulation in Bezug auf die Prämie voraussetzt, die bisher nur nach den beiden kollektiven Risikomerkmale Eintrittsalter und Geschlecht differenziert ist.

---

<sup>a</sup> Die Formel für die bedingte Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen lautet:  $\pi(A,B) = \pi(A|B) * \pi(B) = \pi(B|A) * \pi(A)$ .

$\pi(A,B)$ : Wahrscheinlichkeit, daß A und B gleichzeitig krank sind und deshalb Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen.

$\pi(A|B)$ : Wahrscheinlichkeit, daß A krank ist, wenn gegeben ist, daß B krank ist.

$\pi(B|A)$ : Wahrscheinlichkeit, daß B krank ist, wenn gegeben ist, daß A krank ist.

Daraus folgt:  $\pi(A,B) \leq \pi(A)$  und  $\pi(A,B) \leq \pi(B)$ , weil die bedingten Wahrscheinlichkeiten  $\pi(A|B)$  und  $\pi(B|A)$  höchstens den Wert Eins annehmen können.

### **Denkbare „unsoziale“ Wirkungen der beitragsfreien Familienmitversicherung**

Die beitragsfreie Familienmitversicherung gilt in der öffentlichen Meinung i. d. R. als eine besonders „soziale“ Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Mitversicherung der Familienangehörigen begünstigt jedoch - in der Auffassung der Privaten Krankenversicherer - tendenziell die freiwilligen Mitglieder zu Lasten der Pflichtversicherten.

Nach Rudolph/Schallermair u. a. wird dem Subsidiaritäts- und Leistungsfähigkeitsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht hinreichend Rechnung getragen, da mit den freiwillig Versicherten auch Personen in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, die nicht schutzbedürftig, sondern durchaus in der Lage sind, sich eigenverantwortlich zu risikogerechten Prämien privat zu versichern.

Zwar lasse es sich als vermeintliche soziale Gerechtigkeit darstellen, wenn die versicherungsfreien Angestellten als freiwillig Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, die „Besserverdienenden“ die Solidargemeinschaft also nicht verlassen; finanziell entlastet werde die Gesetzliche Krankenversicherung dadurch aber nicht. Bei den freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Mitgliedern handele es sich nämlich um Personen, die eine überdurchschnittlich hohe Quote an beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen aufweisen - Personen, die also Leistungen bezögen, ohne Beiträge zu entrichten<sup>a</sup>. Die Exit - Option der freiwillig Versicherten impliziere eine Entmischung der Risiken dieser Personengruppe mit der Konsequenz einer negativen Risikoselektion zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, da primär diejenigen versicherungsfreien Angestellten sich freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichern, die von der beitragsfreien Familienversicherung auf Kosten der GKV - Solidargemeinschaft profitieren.

Hierzu geben Rudolph/Schallermair die folgenden Beispiele:

---

<sup>a</sup> Diese überdurchschnittlich hohe Quote sei plausibel, denn umgekehrt zeigten die freiwillig versicherten Mitglieder, die zur PKV überwechseln, eine unterdurchschnittliche Familienlastquote, was sich an den abgeschlossenen Krankenversicherungsverträgen ablesen lasse. Dieses unterschiedliche Wechselverhalten entspreche im übrigen dem individuellen Nutzen - Kosten - Kalkül, das die Wechselentscheidung auf der Basis der Eigennutzen - Maximierung treffe.

Es wird eine Familie unterstellt, bestehend aus Vater (45 Jahre), Mutter (45 Jahre) und zwei Kindern (1. Kind 20 Jahre [m.], 2. Kind 16. Jahre [m.]). Das Familieneinkommen beträgt 6.135,50 € pro Monat. Der Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist 13,5 Prozent, die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze liegt auf dem Stand von 2001 bei 3.336,18 € pro Monat.

Tabelle 3-5: Beitrag bei Pflichtversicherung in der GKV

pflichtversichert in der GKV			
	Berufsstand	Einkommen pro Monat €	Beitrag GKV pro Monat €
Vater	Arbeitnehmer	2.812,11	379,63
Mutter	Arbeitnehmerin	1.917,34	258,84
1. Kind	Auszubildender	894,76	120,79
2. Kind	Auszubildender	511,29	69,02
	Summe	6.135,50	828,29
		Arbeitgeberanteil	414,15
		Arbeitnehmeranteil	414,15

Tabelle 3-6: Beitrag bei freiwilliger Versicherung in der GKV oder in der PKV

freiwillig versichert in der GKV gg. PKV-versichert				
	Berufsstand	Einkommen pro Monat €	Beitrag GKV pro Monat €	Beitrag PKV pro Monat €
Vater	Arbeitnehmer	6.135,50	450,39	225,02
Mutter	nicht erwerbstätig	-	-	265,21
1. Kind	Student	-	-	93,52
2. Kind	Student	-	-	88,81
	Summe	6.135,50	450,39	672,55
		Arbeitgeberanteil	225,19	225,19
		Arbeitnehmer- anteil	225,19	447,36

Quelle: Eigene Berechnung anhand der Daten von Rudolph/Schallermair, 2001, S. 265

Die Familie des gutsituierten Alleinverdieners entrichtet aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen ungleich weniger Beiträge an die Gesetzliche Krankenversicherung als die Familie, in der - bei gleichem Familieneinkommen - mehrere Familienmitglieder erwerbstätig sind. Für den Alleinverdiener ist es rational, sich freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversiche-

zung zu versichern. Dort hat er einen Beitrag von rd. 450,40 € zu entrichten, während er in der Privaten Krankenversicherung für sich und seine Familie eine Prämie in Höhe von 672,55 € zu entrichten hätte; nach Abzug des Arbeitgeberanteils bliebe der Familie immer noch eine Belastung von rd. 447,40 € , also annähernd das Doppelte als in der Gesetzlichen Krankenversicherung, wo der Arbeitnehmer rd. 225,20 € abzuführen hat. Die freiwillig versicherte Familie verbleibt daher - obwohl gut situiert - in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

*„Individuelle und kollektive Rationalität fallen hier deutlich auseinander und der Gesundheitsversorgung werden Ressourcen vorenthalten. Die Option der freiwilligen Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung widerspricht somit dem Solidar-, Subsidiaritäts- und Leistungsprinzip“  
(Rudolph/Schallermair, 2001, S. 264 f. <sup>46</sup>).*

### **Kritische Würdigung**

Kritisch ist zur Methode von Rudolph/Schallermair anzumerken, daß sie von der Wirklichkeit in einer Weise abstrahieren, daß ihre Ergebnisse und Schlüsse nur unter den angenommenen speziellen Bedingungen Gültigkeit haben. Ohne exakte statistische Belege für die behauptete überdurchschnittlich hohe Quote an beitragsfrei mit versicherten Familienangehörigen bei den freiwillig Versicherten sind ihre Ergebnisse nicht ohne weiteres verallgemeinerungsfähig.

#### **3.4.3.3 Krankenversicherung der Rentner**

Das Finanzierungsdefizit der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) beträgt derzeit (2000) rechnerisch etwa 30,7 Mrd. €. Für jeden Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen die Mitglieder im erwerbsfähigen Alter ein Defizit von knapp 2050 € pro Jahr finanzieren. Jeder heute Erwerbstätige wird im Alter aber ebenfalls ein Finanzierungsdefizit auslösen, wenn der individuelle Beitrag unter der durchschnittlichen Leistungsanspruchnahme liegt.

Die PKV bildet zum Ausgleich Alterungsrückstellungen, die sich im Jahre 2000 auf rd. 60 Mrd. € beliefen.

Mit dem Wechsel freiwillig GKV - Versicherter in die PKV wird - folgt man Weber u. a. - nicht nur die GKV finanziell entlastet, sondern auch der Gesundheitsversorgung insgesamt ein weit höheres Beitragsvolumen erschlossen - und dies demografiesicher.

In der Privaten Krankenversicherung würden für jeden Versicherten, der die Gesetzliche Krankenversicherung verläßt, entsprechende Alterungsrückstellungen gebildet. Andererseits zahle jeder Versicherte im erwerbsfähigen Alter in der Gesetzlichen Krankenversicherung anteilig ein Defizit für die Rentner mit. Dies entfalle beim Wechsel in die Private Krankenversicherung. Trotzdem könne dies nicht uneingeschränkt dem *eigenen* Finanzierungsdefizit im Alter gegengerechnet werden, weil sich als Folge des demografischen Wandels das Verhältnis von jüngeren zu älteren Versicherten ändern wird.

Daraus schließen die Autoren: Je mehr Versicherte im erwerbsfähigen Alter heute die Gesetzliche Krankenversicherung verlassen und zur Privaten Krankenversicherung wechseln, desto geringer wird das künftige demografische Problem der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Siehe dazu ausführlich Weber, 2002, S. 15, Rudolph/Schallermair, 2001, S. 266.

Die Ausführungen dieser Autoren können allerdings einer kritischen Prüfung aus folgenden Gründen nicht standhalten:

Unbestritten ist, daß sich als Folge des demografischen Wandels das Verhältnis von jüngeren zu älteren Versicherten ändern und die demografische Last der Gesetzlichen Krankenversicherung zunehmen wird: Für die jüngeren Versicherten der GKV bedeutet dies, daß der Anteil zur Sicherung der Solidarziele („Solidarbeitrag“) am Gesamtbeitrag steigen wird, während der Anteil für die Finanzierung der eigenen Leistungsanspruchnahme sinken wird. Der Solidarbeitrag der jüngeren Versicherten der GKV ist aber *uneingeschränkt* dem eigenen Finanzierungsdefizit im Alter gegenzurechnen, wenn man zu jedem zukünftigen Zeitpunkt - im Einklang mit der Realität - eine Gleichheit von Einnahmen und Ausgaben in der GKV unterstellt.

Die gegenteilige Aussage der fraglichen Autoren kann daher nicht aufrechterhalten werden.

Unbestritten ist ferner, daß zukünftige Generationen stärker mit Solidarbeiträgen belastet werden als gegenwärtige. In der Folge müßten entweder die Leistungsansprüche sinken oder die Beitragssätze in der GKV steigen oder beides. Auf diesen Aspekt weisen die betreffenden Autoren richtigerweise hin.

Nicht dagegen kann der von den fraglichen Autoren empfohlene Wechsel zur PKV der „Königsweg“ sein, die demografische Last der GKV zu mindern - und zwar aus folgenden Gründen:

Dagegen sprechen bereits die Größenordnungen der mit der demografischen Last verbundenen rechnerischen Finanzierungsdefizite der GKV.

Für den Fall, daß eine Umgestaltung der Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfolgt, wird auch ein Wechsel zur Privaten Krankenversicherung das demografische Problem der GKV nicht lösen. Im Gegenteil wird sich die finanzielle Schieflage der Gesetzlichen Krankenversicherung noch verschärfen:

- Im Einkommenszyklus werden die jüngeren Versicherten und i. d. R. guten Risiken über die Versicherungspflichtgrenze hinauswachsen und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung als Nettozahler dauerhaft verlorengelassen.
- Bei der Aufnahme in die PKV haben die betroffenen Versicherten (namentlich die älteren unter ihnen) entgegen den Zusicherungen der Privaten Krankenversicherer Probleme zu befürchten. Denn bei einem Übertritt der Versicherten jenseits der Versicherungspflichtgrenze werden die Privaten Krankenversicherer nicht auf eine Risikoprüfung verzichten oder wenn sie darauf verzichten, werden die Prämien entsprechend teuer werden.
- Schließlich ist die Forderung nicht erfüllbar, für die Betagteren unter diesen Versicherten (insbesondere Rentner) bei der Prämiengestaltung soziale Gesichtspunkte angemessen zu berücksichtigen, da sich dies mit dem Äquivalenzprinzip nicht vertragen würde.
- Nicht zuletzt wird sich selbst im Falle einer gesetzlichen Stärkung des Grundsatzes „Einmal PKV - versichert, immer PKV - versichert“ die Rückkehr in die Gesetzliche Krankenversicherung in höherem Alter nicht gänzlich ausschließen lassen.

Im andern Falle einer Umgestaltung der Rahmenbedingungen kann die Gesetzliche Krankenversicherung auch ohne den Wechsel freiwillig GKV - Versicherter zur PKV zukunftssicher gemacht werden. Eine derartige Umgestaltung der



Rahmenbedingungen könnte bestehen in einem Ausbau des Anwartschaftsdeckungsverfahrens in der GKV, einer Reform der beitragsfreien Familienversicherung, einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze, einer Begrenzung der absoluten Beiträge nach oben - wie sie jetzt in Form der Beitragsbemessungsgrenze existiert - , einer Beseitigung des RSA.

Aus allen diesen Gründen wird der Wechsel zur Privaten Krankenversicherung zwar rein rechnerisch die demografische Last der Gesetzlichen Krankenversicherung mindern, nicht dagegen faktisch, da die Rechnung auf zweifelhaften Annahmen beruht.

#### **3.4.3.3.4 Arbeitgeberbeitrag**

In der Gesetzlichen Krankenversicherung bringen Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge grundsätzlich zu gleichen Teilen auf. Dabei ist auch der Arbeitgeberanteil ohne weiteres als ein Lohnbestandteil des Versicherten anzusehen. Die Personengruppe der freiwillig Versicherten trägt dagegen die Beiträge grundsätzlich allein in voller Höhe. Gleiches gilt für die in der privaten Krankenversicherung Versicherten.

Unter den Voraussetzungen des § 257 SGB V haben sie gegenüber ihrem Arbeitgeber einen sozialrechtlichen Anspruch auf einen steuer- und beitragsfreien Zuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag; von dieser Regelung darf nicht zum Nachteil des Versicherten durch Arbeitsvertrag oder Tarifvertrag abgewichen werden. Der Beitragszuschuß für freiwillig Versicherte beträgt die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten an die Krankenkasse bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Zuschußempfänger tatsächlich für seine Krankenkasse zu zahlen hat.

Mit dieser Regelung des Arbeitgeberzuschusses sind die Versicherten von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung im wesentlichen gleichgestellt. Eine Determination der Wahl findet insoweit - anders als früher - nicht mehr statt.

#### **Risikokonkurrenz und Risikoselektion von GKV und PKV**

Im Rahmen der Leistungs- und Beitragskonkurrenz sind sowohl die Gesetzlichen Krankenkassen als auch die Privaten Krankenversicherungsunternehmen

bestrebt, die eigenen Versicherten zu halten und neue Versicherungsnehmer zu gewinnen.

Einschränkend ist hierzu zu sagen, daß dieser Wettbewerb für beide Krankenversicherungsträger kein unterschiedsloser Wettbewerb um jedes potentielle Mitglied oder jeden Versicherungsinteressenten ist. Vielmehr beteiligen sich sowohl die Private Krankenversicherung als auch die Gesetzliche Krankenversicherung am Wettbewerb in der Absicht, vor allem die eigenen guten Risiken zu halten sowie neue „gute“ Risiken zu gewinnen.

Möglichkeiten einer einseitigen Risikoverteilung können sich im Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung sowohl aus dem unterschiedlichen Beitrags- und Prämiensystem als auch aus Sondervorteilen ergeben, die im Rahmen des Leistungs- und Beitragswettbewerbs von dem einen oder anderen Träger der Krankenversicherung gewährt werden. Im Wettbewerb um die freiwilligen Mitglieder müssen sowohl die Gesetzlichen Krankenkassen als auch die Privaten Krankenversicherungsunternehmen ein existentielles Interesse daran haben, die guten Risiken zum Zweck der eigenen Bestandssicherung- und verbesserung zu gewinnen. Wenn diese Werbung erfolgreich ist, führt sie zu einer positiven Risikoselektion zugunsten der eigenen Versichertenbestände. Eine positive Risikoselektion durch die Gesetzliche Krankenversicherung (durch die Private Krankenversicherung) stellt jedoch notwendig eine negative Risikoselektion für die Private Krankenversicherung (für die Gesetzliche Krankenversicherung) dar, da annähernd die gesamte Bevölkerung Versicherungsschutz im Krankheitsfall besitzt und die erfolgreiche Gewinnung „guter“ Risiken tendenziell immer zu Lasten des anderen Versicherungssystems gehen muß („schiefe Verteilung von Risikopotentialen“).

*„In der Konkurrenz um die guten Risiken unter den freiwillig Versicherten verfolgen die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung direkt entgegengesetzte Interessen. Die beiderseitige Befürchtung, von den Trägern des anderen Versicherungssystems einem kumulativ wirkenden negativen Risikoselektionsprozeß unterworfen zu werden, erklärt wesentlich die Intensität und den „Dualismus“ der Beziehungen zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung“ (Lüke, 1970, S. 173).*

### **3.4.3.4 Determinante Übergangserleichterungen bzw. Übertrittshemmnisse beim Wechsel zwischen GKV und PKV.**

Die Entwicklung der Vergünstigungen für freiwillige Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen, die zur Privaten Krankenversicherung überwechseln wollen, zeigt in der Vergangenheit die Tendenz einer stetigen Ausweitung.

Die Übertrittsvergünstigungen der Privaten Krankenversicherung zielten auf drei Personenkreise:

- Begünstigt wurden Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen und deren mitversicherte Familienangehörige.
- Die Übertrittsvergünstigungen wurden darüberhinaus Personen eingeräumt, die einer studentischen Pflichtkrankenversicherung angehört haben oder
- die als Beschäftigte im öffentlichen Dienst Anspruch auf freie Heilfürsorge besaßen..

Übertrittsversicherungen wurden von der Privaten Krankenversicherung mit folgenden Vergünstigungen ausgestattet:

- Anrechnung der Vorversicherungszeit aus der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten,
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht,
- Leistungen bei Entbindung und Schwangerschaft,
- Krankheiten zwischen Antragstellung und Vertragsabschluß,

Die Übertrittsvergünstigungen sicherten Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenkassen beim Wechsel zu einem Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die Lückenlosigkeit des Krankenversicherungsschutzes. Der Wahlspielraum zwischen beiden Krankenversicherungssystemen wurde durch diese Erleichterungen für den Kreis der freiwillig Versicherten wesentlich erweitert. Siehe dazu ausführlich Lücke, 1970, S. 189 f.

### 3.4.3.4.1 Systemwechsel in die PKV

#### aa) Übertrittsvergünstigungen

##### **Nicht kostendeckende Einstiegsprämien**

Während sich in anderen Versicherungszweigen bei enger werdenden Märkten der Wettbewerb um die Versicherten in die Bestände hinein verlagert, zielt das Wettbewerbsverhalten der PKV - Unternehmen infolge der bestehenden Wechselhemmnisse im wesentlichen darauf ab, mit Hilfe geeigneter Tarifangebote insbesondere Versicherte aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zu attrahieren.

Durch das seit Jahren rückläufige PKV - Neugeschäft und durch die steigende Zahl von Umdeckungen („Ausspannungen“) sind - nach Terhorst u. a. - die PKV - Unternehmen einem verstärkten Druck ausgesetzt, im Wettbewerb mit anderen Unternehmen neue Versicherte zu gewinnen. Da die Tarifangebote der PKV sich nur im Randbereich unterscheiden, dürfte der Einstiegsprämie (aus Sicht der Unternehmen) die entscheidende Rolle bei der Wahl des Vertragsunternehmens zufallen. Verschärft wird der Preiswettbewerb dadurch, daß heute die Versicherungskunden auf Preis-/Leistungsvergleiche zurückgreifen können (etwa in den Printmedien, im Hörfunk und Fernsehen sowie im Internet), die es früher nicht gegeben hat. Da solche Vergleiche die Preistransparenz erhöhen, sind die Marktanbieter heute mehr denn je gezwungen, ihre Einstiegsprämien keinesfalls aus dem Rahmen des bei der Konkurrenz Üblichen herausfallen zu lassen. Bei diesem Bemühen kommt ihnen das gegenwärtige Prämienkalkulationssystem maßgeblich zu Hilfe -insbesondere dann, wenn es um die Kalkulation von Neu- bzw. Ersttarifen geht.

In diesem System entscheidet die Höhe des Leistungsbarwertes (Kopfschäden) über die Prämienhöhe des Tarifes und damit über die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens im Markt.

Bei der Schätzung der Krankheitskosten verfügt das Unternehmen über Ermessensspielräume. So kann es die Höhe „seiner“ Kopfschäden sowohl am unteren als auch am oberen Ende aller vernünftigen Schätzungen ansiedeln. Eine vergleichsweise „optimistische“ Schätzung der Kopfschäden führt zu einem geringeren Leistungsbarwert als eine vergleichsweise „pessimistische“ Schätzung; entsprechend kann die Prämie gedrückt werden.

Die Nettoprämie setzt sich dabei wie folgt zusammen:

Nettoprämie = (reine)Risikoprämie + Sparanteil (aus Zuführung zur Alterungsrückstellung) - Vererbung durch Tod - Vererbung durch Storno.

Verlassen Versicherte, trotz der damit für sie verbundenen Nachteile, das wenig solide kalkulierende Unternehmen, profitiert es sogar noch durch den Anstieg der Stornowahrscheinlichkeit. Dieser Anstieg führt nämlich unter sonst gleichen Umständen zu tendenziell sinkenden Prämien, wodurch möglicherweise weitere Versicherte angelockt werden - ein Ergebnis, das insbesondere im Falle des Anstiegs der Stornowahrscheinlichkeit fast paradox anmutet, gleichwohl den Tatsachen entspricht, wie die obige Gleichung zeigt.

Um tendenziell niedrige Prämien zu erhalten wurden in der Vergangenheit z. T. veraltete Sterbetafeln verwendet, d. h. Sterbewahrscheinlichkeiten, die angesichts der im säkularen Trend abnehmenden Sterblichkeit der Bevölkerung nachweislich zu hoch waren. Wiederum aus der obigen Gleichung geht hervor, daß zu hohe Sterbewahrscheinlichkeiten die Prämien für die Neuzugänge verringern.

Aufgrund der Kalkulationsspielräume und angesichts des seit Jahren rückläufigen PKV - Neugeschäfts ist die Gefahr der Unterkostenkalkulation bei Neutarifen in den vergangenen Jahren eher noch größer geworden. Dies kann insbesondere darauf zurückgeführt werden, daß bei der Erstkalkulation von Tarifen nach Wegfall des BAV - Genehmigungserfordernisses eine Kontrolle von außen nicht mehr stattfindet. Infolge der asymmetrischen Informationslage sind die Neuzuversichernden damit tendenziell immer weniger in der Lage zwischen seriösen Tarifangeboten und „Lockvogelangeboten“ zu unterscheiden. Der SVR Wirtschaft hält diese Form der Informationsasymmetrie aus naheliegenden Gründen *„für individuell sowie gesamtwirtschaftlich bedenklich“* (SVR Wirtschaft, 1996, S. 251<sup>47</sup>). Siehe dazu ausführlich Terhorst, 2000, S. 122 f.

### **Verkürzung oder Entfallen der Wartezeit**

Im Falle des Übertritts aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Private Krankenversicherung („Übertrittsversicherung“) werden die Wartezeiten verkürzt oder entfallen ganz, sofern der betreffende Versicherte die etwa in der Gesetzlichen Krankenversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungsdauer dem Privaten Krankenversicherer nachweist. Die Vorversiche-

rungszeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird dann auf die Wartezeit angerechnet, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung im unmittelbaren Anschluß daran beantragt wird. Entsprechendes gilt, wenn Personen aus einem öffentlichen Dienstverhältnis ausscheiden und ein Anspruch auf Heilfürsorge bestanden hat. Die allgemeine und besondere Wartezeit entfällt ebenfalls, wenn sich bei Versicherten mit Beihilfeanspruch der Beihilfebemessungssatz ändert oder der Beihilfeanspruch ganz entfällt und der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung gestellt wird. In diesem Fall wird keine erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Siehe dazu Terhorst, 2000, S. 98 f.

### **Ausschluß des ordentlichen Kündigungsrechtes des Versicherers**

Nach § 178 i Abs. 1 VVG ist die ordentliche Kündigung des Versicherers in der substitutiven Krankenversicherung ausgeschlossen. Dies trifft auch für eine Krankentagegeldversicherung zu, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. In der nichtsubstitutiven Krankenversicherung kann der Versicherer das Vertragsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei er eine Kündigungsfrist von drei Monaten einzuhalten hat (§ 178 i Abs. 2 VVG).

Das außerordentliche Kündigungstecht des Versicherers beschränkt sich auf Fälle, in denen der Versicherungsnehmer mit der Folgeprämie in Zahlungsverzug gerät (§ 39 VVG), vertragliche Obliegenheiten schuldhaft verletzt (§ 6 VVG) oder unberechtigt Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt („Versicherungsbetrug“). Den meisten außerordentlichen Kündigungen in der Privaten Krankenversicherung liegt ein (Prämien)Zahlungsverzug zugrunde.

Der Preis für die Unkündbarkeit der Verträge in der substitutiven bzw. für die eingeschränkte Kündbarkeit in der nichtsubstitutiven Krankenversicherung ist die Möglichkeit der Beitragsanpassung auf seiten der Versicherungsunternehmen (§ 178 g VVG). Siehe dazu Terhorst, 2000, S. 53 f.

### **ab) Übertrittshemmnisse**

#### **Marktintransparenz**

Im System des Nebeneinanders von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung hat Markttransparenz, d. h. die Durchsichtigkeit der Vertragsbedingungen ein besonderes Gewicht. Die Wahlmöglichkeiten zwischen beiden Kran-

kenversicherungssystemen sind davon abhängig, in welchem Umfang das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen der Privaten Versicherungsunternehmen für den an das monotone Leistungssystem seiner Krankenkasse gewöhnten freiwillig Versicherten durchschaubar und vergleichbar sind.

Im bestehenden System des Nebeneinanders wird jedoch diese Markttransparenz aus Sicht des potentiellen Versicherten durch die verwirrende Vielfalt von Bedingungen und Tarifen erschwert.

In der Angebotsvielfalt des Privaten Krankenversicherungsschutzes manifestiert sich die komplexe Angebotsstruktur der Privaten Krankenversicherung. Diese Angebotsvielfalt hat verschiedene Ursachen: Zum einen ist sie - Terhorst zufolge - das Ergebnis des sogenannten Positionierungsinteresses der Unternehmen, d. h. des Interesses der Versicherer sich durch Angebotsdifferenzierung von ihren Mitbewerbern abzuheben und dadurch ihre Marktposition zu festigen. Zum andern entspringt sie der versicherungstechnischen Notwendigkeit der Bildung homogener Risikogruppen, vereinzelt ist sie auch das Ergebnis mittelbaren staatlichen Zwanges (wie beim Standardtarif). Siehe dazu ausführlich Terhorst, 2000, S. 14 f

### **Beitragsanpassung**

Das Übertrittshemmnis Beitragsanpassung ist in seinen Grundzügen im Abschnitt Risikokonkurrenz behandelt. Denn im Wettbewerb um die guten Risiken unter den freiwillig Versicherten spielt die Beitragsanpassung der PKV im Vergleich zur Entwicklung der Höchstbeiträge der GKV für den Nettozugang zur Privaten Krankenversicherung eine wichtige Rolle.

#### **3.4.3.4.2 Systemwechsel in die GKV**

### **Übertrittshemmnisse**

Zum Schutz des Solidarsystems vor adverser Selektion hat der Sozialgesetzgeber eine Reihe wechselhemmender Vorkehrungen getroffen. Dies gilt insbesondere für private Krankenversicherte, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden.

Siehe dazu „Wahlmöglichkeiten zwischen Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungsträgern S. 106.

Obwohl eine „Rückorientierung“ nach der GKV - Gesundheitsreform 2000 bzw. der Gesundheitsreform von 1989 prinzipiell schwieriger geworden ist, gibt es dennoch Möglichkeiten, die Zugehörigkeit zur Privaten Krankenversicherung aufzugeben und zur Gesetzlichen Krankenversicherung überzutreten. Im Regelfall erfolgt der Wiedereintritt im Rahmen der jährlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. In den Ausnahmefällen, in denen die Versicherungspflicht nicht durch einen Anstieg der Versicherungspflichtgrenze (von selbst) eintritt, kann sie gegebenenfalls durch – contra legem - Absprache zwischen dem Versicherten und dem (zuschußpflichtigen) Arbeitgeber herbeigeführt oder bei einem Wechsel des Arbeitsplatzes, durch vorübergehende Teilzeitarbeit, durch Arbeitslosigkeit oder im Rahmen der Familienversicherung wiedererlangt werden. Sogar für Selbständige und Rentner gibt es Rückkehrmöglichkeiten in die Gesetzliche Krankenversicherung. Siehe dazu Terhorst, S. 155 f.

#### **3.4.3.4.3 Anbieterwechselbedingungen *innerhalb* der GKV**

Im Vorfeld des GSG sind die Anbieterwechselbedingungen durch starre Zuweisung, Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot gekennzeichnet.

Die ursprüngliche Intention des Sozialgesetzgebers, mit Hilfe dieser Instrumente gesunde (d. h. homogene) Risikostrukturen zu schaffen, ist aber durch den sozialen Wandel faktisch immer mehr in Frage gestellt worden.

Nach Inkrafttreten des GSG sind die Anbieterwechselbedingungen dann durch Wahlfreiheit der Versicherten und Kassenwettbewerb, flankiert durch Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot sowie die Einführung eines RSA charakterisiert.

Die Angleichung der tradierten Risikostrukturen (= Durchmischung der Risiken) ist - neben dem Schutz vor aktiver und passiver Risikoselektion - eines der erklärten Ziele des RSA. Siehe zum Risikostrukturausgleich ausführlich den gleichnamigen Abschnitt S.132.

Insgesamt gesehen sollen die Instrumente Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot sowie RSA die miteinander konfligierenden Prinzipien Wettbewerb und Solidarität miteinander „versöhnen“.



#### 3.4.3.4.4 Anbieterwechselbedingungen *innerhalb* der PKV

Die Krankenversicherungsanbieter stehen - Terhorst zufolge - bei der Markterschließung vor der Schwierigkeit, daß die Versichertenbestände der Mitbewerber durch ein auffallend hohes *Beharrungsvermögen* gekennzeichnet sind und somit der Aufbau eines unternehmenseigenen Bestandes wesentlich vom Vorhandensein einer genügend großen Anzahl versicherungsbereiter, bisher insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Personen abhängt. Hinsichtlich der möglichen Ursachen kann vermutet werden, daß das Hinüberwechseln der Nachfrager von einem Anbieter zum anderen („Anbieterwechsel“) durch das Vorliegen gesetzlicher und versicherungstechnischer Übertrittshemmnisse erschwert ist.

Was die *gesetzlichen Übertrittshemmnisse* angeht, so sind die Anbieterwechsellmöglichkeiten innerhalb der Privaten Krankenversicherung in mehrfacher Hinsicht beschränkt:

- Zwar verfügen die Versicherten über eine gesetzlich garantierte Exit - Option in Form des ordentlichen Kündigungsrechts (§ 178 h VVG); der Übertritt zu einem anderen Anbieter und damit der Vollzug des Wechsels ist jedoch gesetzlich nicht garantiert, da die Unternehmen keinem allgemeinen Kontrahierungszwang unterliegen.
- Scheitert der Wechsel nicht bereits an der Freiheit des Zielversicherers, einen Versicherungsvertrag abzuschließen oder nicht abzuschließen, kann die fehlende wirtschaftliche Perspektive den Übertritt verhindern. Verantwortlich dafür sind im wesentlichen die erneute Gesundheitsprüfung bei Antragstellung und die fehlende Mitgabe der Alterungsrückstellung.
- Von einem Wechselhemmnis im Sinne der beiden vorstehenden kann bei der Wartezeit dagegen nicht gesprochen werden, da sich die Budgetfolgen in aller Regel mit vertretbarem Aufwand umgehen lassen; oftmals verzichtet der betreffende Aufnahmeversicherer sogar generell auf die Einhaltung von Wartezeiten.
- Was die *versicherungstechnischen Übertrittshemmnisse* betrifft so sind diese ökonomisch motiviert.

- Bei Anwendung des individuellen Äquivalenzprinzips resultiert die Notwendigkeit der (erneuten) Gesundheitsprüfung unmittelbar aus der Erfahrungstatsache altersabhängig steigender Krankheitskosten.
- Zum Schutz vor Moral hazard müssen die Unternehmen mit der Wartezeit eine wechselhemmende Vorkehrung treffen können.
- Die Einstellung des Stornos in die Ausscheideordnung dient in erster Linie dem wirksameren Schutz der Bestände vor Abwanderung und Ausspannung und besitzt damit vorrangig wettbewerbshemmende Funktion. Die Nichtgewährung eines Rückkaufswertes (= Nichtmitgabe der Alterungsrückstellung) bezweckt, eine destabilisierende „adverse Selektion“ zu verhindern.

*„Tatsächlich stellt die Gefahr einer „antiselektiven“ Bestandsverschlechterung einen der gravierendsten Einwände gegen die Übertragung der rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung dar. Die Folgen der „adversen Selektion“ auf die Bestandstruktur sind - im Gegensatz zu allen anderen Versicherungszweigen - in der PKV deshalb so gravierend, weil die Unternehmen nicht die Möglichkeit besitzen, eine abgangsinduzierte Bestandsverschlechterung durch Eliminierung „schlechter“ Risiken (über ordentliche Kündigung oder Kündigung im Schadensfall) auszugleichen (Terhorst, 2000, S. 144).*

Die Zusammenschau der Übertrittshemmnisse zeigt, daß diese nicht nur in dieselbe Richtung wirken, und den Anbieterwechsel kumulativ erschweren, sondern darüber hinaus auch noch sehr effektiv aufeinander abgestimmt sind. Während durch das Sieb der erneuten Gesundheitsprüfung die älteren meist gesundheitlich vorbelasteten Versicherungsnehmer fallen, führt die Nichtmitgabe der Alterungsrückstellung zu einer Siebung der übrigen meist jüngeren und gesundheitlich nicht vorbelasteten Versicherungsnehmer.

### **Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die Ausführungen im Teil „ Diskussion der Determinanten des Wechselverhaltens“ haben zum Ergebnis:

- Von allen Einflußfaktoren ist die *Morbidität* die entscheidende Größe für das Risiko, welches der einzelne Versicherte in die Gefahrengemeinschaft einbringt, sowie für das Wechselverhalten. Aktuelle Morbitäts- bzw. Inanspruchnahmedifferenzen sowie potentielle Morbitätsdifferenzen bzw. Unter-

schiede in den Gesundheitszuständen in der Selbsteinschätzung der Versicherten können als Indikatoren für „gute“ oder „schlechte“ Risiken herangezogen werden und damit *Ansätze für Selektionsstrategien* bieten.

- Wettbewerbsparameter und damit Ansatzpunkte für Anreizstrukturen sind Beiträge, Leistungen (bzw. bestimmte Beitrags-/Leistungsverhältnisse), Service und Image. Von Bedeutung sind vor allem die Relationen zwischen diesen Einflußfaktoren. Anreizfaktoren sind die Differenzen in den Wettbewerbsparametern an denen *Arbitragestrategien* ansetzen können.
- Die Resultante aus den Einflußgrößen dürfte gegenwärtig mit steigender Intensität auf ein Wechselverhalten in Richtung der Privaten Krankenversicherer hinwirken, d. h. es kann eine tendenziell negative Risikoauslese zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vermutet werden.

### 3.5 Wechselverhalten

Wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben, können nicht alle Versicherten die gleichen Anreize für einen Wechsel des Versicherers haben und sind deshalb in ihrem Entscheidungsverhalten nur bedingt miteinander vergleichbar.

Über Intensität, Richtung, Folgen und möglicherweise auch notwendige Korrekturen der politischen Rahmenbedingungen entscheidet letztlich das Verhalten der Versicherten. Im folgenden sollen daher die Profile der Versicherten, die ihre Versicherung gewechselt oder nicht gewechselt haben oder überlegen zu wechseln theoretisch analysiert und miteinander verglichen werden.

Was Intensität und Richtung angeht, so beschränken wir uns auf die denkbaren Übertritte aus der GKV in die PKV und die ihnen zugrundeliegenden Motive.

Gemeinsam ist allen Versicherten, daß sie ihre Entscheidung, das System zu wechseln annahmegemäß aufgrund einer *Nutzen - Kosten - Analyse* treffen.

Vom Wahlergebnis her lassen sich dann mindestens drei sich gegenseitig ausschließende Versichertengruppen unterscheiden, d. h. daß eine Person nicht

zugleich den Gruppen „hat gewechselt“ und „überlegt zu wechseln“ zugeordnet werden kann.

### 3.5.1 Versichertengruppe der Wechsler

Der häufigste Grund für den Wechsel ist - so kann plausiblerweise angenommen werden - die allgemeine *Unzufriedenheit* mit der Versicherung, d. h. daß in Bezug auf Beitrags- und Leistungsunterschiede gewisse „Fühlbarkeits-schwellen“ überschritten werden.

Zweitwichtigster Grund für den Wechsel könnten *Imageunterschiede* zwischen GKV und PKV sein, d. h. es wird einen positiven Zusammenhang von Image des Zielversicherers im Vergleich zum Image der Herkunftskasse sowie dem Wechselvollzug geben.

Umgekehrt kann ein Wechselstau die Bedeutung des Faktors Image zwischenzeitlich ansteigen lassen. Es dürfte vor allem jene Gruppen betreffen, die bisher noch nicht wechseln konnten und die in eine Versicherung ihrer Wahl wollen, die ihrer Meinung nach ein besseres Image als ihre Herkunftskasse hat.

Möglich ist auch, daß das Image als Surrogat für Qualität der PKV gilt. Imagezuweisungen an einen bestimmten Versicherer würden dann die Suchkosten mindern. Gesetzt den Fall, hohe (niedrige) Suchkosten korrespondierten mit niedrigem (hohem) Informationsstand, dann könnte das Image am Beginn der Wechselmöglichkeit, d. h. zu einem Zeitpunkt, in welchem erst wenig erfahrungsgestütztes Wissen über den Zielversicherer vorliegt, von größerer Bedeutung sein als in der Folgezeit. Diese Wirkung würde dann wieder aufgehoben, wenn ein immer unübersichtlicher werdendes Angebot an Möglichkeiten der Absicherung des Krankheitsrisikos die Informationskosten wieder erheblich steigen läßt.

Nach dem Image dürfte der *Gesundheitszustand* als Proxi für die Morbidität als Wechselgrund folgen. Eine Erfahrungstatsache ist, daß vorwiegend Junge und Gesunde die Kasse wechseln, was nicht überraschend ist: Wenn Leistungen nicht oder nur wenig in Anspruch genommen werden, sind für den Versicherten nur Beitragssatzunterschiede interessant.

Familienpezifische Effekte, Haushalte ohne Kinder oder mit 1 Kind als Proxi für die mitversicherten Familienangehörigen, werden vermutlich die Wahrscheinlichkeit, das System zu wechseln, erhöhen.

Wechselrelevant dürfte endlich sein, daß bei der Versichertengruppe der Wechsler, die Bindungswirkungen („Markentreue“) noch relativ wenig ausgeprägt sind.

Nicht oder wenig wechselerheblich werden Einflußfaktoren wie Arbeitsumfeld, Regionszugehörigkeit, neue Arbeitsstelle, Unternehmensgröße, Arbeitgeber, sein.

### **3.5.2 Versichertengruppe der Nicht - Wechsler**

Der häufigste Grund für den Nicht - Wechsel ist - so kann plausiblerweise unterstellt werden - die allgemeine *Zufriedenheit* mit der Versicherung, d. h. daß in Bezug auf Beitrags- und Leistungsunterschiede gewisse „Fühlbarkeits-schwellen“ unterschritten werden.

Ein Argument könnte sein, daß in den Augen dieser Versichertengruppe die Angebote der Systeme sich im wesentlichen doch nicht unterscheiden.

Was die Morbiditätsdifferenzen angeht, werden *altersspezifische Effekte* wie Gesundheitszustand als Proxi für die Morbidität das Entscheidungsverhalten dahingehend beeinflussen, das System nicht zu wechseln

*Familienpezifische Effekte*, mehrere Kinder im Haushalt als Proxi für die mitversicherten Familienangehörigen, werden vermutlich gleichfalls die Wahrscheinlichkeit das System zu wechseln verringern.

Auch die Höhe der Wechselkosten wird - so kann unterstellt werden - einen beträchtlichen Anteil davon abhalten, aus dem System auszusteigen.

### **3.5.3 Versichertengruppe der Wechselbereiten**

Zwischen der Versichertengruppe der Wechsler und der Versichertengruppe der Nicht - Wechsler liegt die Versichertengruppe der Wechselbereiten.

Von den Einflußfaktoren *Morbidität*, Alter, Geschlecht etc. wird man vermutlich zwei vor die Klammer aller weiteren Analysen und Interpretationen ziehen können, da deren Einfluß immer der gleiche ist: Mit zunehmenden Alter sinkt die Mobilität, also sowohl die Wechselbereitschaft wie auch der tatsächliche Wechsel und mit zunehmendem Einkommen (brutto) steigen die finanziellen Anreize und beeinflussen die Wechselbereitschaft wie die Entscheidung das System zu wechseln.

Daß *familienpezifische Effekte* wie drei oder mehr Kinder im Haushalt als Proxi für die mitversicherten Familienangehörigen die Bereitschaft zum Wechsel dämpfen, könnte ebenso mit den Wechselkosten zusammenhängen wie umgekehrt der Einfluß der Hochschulreife (positiv) und der Nicht-Hochschulreife (negativ) zeigen dürfte, daß zumindest die Wechselbereitschaft auch vom Bildungsniveau beeinflusst werden wird.

Bei den *Anreizen* dürfte bei den Wechselbereiten der Wunsch nach niedrigen Beiträgen dominieren; auch der Wunsch nach besserem Service und Image dürfte signifikant sein.

Bei den *Motiven* werden die Einschätzung des Gesundheitszustands und die Indikatoren der Inanspruchnahme erheblichen Einfluß auf Überlegungen zum Systemwechsel nehmen.

Hervorzuheben sind noch jene Merkmale, die keinen oder nur wenig Einfluß auf die Wechselbereitschaft ausüben dürften, weder Arbeitsumfeld, Unterschiede in den Ortsgrößen, neue Arbeitstelle, Unternehmensgröße, Arbeitgeber dürften die Wahrscheinlichkeit beeinflussen das System zu wechseln.

Schließlich wird die Höhe des Wechselgewinns - so kann unterstellt werden - für die Entscheidung das System zu wechseln bedeutsam sein.

Ein Wechselgewinn kommt bei rationalem Verhalten des freiwillig Versicherten nur dann zustande, wenn die vom privaten Aufnahmeversicherer geforderte Gesamtprämie (einschließlich Risikozuschlag) unter Einbeziehung der Wechselkosten, d. h. der anfallenden Informations und Transaktionskosten<sup>a</sup>, des Wechsels, kleiner gleich dem Beitrag der abgebenden Kasse ist.

---

<sup>a</sup> Unter Informationskosten versteht man die Kosten der Aufspürung von individuell geeigneten Transaktionsmöglichkeiten, im Gegensatz zu den Transaktionskosten, die (zeitlich

Im Falle eines späten Wechsels wird aber ein Wechselgewinn immer unwahrscheinlicher.

Versicherte, die seit Beginn ihrer Erwerbstätigkeit ausschließlich einer Gesetzlichen Krankenkasse angehört haben, erbringen in den ersten Jahren der Kasenzugehörigkeit als gesund Konstituierte eine „Beitragsvorleistung“ für ihr Alter; diese Vorleistung wird in späteren Versicherungsjahren aufgrund des altersbedingt steigenden Krankheitsrisikos wieder aufgezehrt. Die „angesparte“ Beitragsvorleistung würden Versicherte, die einen späten Wechsel ins Auge fassen, verlieren.

Vor dem Hintergrund, daß das Krankheitsrisiko mit steigendem Alter zunimmt und angesichts der Tatsache, daß der anvisierte Zielversicherer vor Aufnahme in die Versicherung eine Gesundheitsprüfung durchführt, um das bestehende Versichertenkollektiv vor nicht risikoäquivalent Versicherten zu schützen, müssen Versicherte in höherem Alter und als „weniger gute“ Risiken, die einen privaten Krankenversicherungsvertrag abschließen wollen, mit einer erhöhten „Eintrittsprämie“ rechnen.

Wegen des tendenziell abnehmenden Wechselnutzens und umgekehrt ansteigender Wechselkosten, d. h. eines tendenziell sinkenden Wechselgewinns dürfte die Bereitschaft der Versicherten das System zu wechseln mit zunehmendem Alter immer geringer werden.

### **Zusammenfassung**

Da nicht alle Versichertengruppen die gleichen Anreize für einen Wechsel des Versicherers haben, dürften sich die Profile der Wechsler und der Wechselbereiten deutlich von denen der Nicht - Wechsler unterscheiden. Der Vergleich mit dieser Gruppe dürfte Urteile darüber erlauben, ob sich die Profile der Wechsler und der potentiellen Wechsler gleichen, also eher die Zeitpunkte für die Entscheidungen differieren und die Zögernden bestimmte situative Gegebenheiten noch abwarten wollen, oder ob eher die schnell Entschlossenen ein Profil zeigen, welches sich als Typus von anderen unterscheidet.

---

nachgelagert) bei der konkreten Übertragung des Gutes von einem Wirtschaftssubjekt auf das andere entstehen. Die Informationskosten beim Gut „Versicherung“ können aufgrund seiner Abstraktheit als hoch angesehen werden.

Da die Wahl der Krankenversicherung eine kaum korrigierbare Entscheidung darstellt („Einmal privat versichert, immer privat versichert“), müssen eventuelle spätere Eheschließungen und Kinder mitberücksichtigt werden.

Bei der Ermittlung des Wechselgewinns, ist der Wechselnutzen unter Einbeziehung der mit dem Wechsel verbundenen Kosten zu kalkulieren und beide Größen sind auf die gesamte noch zu erwartende Vertragsdauer zu beziehen und entsprechend abzudiskontieren.

### 3.6 Exit - Wirkungen

Der Erfolg des Wechsels bemisst sich nicht nach der Intensität und Richtung der Personenbewegungen (er *„dokumentiert sich nicht an bloßen Mengen von Eintritts- und Austrittsformularen“ Anderssen/Schwarze*), vielmehr bemisst sich der Erfolg

- an den Chancen der Versicherten, stärker nach individuellen Bedürfnissen und Präferenzen entscheiden zu können,
- sowie an steigender Effizienz und verbesserter Qualität der Versorgung.

Wenn die Analyse zeigt, daß das Exit - Instrument wirksam ist, dann liegt es nahe, daß auch die genannten Ziele erreicht werden.

Daher setzen sich die nachfolgenden Ausführungen mit der Wirksamkeit dieses Instrumentes auseinander.

Für die folgende Untersuchung wird von der Hypothese ausgegangen, daß das Exit - Instrument wettbewerbspolitisch nicht gewollte Wirkungen zeigt und demzufolge die Wettbewerbs- und Solidarziele verfehlt werden.

Zur Begründung werden folgende realitätsnahe Prämissen getroffen:

Es bestehen hinreichende Anreize zu adverser Risikoselektion, d. h. Anreize durch die Kumulation „guter“ Risiken innerhalb und zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern. So ist kein Schutz des Vorversicherers GKV vor aktiver Risikoselektion



durch die PKV gegeben. Diese kann in zwei Spielarten auftreten: Zum einen handelt es sich hierbei um ein Anbieterverhalten der PKV, das aufnahmewillige Versicherte mit einem prognostizierbar ungünstigen Schadenverlauf vom Beitritt fernhält, um die eigene Wettbewerbsposition nicht zu gefährden. Ein solches Verhalten erzeugt dann eine negative Risikoauslese zu Lasten des Vorversicherers GKV. Außer der Abwehr „schlechter“ Risiken kann es sich zum anderen um ein Wettbewerbsverhalten der PKV handeln, das einseitig auf die Ausspannung „guter“ Risiken gerichtet ist. Ein solches *cream skimming* hat einen funktionslosen Verdrängungswettbewerb zur Folge, dem vor allem Vorversicherer mit kleinen und überalterten Beständen zum Opfer fallen müssen, so daß früher oder später ein enges Oligopol von Anbietern entsteht, in welchem die gewonnene Wahlfreiheit der Versicherten auf wenige große Anbieter mit tendenziell gleichen Leistungen beschränkt ist. Ein solcher Verdrängungswettbewerb ergibt gesamtwirtschaftlich keinerlei Effizienzgewinne.

Außerdem ist kein ausreichender Schutz des Nachversicherers GKV vor passiver Risikoselektion durch die PKV gegeben. So kann im ungünstigsten Fall eine Situation eintreten, daß bei einem unerwartet starken Zustrom „schlechter“ Risiken zur GKV (passive Risikoselektion) der Wettbewerb gerade die effizientesten Anbieter vom Markt verdrängt, es also zu einer „negativen Marktauslese“ zu Lasten der GKV kommt, was wettbewerbsspolitisch nicht gewollt sein kann (Paradoxon von der negativen Sanktion des effizientesten Anbieters).

Um die Hypothese von dem *negativen* Zusammenhang zwischen Effektivität bzw. Effizienz einerseits sowie Marktanteilen andererseits auf empirischen Wege zu erhärten, müßte man diesen Zusammenhang für eine repräsentative Auswahl von Privaten und Öffentlichen Krankenversicherern über einen längeren Zeitraum hin beobachten oder alternativ eine Berechnung für eine Vielzahl von Privaten und Öffentlichen Krankenversicherern mit unterschiedlich hoher Effektivität bzw. Effizienz durchführen (Herstellen einer Rangordnung), wobei sich die Zahlenwerte auf die gleiche Zeit zu beziehen hätten. Statistische Zusammenhänge dieser Art mißt man üblicherweise mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten ( $r$ ). Dieser ist so konstruiert, daß  $-1 \leq r \leq +1$  ist, d. h. der niedrigst mögliche Wert  $-1$  und der höchstmögliche Wert  $+1$  ist. Ist  $r$  nahe bei  $0$ , so ist fast keine Korrelation gegeben. Im Grenzfall  $r = 0$  besteht überhaupt keine Korrelation. Sollte die Hypothese von dem erwähnten negativen Zusammenhang Allgemeingültigkeit besitzen, dann müßten sich Effektivität bzw. Effizienz einerseits sowie Marktanteile andererseits der repräsentativen Auswahl im Zeitablauf gegenläufig entwickeln oder alternativ in dem gleichen Jahr unter der

Vielzahl von Versicherern Krankenversicherer mit niedriger Effektivität bzw. Effizienz einen höheren Marktanteil aufweisen als solche mit hoher Effektivität bzw. Effizienz (starke negative Korrelation). Bei der Überprüfung dieser Hypothese begegnet man allerdings bisher unüberwindbaren Schwierigkeiten in bezug auf die Beschaffung der erforderlichen statistischen Unterlagen.

### **3.6.1 Risikoverteilung auf GKV und PKV - Stand und Entwicklung auf Basis des Mikrozensus**

In der Konkurrenz um die Risikoverteilung auf die beiden Träger nehmen die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf den ersten Blick die strategisch günstigere Position ein.

Die Versicherungspflicht sichert den Gesetzlichen Krankenkassen einen großen Kreis gleichartiger Risiken und damit die Grundlage für günstige Arbeits- und Versicherungsbedingungen. Darüber hinaus führt die Versicherungspflicht den Gesetzlichen Krankenkassen vor allem junge und in der Regel „gute“ Risiken zu.

Das wird durch die verfügbaren statistischen Unterlagen über den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung bestätigt.

Tabelle 3-7 zeigt, daß der Anteil der Kinder am gesamten Versichertenbestand in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999 um rd. 1 Prozentpunkt über dem der Privaten Krankenversicherung lag. Während der Anteil der jüngeren Erwachsenen (15 bis 40 Jahre) in der Gesetzlichen Krankenversicherung rd. 33,3 Prozent betrug, gehörten der gleichen Altersgruppe in der Privaten Krankenversicherung dagegen nur rd. 31 Prozent aller Versicherten an. Umgekehrt zu dem geringeren Anteil jüngerer Versicherter war in der Privaten Krankenversicherung der relativ höhere Anteil älterer Versicherungsnehmer. Knapp 55 Prozent der Versicherten waren im System der Privaten Krankenversicherung älter als 40 Jahre. Die gleiche Altersgrenze überschritten nach den Ergebnissen des Mikrozensus von 1999 in der Gesetzlichen Krankenversicherung nur etwa 51 Prozent der Versicherten.

In der Längsschnittbetrachtung von 1980 bis 1999 hat sich der Gruppenanteil der jüngeren Erwachsenen in der Gesetzlichen Krankenversicherung um rd. 1,5 Prozentpunkte ermäßigt, wohingegen derjenige der Privaten Krankenversiche-

rung um rd. 5,5 Prozentpunkte zurückging. Umgekehrt ist der Gruppenanteil der älteren Versicherungsnehmer in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der gleichen Zeit um rd. 4,2 Prozentpunkte angestiegen gegenüber einer rd. 11,2 Prozentpunkte - Erhöhung in der Privaten Krankenversicherung.

Hinter dem statistischen Durchschnitt in der Altersgliederung verbergen sich Unterschiede in der Gliederung der Versicherten in GKV und PKV nach Geschlechtern. Die Unterschiede sind allerdings nur graduell und ändern die Aussage nicht grundsätzlich.

Ein weiterer Vorteil der Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der Privatversicherung im Wettbewerb um die freiwillig Versicherten ergibt sich aus dem Tatbestand der *Kassenloyalität* dieser Versicherten aufgrund einer vorhergehenden Pflichtmitgliedschaft. In ihrer Zeit der Pflichtmitgliedschaft haben die freiwillig Versicherten - in der Einschätzung Lükes - die Bedeutung und Funktion ihres Krankenversicherungsschutzes kennen und schätzen gelernt. Die Verinnerlichung des in dieser Zeit erfahrenen Sachleistungssystems, der *prinzipiell* fehlenden Selbstbeteiligung und des leistungsfähigkeitsorientierten Beitragssystems gebe den Mitgliedern der Kassen ein *Beharrungsvermögen*, das nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze zugunsten einer freiwilligen Weiterversicherung wirkt. Umgekehrt stünden die freiwillig Weiterversicherten nach der Pflichtversicherungszeit dem Kostenerstattungssystem, dem System der Selbstbeteiligung und dem System der risikoorientierten Prämien-erhebung in der Privatversicherung regelmäßig fremd gegenüber. Dies wirke gegen den Wechsel zur Privaten Krankenversicherung. Sobald die Angestellten infolge ihres beruflichen Aufstiegs die Versicherungspflichtgrenze erreicht haben und sich die Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung anbietet, besäßen die Gesetzlichen Krankenkassen einen wesentlichen Vorteil im Wettbewerb um diesen Versichertenkreis. Sie brauchten die „Grenzversicherten“, die sich in der zurückliegenden Pflichtmitgliedschaft an den Schutz der Gesetzlichen Krankenversicherung gewöhnt haben, bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze nur zu halten, wohingegen die Private Krankenversicherung gezwungen sei, durch intensive Werbung die Bindung dieser Versicherten an ihre alte Kasse zu lösen. (Lüke, 1970, S. 175 f).

Tabelle 3-7: Altersgliederung der Versicherten in der GKV und PKV im Jahre 1999 - Ergebnisse des Mikrozensus -

	Gesetzliche Krankenver- sicherung [in 1000]	Private Krankenver- sicherung [in 1000]	Getzliche Krankenver- sicherung [%]	kumuliert [%]	Private Krankenver- sicherung [%]	kumuliert [%]
unter 15	11.139	1.047	15,35	15,35	14,33	14,33
15 – 20	4.145	394	5,71	21,06	5,39	19,72
20 – 30	8.262	600	11,38	32,44	8,21	27,93
30 – 40	11.735	1.263	16,17	48,61	17,28	45,22
40 – 50	10.021	1.504	13,81	62,42	20,58	65,80
50 – 60	9.225	1.265	12,71	75,13	17,31	83,11
60 – 65	5.183	420	7,14	82,27	5,75	88,86
65 und mehr	12.866	814	17,73	100,00	11,14	100,00
Zusammen	72.576	7.307	100,00		100,00	

Quelle: StBa 2000, Fachserie 13, Reihe 1, 1999, S. 39-41

Gegen diese Argumentation spricht, daß die Versicherungspflicht nicht mehr quasi - automatisch die Mitgliedschaft über das gesamte Versichertenleben hinweg garantiert, was eine der Grundlagen für günstige Arbeits- und Versicherungsbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Der Loyalitätsthese ist ferner entgegenzuhalten, daß die Loyalität in der Gesetzlichen Krankenversicherung zwar nachwirken mag, aber zunehmenden Illoyalitäten weicht. Das bedeutet, daß immaterielle hinter materielle Motive in der Wahlentscheidung namentlich junger und in der Regel „guter“ Risiken zurücktreten

Der *Haupteinwand* gegen die Verwendung der Alters- bzw. Geschlechtsgliederung ist allerdings, daß diese Gliederung nur begrenzte Aussagekraft über die Morbidität bzw. Risiken der Versicherten und deren Aufteilung auf die beiden Krankenversicherungsträger besitzt, da die versicherungstechnisch wichtigen Merkmale Alter und Geschlecht die tatsächliche Morbiditäts- bzw. Risikostruktur beider Krankenversicherungsträger nicht adäquat abbilden und demzufolge ein *verzerrtes* Strukturbild liefern.

Eine erhöhte Aussagekraft werden vermutlich erst die (geplanten) Morbiditäts- und Risikoklassen und deren Besetzung mit Versicherten nach Gesetzlichen

und Privaten Krankenversicherungsträgern bringen, welche die tatsächliche Morbiditäts- bzw. Risikostruktur exakter abbilden sollten, mit deren Implementation in die Geschäftsstatistiken der Gesetzlichen Krankenkassen sowie den Mikrozensus allerdings nicht vor dem Jahre 2007 zu rechnen sein wird.

### **3.6.2 Ermittlung rechnerischer Effekte der Risikoentmischung durch die PKV - auf Basis der Transferzahlungen im RSA**

Wenn man die Folgewirkungen der Wechselbewegungen zwischen GKV und PKV in bezug auf die Verteilung von Risikopotentialen in der GKV erfassen will, muß man prüfen, wie sich die Wechselbewegungen in Relation zur Verteilung dieser Risikopotentiale entwickelt haben.

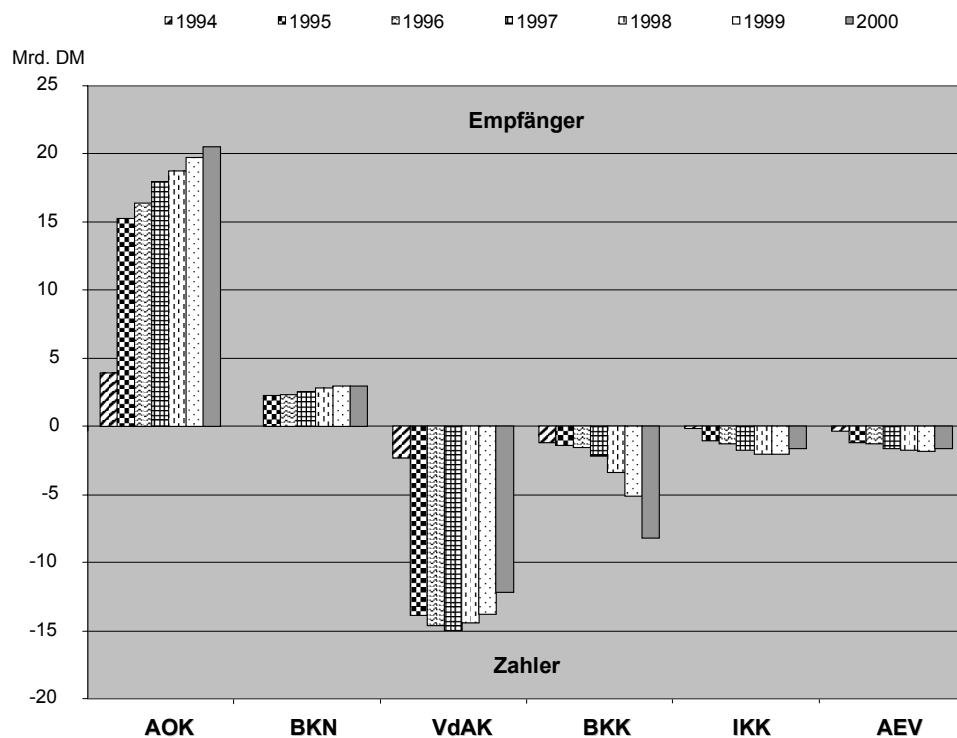
Bei der Prüfung auf empirischen Wege ergeben sich große Schwierigkeiten bei der Beschaffung der erforderlichen statistischen Unterlagen.

Ein denkbarer Weg sind die Statistiken über die Entwicklung der gesamten Transfervolumina im RSA zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen als Indikator für die Risikoentmischung in der GKV. Denn in diesen Transferzahlungen ist die Risikoentmischung enthalten und daraus abgeleitet auch die schiefe Verteilung von Risikopotentialen innerhalb der Gesetzlichen Krankenkassen.

Da sich die Rahmenbedingungen vom Einführungsjahr (1994) bis zum Zieljahr (2000) nicht grundlegend geändert haben, können den Transferzahlungen in bezug auf die Risikoentmischung gute Indikatoreigenschaften zugesprochen werden.

Weil die Risikoentmischung das Ergebnis der Kassenwechsel *und* der Wechsel zwischen GKV und PKV ist, wäre in einem weiteren Schritt der Einflußfaktor „Wechsel zwischen GKV und PKV“ zu isolieren..

Abbildung 3-7: Entwicklung der Transferzahlungen im RSA in der GKV für die Jahre 1994-2000



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an SVR Wirtschaft, 2001, S. 164

Nach einem kräftigen Anstieg haben sich die Transferzahlungen im kassenartenübergreifenden RSA bis zum Jahre 2000 auf einem hohen Niveau stabilisiert; diese Entwicklung dürfte sich in den letzten beiden Jahren allerdings nicht mehr fortgesetzt haben.

Der Großteil des Anstiegs im TransfERNiveau ist durch die Risikoentmischung bedingt (ca. vier Fünftel Anteil Risikoentmischungseffekt) und nur der kleinere Teil ist auf Methodenverfeinerungen wie die genauere Abbildung der durchschnittlichen Höhe der Leistungsausgaben im RSA zurückzuführen (ca. ein Fünftel Anteil verfahrensbedingte Effekte).

Eine Erfahrungstatsache ist, daß vorwiegend Junge und Gesunde die Kasse wechseln, was nicht überraschend ist: Wenn Leistungen nicht oder nur wenig in Anspruch genommen werden, sind für das Mitglied nur Beitragssatzunterschiede interessant. Diese Denklogik führt dazu, daß sich Gesunde eher mit dem Thema Kassenwechsel befassen als ältere Versicherte der AOKen, die eher „Markentreue“ beweisen.

Der Gesetzgeber hat in bester Absicht gehandelt als er den BKKen im Zuge der Wahlfreiheit die Möglichkeit gab, sich über den Kreis der Beschäftigten eines Betriebes hinaus auch für andere Personenkreise zu öffnen. Ziel war eine risikomäßige Durchmischung der Versichertenbestände dieser Kassen. Was der Gesetzgeber offensichtlich nicht vorausgesehen hat, war die Tatsache, daß seine Zielsetzung durch einige - längst nicht alle - BKKen dadurch pervertiert wird, daß sie sich gezielt, häufig schon durch ihre Namensgebung, nur bestimmten, „lukrativen“ Berufs- und Personenkreisen öffnen („Rosinenpickerei“).

Die Folge ist, daß nach und nach ein Riß durch die gesamte Soziale Krankenversicherung geht, bei dem auf der einen Seite die „neuen“ Kassen mit einem jungen und gesunden Versichertenpotential stehen und auf der anderen Seite die „traditionellen“ Kassen, bei denen die alten und kranken Versicherten mehr und mehr unter sich bleiben. *„Es ist jedenfalls eine Utopie anzunehmen, daß sich durch eine allgemeine Wanderung der Mitglieder in absehbarer Zeit die Beitrags - Risiko - Verhältnisse angleichen. Die Folge ist, daß die Alten und Kranken immer höhere Beiträge zahlen, während die Jungen und Gesunden in den Genuß der günstigen Beitragssätze kommen. Dieser Entwicklung wird durch den Risikostrukturausgleich in seiner heutigen Ausprägung (2000, M. M.) nicht entgegengewirkt.“* (Picard, 2000, S.19<sup>48</sup>).

Zu den Funktionsmängeln des RSA in seiner Ausprägung 2000 siehe ausführlich S. 132 f.

In Anbetracht der Funktionsmängel des RSA sind den AOKen positive Deckungsbeiträge (Solidarbeiträge) in Milliardenhöhe durch den Wechsel junger und gesunder Versicherter verlorengegangen.

Nach einer Phase der Beruhigung ist gegenwärtig erneut eine zunehmende Risikoselektion zu konstatieren. Der Prozeß ist davon bestimmt, welche Kasse bei modernen Menschen mit Wahlfreiheiten und Kassen mit Wettbewerbsfreiheit der sogenannte *first mover* ist. So könnten sich *alle* Versicherten ihrer Wahlmöglichkeiten bewußt werden und entscheidend ist, wer sich zuerst bewegt. Auch die mediale Präsenz in Bezug auf Wahlmöglichkeiten hat sich gewandelt, was den Prozeß noch verstärkt. Auf der anderen Seite könnten die Kassen von ihrer Wettbewerbsfreiheit Gebrauch machen. Wenn die Präferenzenorientierung ernst gemeint ist, dann müssen auch jene GKV - Versicherten mehr Möglichkeiten zur Wahl haben, die an differenzierteren

Angeboten, an garantierter Qualität und an umfassendem Versorgungsmanagement interessiert sind, und erst dann an der Höhe der Krankenkassenbeiträge. *„Die Wahrscheinlichkeit, daß innovatives Versorgungsmangement eher die schlechteren Risiken anzieht und deshalb für eine Kasse wenig Anreize für entsprechende Modelle besteht ist sicherlich nicht ganz falsch [...] Wesentlich wichtiger aber (auch in der quantitativen Dimension) dürfte sein, daß nicht nur die Menge der durchschnittlichen, sondern - diese Prognose sei gewagt - vermutlich auch der guten Risiken gehalten wird. Innovatives Versorgungsmanagement ist deshalb auch aus der Perspektive einer initiativ und innovativ agierenden Kasse eine erfolversprechende Strategie und nicht nur aus der Perspektive der Versorgung insgesamt“* (Andersen/Schwarze, 1999, S. 17).

Bisher sind erst Hypothesen darüber möglich, wie sich diese Entwicklungstendenzen auf die Bestandsstrukturen der Kassen auswirken werden.

Der im Vorfeld der Kassenwahlfreiheit im Jahre 1994 begründete RSA hat - dem SVR Wirtschaft zufolge - die ihm zugewiesene Aufgabe *im Grundsatz* erfüllt. Ein Anhaltspunkt dafür sei, daß sich die Spannweite zwischen den durchschnittlichen Beitragssätzen der einzelnen Kassenarten von 1,62 Prozentpunkten im Jahre 1994 auf 1,03 Prozentpunkte im Jahre 1999 verringert hat. Im gleichen Zeitraum sei auch die Streubreite der Beitragssätze für die GKV - Mitglieder gesunken: Während noch zu Beginn des Jahres 1994 etwa 27 Prozent der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen einen Beitragssatz entrichten mußten, der um mehr als einen Prozentpunkt oberhalb oder unterhalb des durchschnittlichen Beitragssatzes lag, seien es Anfang 1999 nur noch 6,5 Prozent gewesen. In den letzten zwei Jahren habe sich dieser Trend aber nicht mehr fortgesetzt. Im Gegenteil, die Beitragssatzspanne zwischen den durchschnittlichen Beitragssätzen der einzelnen Kassenarten sei wieder angestiegen und auch die Streubreite habe wieder zugenommen, so daß Anfang 2001 erneut über 12 Prozent der Versicherten einen Beitragssatz hatten, der um mehr als einen Prozentpunkt unterhalb oder oberhalb des durchschnittlichen Beitragssatzniveaus lag. Eine Reduktion der Beitragssatzdifferenzen sei aber nur insofern ein Beleg für einen funktionierenden RSA, als diese Reduktion auf die Ausschaltung der *risikostrukturbedingten* Beitragssatzdifferenzen zurückzuführen sei (SVR Wirtschaft, 2001, S.163).

Differenzen in den Beitragssätzen in einer Größenordnung von 1,62 Prozentpunkten können nicht mit Wirtschaftlichkeitsunterschieden zwischen den



gesetzlichen Krankenkassen erklärt werden; vielmehr sind sie auf Unterschiede in den „gewachsenen“ Risikostrukturen zurückzuführen und werden demzufolge im RSA so weit wie möglich ausgeschaltet. Sie führen insofern zu Recht nicht zu einer negativen Sanktion der betroffenen Kassen(art).

Aus dem Vorstehenden ist deutlich geworden, daß die Risikoselektion in erster Linie durch die Gesetzlichen Krankenkassen selbst praktiziert wird, was nicht überrascht, und erst in zweiter Linie durch die Privaten Krankenversicherer, deren Einfluß auf die Risikoentmischung allerdings nicht isoliert werden kann. Der Grund dafür ist die fehlende Datenbasis für die Ermittlung des „Wanderungseffektes“.

### **3.6.3 Ermittlung rechnerischer Effekte der Risikoentmischung durch die PKV - auf Basis eines saldenmechanischen Modells**

Das Ziel der folgenden Untersuchung ist es, rein rechnerische (fiktive) Effekte der Wanderungsbewegungen zwischen GKV und PKV in bezug auf den Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.

Geschehen soll dies im Rahmen eines einfachen demografischen Modells auf saldenmechanischer Basis<sup>a</sup>.

Der demografische Wandel manifestiert sich in einer Überalterung bei voraussichtlicher Schrumpfung der Bevölkerung. Die Beitragseinnahmen der GKV werden von dieser Entwicklung der Alterstruktur nur mittelbar beeinflusst; unmittelbar hängen sie vom Verhältnis der beitragszahlenden Mitglieder (differenziert nach erwerbstätigen Mitgliedern und Rentnern) zu den beitragsfrei mitfinanzierten Familienangehörigen ab.

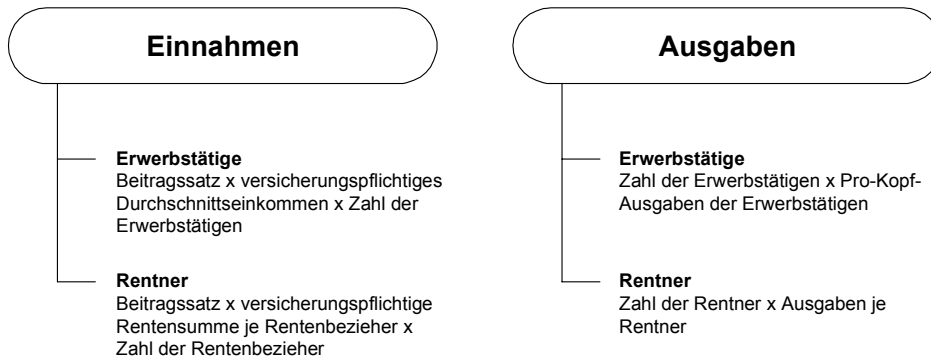
---

<sup>a</sup> In saldenmechanischen Modellen spielen Definitionsgleichungen und Tautologien eine zentrale Rolle. Tautologien sind immer erfüllte Relationen, die niemals an der Realität scheitern können; sie sind insoweit ohne empirischen Informationsgehalt. Tautologien können gleichwohl der systematischen Analyse der Determinanten eines Problems dienen. Das Problem selbst, insbesondere die kausalen Abhängigkeiten, wird mit Tautologien allerdings nicht erklärt, das ist erst dann der Fall, wenn die Tautologie um Hypothesen hinsichtlich vermuteter Zusammenhänge ergänzt und damit zur Theorie erweitert wird.

Siehe zur Spezifikation des demografischen Modells auf saldenmechanischer Basis ausführlich Knappe, 1995, S. 11 f. <sup>49</sup>.

Vereinfacht man die Zusammenhänge auf das Verhältnis von Erwerbstätigen und Rentnern, so ergibt sich die folgende Abbildung:

Abbildung 3-8: Einnahmen und Ausgaben der GKV



Quelle: Knappe, 1995, S. 20

Nach dem Umlageverfahren müssen die Ausgaben eines Jahres grundsätzlich durch die Einnahmen desselben Jahres gedeckt sein, wenn man von sonstigen Einnahmen, Rückstellungen und Defiziten absieht (Gleichgewichtsbedingung).

Die Einnahmen eines Jahres ergeben sich als

$$E = b * (Lz * L + Rz * R)(1)$$

Dabei sind

- E = Einnahmen
- b = Beitragssatz
- Lz = Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler
- L = durchschnittl. beitragspfl. Arbeitseinkommen
- Rz = Zahl der Rentner
- R = Durchschnittsrente

Die Ausgaben eines Jahres ergeben sich als

$$A = Al * Lz + Ar * Rz(2)$$

Dabei sind

- A = Ausgaben

$A_l$  = durchschnittl. Ausgaben je erwerbstätigem Beitragszahler  
(einschl. der Ausgaben f. Familienmitglieder)

$A_r$  = durchschnittl. Ausgaben je Rentner

Im demografischen Wandel hängt die Entwicklung des Beitragssatzes, der das finanzielle Gleichgewicht ( $A = E$ ) sichert, demnach ab von

$$b = \frac{A_l * L_z + A_r * R_z}{L * L_z + R * R_z} \quad (3)$$

Formt man diese Gleichung so um, daß die Abhängigkeit des GKV - Beitragssatzes von der demografischen Entwicklung (Rentner/Mitgliederrelation), der demografiebedingten Ausgabenstruktur (Pro - Kopf - Ausgabenrelation Rentner/Mitglieder ) und der demografiebedingten Einnahmenstruktur (Verhältnis Rentenhöhe zu Lohnhöhe) besser sichtbar wird, so erhält man<sup>a</sup>

$$b = \frac{A_l}{L} * \frac{1 + \frac{A_r}{A_l} * \frac{R_z}{L_z}}{1 + \frac{R}{L} * \frac{R_z}{L_z}} \quad (4)$$

oder in Worten:

$$\text{Beitragssatz} = \frac{\text{AusgabenjeMitglied}}{\text{versicherungspflichtigesEinkommen}} * \frac{1 + \text{Ausgabenintensität} * \text{Rentnerquote}}{1 + \text{Rentenniveau} * \text{Rentnerquote}} \quad (4)$$

Interpretation der vorstehenden Gleichung:

Der Beitragssatz steigt ceteris paribus (c. p.), wenn die Ausgaben für erwerbstätige Beitragszahler schneller steigen als deren beitragspflichtiges Einkommen (wenn  $A_l/L$  steigt). Diese Relation wird z. B. durch den medizinisch - technischen Fortschritt und das Wirtschaftswachstum beeinflusst.

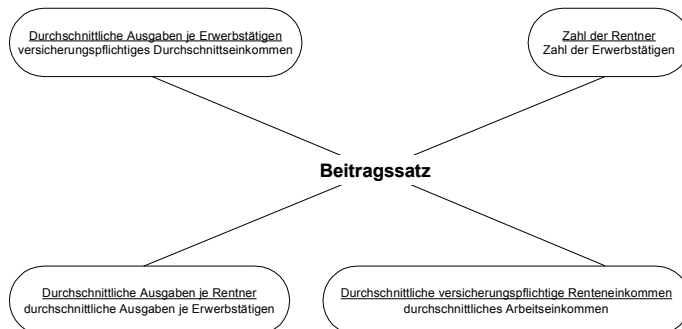
Der Beitragssatz wächst c. p. weiterhin, wenn die Ausgaben für Rentner überproportional zunehmen (wenn  $A_r/A_l$  steigt) oder die Renten im Vergleich zu den Lohneinkommen sinken (das Bruttorentenniveau  $R/L$  sinkt) oder beides eintritt.

---

<sup>a</sup> Hierzu wird Gleichung (3) im ersten Schritt dividiert durch  $L_z$ , im zweiten Schritt dividiert durch  $L$  und im dritten Schritt multipliziert mit  $A_l/A_l$ .

Auch wenn das Zahlenverhältnis von Rentnern zu erwerbstätigen Mitgliedern (Rz/Lz) zunimmt, wächst c. p. der Beitragssatz, der das finanzielle Gleichgewicht sicherstellt. Dagegen spricht nicht, daß (Rz/Lz) im Zähler und im Nenner steht; denn der Einfluß auf den Zähler ist größer, weil der Multiplikator im Nenner (R/L) kleiner als eins ist.

Abbildung 3-9: Wichtige Relationen für den Beitragssatz



Quelle: Knappe, 1995, S. 22

Bezüglich der Wanderungsbewegungen wird von folgenden spezifischen Annahmen ausgegangen: Die Wanderungsbewegungen zwischen GKV und PKV manifestieren sich in einer abgangsinduzierten Verschlechterung der Bestandsstruktur der GKV und einer zugangsinduzierten Verbesserung der Bestandsstruktur der PKV aufgrund adverser Selektion. Der Übertritt „guter“ Risiken zur PKV zieht den Verlust positiver Deckungsbeiträge für die GKV nach sich und der Abgang „schlechter“ Risiken zur GKV den „Verlust“ negativer Deckungsbeiträge für die PKV.

Da das Ansteigen des Rentnerquotienten (Rz/Lz) allein aufgrund der Wanderungsbewegungen zwischen GKV und PKV gezeigt werden soll, werden alle übrigen Einflußfaktoren auf den Beitragssatz konstant gehalten und lediglich der Rentnerquotient variiert.

Die wichtigsten Ergebnisse der rein rechnerischen (fiktiven) Effekte der Wanderungsbewegungen zwischen GKV und PKV in bezug auf den Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung sind vom Basisjahr (1992) bis zum Zieljahr (2000) gerechnet:

- 1) Das Ausspannen von guten Risiken seitens der PKV (cream skimming) führt c. p. zu einer Risikoentmischung in der GKV. Beispielweise steigt der Rentnerquotient allein aufgrund der Wanderungsbewegungen zwischen

GKV und PKV um rd. 16 Prozentpunkte zu Lasten der GKV gegenüber dem Basisjahr 1992 an.

- 2) Die Folgewirkung dieser Entwicklung ist eine zunehmend schiefe Verteilung der Risikopotentiale in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die abgangsinduzierte Verschlechterung der Bestandsstruktur der GKV führt dann c. p. zu einem Anstieg der sogenannten Schadensquote um rd. 4 Prozentpunkte.

Die Schadensquote wird gebildet aus dem Verhältnis der jährlichen Leistungsausgaben zum jährlichen Beitragsaufkommen der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt.

Während das jährliche Beitragsaufkommen aufgrund der abgangsinduzierten Verschlechterung der Bestandsstruktur der GKV um rd. 4 Mrd. € insgesamt gegenüber dem Basisjahr 1992 absinkt, wobei Beitragsmindererinnahmen von rd. 5,4 Mrd. € in der AKV Beitragsmehrerinnahmen von rd. 1,4 Mrd. € in der KVdR gegenüberstehen, bleiben die jährlichen Leistungsausgaben der GKV insgesamt gegenüber dem gleichen Basisjahr praktisch unverändert: Ausgabenersparnissen für die Übertritte „guter“ Risiken zur PKV stehen hier etwa gleich hohe Mehrausgaben für die Abgänge „schlechter“ Risiken zur GKV gegenüber. An jährlichem beitragspflichtigem Einnahmevermögen gehen der GKV insgesamt dabei sogar rd. 32 Mrd. € gegenüber dem Basisjahr 1992 verloren.

- 3) Die Abwanderung von guten Risiken bringt die Gesetzliche Krankenversicherung in finanzielle Bedrängnis, was c. p. zu einem Beitragsgefälle zwischen beiden Krankenversicherungsträgern führen muß. Beispielsweise erfordert das Schließen der Finanzierungslücke rein rechnerisch eine Anhebung des Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung um rd. 0,5 Prozentpunkte gegenüber dem Basisjahr 1992, was einer Beitragserhöhung von absolut rd. 3,8 Mrd. € entspricht.
- 4) Der rechnerische (fiktive) Effekt der Wanderungsbewegungen zwischen GKV und PKV ist nach Kassenarten differenziert: Die größte Finanzierungslücke wird rein rechnerisch bei den Ersatzkassen, bei welchen sich die freiwillig Versicherten konzentrieren, aufgetan. Dies zwingt diese Kassenart rein rechnerisch zu einer überproportionalen Anhebung ihres Bei-

tragssatzes. Bei allen anderen Kassenarten wirkt sich der fiktive Effekt der Wanderungsbewegungen dagegen weniger aus.

Auf die genannten Größenordnungen kann mithin der Beitrag der Privaten Krankenversicherung zur Risikoentmischung der Gesetzlichen Krankenversicherung veranschlagt werden.

### **3.6.4 Erreichung von Wirtschaftlichkeits- bzw. Erfolgszielen im gegliederten Krankenversicherungssystem**

*„Wirtschaftlichkeit (im Gesundheitswesen, M. M) wird als das Verhältnis von Leistung bzw. Ergebnis (output bzw. outcome) zu Ressourceneinsatz (input) definiert, das für eine bestimmte Gesundheitsleistung bzw. für eine bestimmte Wirtschaftseinheit ermittelt werden kann. Dabei wird zwischen einer relativ leicht zu quantifizierenden Anzahl an bestimmten Leistungen (output) und einem in vielen Fällen mehrdimensional zu messenden Ergebnis einer Leistung (outcome) unterschieden“ (SVRKAiG, 1996, S. 180<sup>50</sup>), wobei unter Gesundheitswesen die Anbieter (Stationäre Behandlung, Ambulante Behandlung etc.) und Nachfrager (Private Haushalte) von Gesundheitsleistungen sowie die sogenannten Intermediäre (Gesetzliche Krankenversicherung, Gesetzliche Pflegeversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Private Krankenversicherung) zu verstehen sind.*

#### **3.6.4.1 Wirtschaftliches Handeln in der GKV**

Ziel der ökonomischen Tätigkeit eines öffentlichen Haushaltes wie der *Gesetzlichen Krankenversicherung* ist es bestimmte Bedürfnisse der Einwohner des Landes wie Schutz vor den finanziellen Folgen von Krankheit zu befriedigen. Über den reinen Risiko- (Vermögens-) Ausgleich innerhalb der Gefahrengemeinschaft geht der soziale Ausgleich hinaus. Zu diesem Zweck erhebt die Gesetzliche Krankenversicherung Zwangsabgaben (Sozialbeiträge), kauft Vorleistungen, Produktionsfaktoren und produziert Dienstleistungen, die zum größten Teil unentgeltlich abgegeben werden. Ihr Wert wird gleich dem gesamten Betrag der zu ihrer Herstellung erforderlichen Kosten angesetzt. Die Dienstleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung müßten bei den privaten Haushalten als unbezahlter privater Konsum erfaßt werden. Tatsächlich fingiert die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung jedoch, daß die Gesetz-

liche Krankenversicherung die von ihr produzierten Dienstleistungen selbst verbraucht (= Eigenverbrauch).

Den größten Teil des Einkommens eines öffentlichen Haushaltes wie der Gesetzlichen Krankenversicherung bilden Zwangsabgaben (Sozialbeiträge). Die Gesetzliche Krankenversicherung erzielt außerdem Faktoreinkommen in Form von Zinsen etc. Auf der Ausgabenseite erscheinen zunächst die Transferzahlungen, die an die privaten Haushalte fließen (Krankengeld etc.). Der Saldo ist das verfügbare Einkommen, das zum größten Teil als zum Kauf der eigenen Dienstleistungen verbraucht gilt. Den Rest bildet die Ersparnis. Die Bruttoinvestitionen eines öffentlichen Haushaltes wie der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen im allgemeinen nur aus Anlagegütern wie Gebäude, Fahrzeuge, EDV; Lagerinvestition tritt mithin nicht auf. Finanziert werden die Anlageinvestitionen aus Abschreibungen und Ersparnis. Der Saldo ist ein Ausgaben- oder Einnahmenüberschuß.

Die wesentlichen Ziele des (neuen) GKV - Finanzmanagements sind die Verbesserung von Partizipation und Transparenz nach innen und nach außen sowie die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit des GKV - Handelns und die Verbesserung der Akzeptanz bei den Mitgliedern. Nur dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit des GKV - Handelns wollen wir uns im folgenden zuwenden.

Da die der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Mittel angesichts ihres umfassenden Auftrags immer knapp sein werden, gehört es zum verantwortlichen Handeln, den Mitteleinsatz für die Verwirklichung des öffentlichen Auftrags optimal zu planen.

*„Für sämtliche Leistungen (der Gesetzlichen Krankenversicherung, M. M) gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (bma, 2000, S. 141).*

Da von der Erfüllung des öffentlichen Auftrags her gedacht werden muß, hat das Ziel „Wirtschaftlichkeit“ beim GKV - Finanzmanagement keinen rein monetären Charakter. Aktivitäten mit einem positiven monetären Ergebnis sind dann nicht durchführbar, wenn sie im Widerspruch zum öffentlichen Auftrag und zu den daraus abgeleiteten Zielen stehen. Umgekehrt wird die Gesetzliche Krankenversicherung dem sozial Schwachen und Schutzbedürftigen auch ohne entsprechende finanzielle Gegenleistung helfen.

Wirtschaftlichkeit ist darin anzustreben, die der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Mittel möglichst effektiv und effizient für die von außen vorgegebenen Ziele einzusetzen. „Effektiv“ heißt, den erreichten Nutzen mit dem geplanten Nutzen zu vergleichen, also zu prüfen, ob die richtigen Dinge getan werden. „Effizient“ bedeutet, den Nutzen ins Verhältnis zu den Kosten zu setzen, also zu prüfen, ob die Dinge richtig getan werden. Zusammengefaßt geht es darum, die richtigen Dinge richtig zu tun. Was Nutzen ist, bestimmt sich ausschließlich vom öffentlichen Auftrag her.

Sowohl der Grad der Zielerreichung als auch die Kostenintensität sollen optimiert werden. „Optimieren“ kann durch die Erreichung eines höheren Nutzens oder durch die Sicherstellung niedrigerer Kosten oder beider geschehen.

<p>Effektivität = „Grad der Zielerreichung“ = <math>\frac{\text{Nutzen}}{\text{Zielvorgabe}}</math></p> <p>Effizienz = „Grad der Kostenintensität“ = <math>\frac{\text{Nutzen}}{\text{Ist-Kosten}}</math></p>
---

Der Prozeß der Verständigung darüber, wie der öffentliche Auftrag in der Gegenwart verwirklicht werden soll, führt zu Zielvorgaben, mit deren Hilfe das konkrete GKV - Handeln in den verschiedenen Bereichen geplant und überprüft werden kann.

Um die so beschriebene Wirtschaftlichkeit messen zu können, müssen Planungs- und Rechnungslegungsdaten sowohl für den Nutzen- wie auch für den Kostenbereich vorliegen und miteinander abgeglichen werden. Der Vergleich der so ermittelten Daten ist kein Selbstzweck. Durch ihn wird eine enge Verzahnung der gesetzten Ziele mit dem Erreichten hergestellt, um so eventuell gegensteuernde Maßnahmen (Korrekturen) einleiten zu können. Der Soll - Ist - Vergleich ist Teil der Managementfunktion Controlling.

Controlling einfach mit Kontrolle zu übersetzen, würde zu kurz greifen. Controlling kann im umfassenden Sinne als Regelkreis aus Planung, Steuerung, Umsetzung, Kontrolle (Soll - Ist - Vergleich) und Abweichungsanalyse, die wieder zur Ausgangsbasis für die Planung wird verstanden werden. In diesem umfassenden Sinn ist Controlling nichts anderes als GKV - Leitung.



Controlling im engeren Sinne ist dagegen die Unterstützungsfunktion bei der Festlegung der Ziele, der Planung der Leistungen, der Durchführung der Maßnahmen, dem Soll - Ist - Vergleich, der Abweichungsanalyse und der Entwicklung und Umsetzung gegensteuernder Maßnahmen.

Ein höherer Grad der Zielerreichung bzw. ein niedrigerer Grad der Kostenintensität dank eines (neuen) GKV - Finanzmanagements bedeutet unter sonst gleichen Umständen eine Verbesserung von Effektivität und Effizienz im Sektor Gesetzliche Krankenversicherung.

Was die Effizienzverbesserung angeht, so kann ein höherer Nutzen mit gegebenen Kosten bzw. ein gegebener Nutzen mit geringeren Ist - Kosten erzielt werden (nutzenmaximale Allokation bzw. kostenminimale Leistungserbringung). Bisher in der Gesetzlichen Krankenversicherung gebundene knappe Ressourcen können in wirtschaftlichere Verwendungen außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung fließen. Oder sie können für andere, wirtschaftlichere Verwendungszwecke innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung freigesetzt werden. Wächst die Produktion, kann mehr Einkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, verteilt und umverteilt sowie in Form steigender Leistungen (= Eigenverbrauch) oder in Form von Beitragssenkungen (= Ersparnis) verwendet werden.

### **Wirtschaftlichkeitskontrollen in der GKV**

Seit der Einführung des RSA (1994) finden bei den Gesetzlichen Krankenkassen Wirtschaftlichkeitskontrollen statt. Jede der rd. 420 Gesetzlichen Krankenkassen führt einen Norm - Ist - Vergleich durch, indem sie die Normwerte für die (standardisierten) Leistungsausgaben ihren Ist - Werten für die (tatsächlichen) Leistungsausgaben gegenüberstellt und feststellt, wie sie in diesem Vergleich abschneidet. Die Gründe für das Abweichen können im wesentlichen in zwei Ursachen liegen:

- Die Normwerte für die standardisierten Leistungsausgaben sind nicht realitätsnah ermittelt oder
- die Ist - Leistungen werden von der einzelnen Kasse nicht effizient erbracht.

Während im ersten Fall die Abweichung in der kassenspezifischen Morbiditäts- bzw. Risikostruktur begründet ist, wird sie im zweiten Fall durch Unterschiede in der wirtschaftlichen Effizienz der Kasse erklärt.

Wirtschaftlichkeitsberechnungen werden darüberhinaus für den stationären Bereich durchgeführt, indem unterschiedliche Kennziffern anzeigen, in welchem Ausmaß die Leistungsausgaben Jahr für Jahr ansteigen.

Wirtschaftlichkeitsrechnungen haben mit dem Einzug des Wettbewerbs praktische Anwendung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gefunden: Sie sind vor allem auf Seiten der Versorgerkassen sehr relevant. Beispielsweise haben die AOKen im Jahre 2001 Controllingsysteme aufgebaut, die es vor dem Einzug des Wettbewerbs so nicht gab – und zwar

- Controllingsysteme zur Vorbereitung der notwendigen Änderungen im RSA,
- Controllingsysteme mit dem Zweck zeitnah Entwicklungen in Bereichen abzugreifen, in denen sich Wirtschaftlichkeitsprobleme ergeben sowie
- Controllingsysteme in Form von Deckungsbeitragsrechnungen zur Simulation der Wirkungen von Beitragssatzerhöhungen auf die Abwanderung positiver Deckungsbeiträge und das finanzielle Ungleichgewicht der Kasse.

In der Zukunft wird Controlling noch an Bedeutung gewinnen und gleichrangig neben dem Finanzwesen der GKV stehen.

Die Wirtschaftlichkeitskennziffern werden nur für den internen Gebrauch ermittelt und von den einzelnen Kassen bzw. vom AOK Bundesverband der Öffentlichkeit nicht vorgelegt.

#### **3.6.4.2 Wirtschaftliches Handeln in der PKV**

Die wesentlichen Ziele des PKV - Finanzmanagements sind nicht mit denen des GKV - Finanzmanagements vergleichbar, denn die PKV - Unternehmen arbeiten seit langem nach dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip.

Es besagt, daß die PKV - *Unternehmen* ihr Kapital einsetzen, um Gewinn zu erzielen, indem sie Leistungen der PKV - *Betriebe* am Markt veräußern.

Anders als die PKV - Unternehmen folgen die PKV - Betriebe einem (systemneutralen) Wirtschaftlichkeitsgebot, d.h. sie teilen knappe Mittel so auf die ver-

schiedenen Verwendungszwecke auf, daß das Wirtschaftlichkeitsziel optimal erreicht wird. Eine Art Wirtschaftlichkeitsgebot der Privaten Krankenversicherung ist in den Musterbedingungen 1994 zur Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung niedergelegt. In ihrem § 1 wird das Leistungsniveau auf die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen begrenzt (VdPKV, 1996, S. 2<sup>51</sup> )

*„Das ökonomische Prinzip (Wirtschaftlichkeitsprinzip, M. M) wird dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip untergeordnet. Man arbeitet [...] nicht (deshalb, M. M.) wirtschaftlich, weil der volkswirtschaftliche Produktivgütevorrat `knapp` ist, sondern weil der Gewinn um so höher ist, je wirtschaftlicher ein Betrieb arbeitet“ (Heinen, 1959, S. 31 f<sup>52</sup>).*

Da von der Erfüllung des erwerbswirtschaftlichen Auftrags her gedacht werden muß, hat das Ziel „Wirtschaftlichkeit“ beim PKV - Finanzmanagement einen rein monetären Charakter. Aktivitäten mit einem positiven monetären Ergebnis sind dann durchführbar, wenn sie durch den erwerbswirtschaftlichen Auftrag und die daraus abgeleiteten Ziele gerechtfertigt sind und umgekehrt.

Wirtschaftlichkeit ist darin anzustreben, die der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Mittel möglichst effektiv und effizient für die selbst gesetzten Ziele einzusetzen. Effizienz weist dabei zwei Aspekte auf nämlich den der produktiven und der allokativen Effizienz. Produktive Effizienz erfordert, daß mögliche Kostenersparnisse wachsender Unternehmensgrößen konsequent genutzt werden. Allokative Effizienz ist dadurch gekennzeichnet, daß das Angebot den Konsumpräferenzen entspricht und die Preise dazu tendieren, sich den langfristigen Grenzkosten anzugleichen.

### **Erfolgsmessung in der PKV**

Die Private Krankenversicherung mißt Erfolg und Leistung mittels eines Kennzahlenkatalogs, der eine Darstellung der Erfolgssituation der PKV insgesamt bzw. eines Unternehmens ermöglicht. Die Erfolgskennzahlen geben Durchschnittswerte an, mit welchen die Werte einzelner Unternehmen verglichen werden können. Sie umfassen das gesamte Versicherungsgeschäft der Unternehmen, also nicht nur das deutsche selbst abgeschlossene Versicherungsgeschäft; sie untergliedern dagegen nicht nach den einzelnen Versicherungsarten (Krankheitsvollversicherung, Krankheitsteilversicherung etc.)

Die Kennzahlen sind *in der Regel* unmittelbar aus den Geschäftsberichten ableitbar und damit auch für Unternehmensexterne nachvollziehbar. Durch Zeitreihenbetrachtungen können Entwicklungen aufgezeigt werden.

Außer Erfolg und Leistung mißt die PKV auch „Sicherheit und Finanzierbarkeit“, „Bestand und Wachstum“ sowie „Vorsorge“.

Allein die Durchschnittswerte werden in den Statistiken des VdPKV veröffentlicht.

### **Erfolg und Leistung**

Der Erfolg eines Unternehmens wird insbesondere durch zwei Faktoren bestimmt

- das versicherungsgeschäftliche Ergebnis, das durch die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote abgebildet wird. Diese betrug im Jahre 2000 rd.6,1 (Vorjahr 7,75) Prozent. Das versicherungsgeschäftliche Ergebnis hängt unmittelbar von den entstandenen Aufwendungen im Vergleich zu den kalkulierten ab. Die Schadenquote, die Verwaltungskostenquote und die Abschlußkostenquote erklären die drei zentralen Aufwendungsbereiche. Sie hatten eine Höhe von rd. 81,3 (Vorjahr rd. 79,6) Prozent (Schadenquote), rd. 3,45 (Vorjahr rd. 3,4) Prozent (Verwaltungskostenquote) und 9,25 (Vorjahr rd. 9,25) Prozent (Abschlußkostenquote).
- die Nettoverzinsung aus den Kapitalanlagen, die im Jahre 2000 rd. 7, 2 (Vorjahr rd. 7,6) Prozent betrug.

### **Sicherheit und Finanzierbarkeit**

Die Sicherheit des Unternehmens und Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter mißt die PKV anhand dreier Kennzahlen:

- Die Eigenkapitalquote betrug im Jahre 2000 rd. 14,2 (Vorjahr rd. 13,8) Prozent. Die Höhe des Eigenkapitals bringt vor allem die Fähigkeit zum Ausgleich kurzfristiger Verluste und zur Einhaltung der gesetzlichen Solvabilitätsvorschriften zum Ausdruck.
- Die Beitragsrückerstattungs - Quote (RfB) besagt, welche Mittel zur *zukünftigen* Beitragsrückerstattung für die Versicherten über die Alte-

rungsrückstellung und § 12 a VAG hinaus zur Verfügung stehen. Wichtig ist dabei neben der gegenwärtigen Höhe auch, in welcher Höhe ihr jährlich Mittel zugeführt und wofür die in ihr angesammelten Mittel verwendet werden. Die RfB - Quote machte im Jahre 2000 rd. 33,7 (Vorjahr rd. 34,35) Prozent aus, die RfB - Zuführungsquote rd. 10,5 (Vorjahr rd. 14,2) Prozent. Die RfB - Entnahmeanteile verteilten sich zu rd. 68,8 Prozent auf Einmalbeiträge und zu rd. 31,2 Prozent auf die Barauschüttung.

- Die Überschußverwendungsquote bildet den Anteil der jährlichen Zuführungen einschließlich der Beträge gemäß § 12 a VAG am Überschuß ab. Sie machte im Jahre 2000 rd. 92,2 (Vorjahr rd. 92,8) Prozent aus.

### **Bestand und Wachstum**

Aus Bestand und Wachstum können der Marktanteil eines Unternehmens bzw. sein Wachstum, gemessen an den Beitragseinnahmen und den versicherten Personen, abgeleitet werden. Siehe zum Versichertenbestand und zum Wachstum S. 43 f.

### **Vorsorge**

Über die Vorsorgequote wird die Private Krankenversicherung mit der Gesetzlichen verglichen. Sie zeigt, wie viel die PKV im Vergleich zur GKV für die Altersvorsorge ihrer Versicherten aufgewendet hat und damit den Auswirkungen der demografischen Entwicklung entgegenwirkt. Dafür werden die Zuführung zur Alterungsrückstellung, zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung sowie die Beiträge nach § 12 a Abs. 3 VAG den verdienten Bruttobeiträgen gegenübergestellt. Die Vorsorgequote betrug im Jahre 2000 rd. 41 (Vorjahr rd. 41) Prozent. Siehe dazu ausführlich VdPKV, 2001, S. 49 f.

### **Zusammenfassung der Ergebnisse Exit - Wirkungen**

Aufgrund der fehlenden Datenbasis kann der behauptete negative Zusammenhang zwischen Effektivität bzw. Effizienz sowie Marktanteilen der einzelnen Krankenversicherungsunternehmen nicht nachgewiesen werden. Wirtschaftlichkeitskennziffern für den Bereich der Gesetzlichen Krankenkassen gibt es erst seit kurzem und sie werden nur für den internen Gebrauch ermittelt. Für den Bereich der Privaten Krankenversicherer werden dagegen Erfolgs- und Leistungskennzahlen seit langem berechnet und, da es sich um sensible Daten handelt, von den Unternehmen aus Konkurrenzgründen unter Verschluss

gehalten. Es muß daher bei der Hypothese bleiben, daß die gegenwärtig bestehende Exit - Option wettbewerbspolitisch nicht gewollte Effekte zeitigt und demzufolge die Wettbewerbs- und Solidarziele verfehlt werden.

Begründet werden kann dies mit den bestehenden (Fehl-)Anreizen, durch Kumulation „guter“ Risiken innerhalb und zwischen der GKV und PKV die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern. Bei dieser Konstellation ist es für die Private Krankenversicherung einzelwirtschaftlich rational, Ressourcen zur Risikoselektion einzusetzen; für die Krankenversicherung als Ganzes ist die Risikostruktur jedoch zu einem bestimmten Zeitpunkt gegeben und folglich ist Risikoselektion ein funktionsloser Wettbewerb.

### **3.7 Evaluation der Exit - Options - Effekte**

#### **3.7.1 Ergebnis der Evaluation**

Am Krankenversicherungsmarkt sind wesentliche Bedingungen für die Wirksamkeit der Exit - Option in Bezug auf die *gleichzeitige* Erreichung von Wettbewerbs- und Solidarzielen nicht erfüllt

Eine Herausforderung für beide Krankenversicherungssysteme ist das sogenannte *allgemeine Versicherungsdilemma*. Darunter ist zu verstehen, daß in einer Versicherung der Schadensfall grundsätzlich ein unabhängiges, vom Versicherten nicht beeinflussbares Risiko sein sollte. Das ist in der Krankenversicherung nur eingeschränkt der Fall, da Art und Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch das Zusammenwirken von Versicherten und Ärzten beeinflussbar sind, was die Funktionstüchtigkeit der Versicherung beeinträchtigt. Denn für eine stärkere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen müssen keine zusätzlichen Kostenbeiträge erbracht werden, zumindest keine unmittelbaren. Der Versicherte kann in einer großen Versichertengemeinschaft medizinische Leistungen beanspruchen, ohne unmittelbar dafür zu bezahlen. Zwar erhöhen sich die Gesamtkosten der Versichertengemeinschaft, die notwendige Beitragsanpassung wird aber auf alle Versicherten verteilt und belastet den Verursacher somit nur geringfügig. Infolgedessen ist Versicherungen - gleich ob GKV oder PKV - inhärent, daß ihnen Leistungen abverlangt werden,

die sie nur kurzzeitig, unter besonders günstigen gesamtwirtschaftlichen Bedingungen erbringen können. Namentlich trifft dies auf das GKV - System zu, das sich gegen den Anreiz zur weitestgehenden Leistungsausschöpfung nur schlecht zur Wehr setzen kann.

*„Die Mängel des Systems in Form exzessiver Leistungsausschöpfung durch die Versicherten und unzureichender Kostenorientierung werden nicht dadurch aufgehoben, daß die Versicherten als Kollektiv letztlich die gesamten Kosten tragen. Individuell vernünftige und kollektiv vernünftige Entscheidungen stimmen nicht überein“ (Reformkommission Soziale Marktwirtschaft, 1999, S. 8 f).*

Die Konsequenzen der Überforderung sind regelmäßig Beitragsanhebungen, Leistungskürzungen und die Selbstbeteiligung, *um die Versicherten zu einem wirtschaftlichen Verhalten zu veranlassen.*

Überforderung bzw. Leistungskürzungen werden dann dem GKV - System als Übermaß an Umverteilung bzw. als Ineffizienz des Systems angelastet, obwohl sie maßgeblich durch die Nutzer des Systems mit verursacht sind.

Anders als im Modell des vollkommenen bzw. funktionsfähigen Wettbewerbs fehlt es den Versicherten bzw. dem Versichertenwettbewerb in der Privaten Krankenversicherung mehr noch als in der Gesetzlichen Krankenversicherung an der entscheidenden Voraussetzung, nämlich der freien Wahl des Tauschpartners. Auf Leistungsverschlechterungen können in der Privaten Krankenversicherung faktisch (nicht rechtlich) nur die sogenannten privilegierten Kunden, d. s. die Kunden, die (noch) ohne finanzielle Nachteile ihr Unternehmen wechseln können, rational mit Exit reagieren, während die nicht privilegierten Kunden durch die weitgehend fehlende Wechseloption faktisch lebenslang an ihr Unternehmen gebunden sind. Privilegierte Kunden sind eher die jüngeren, einkommensstärkeren und besser ausgebildeten Versicherten, die das Angebot zum Wechsel nutzen wollen. Bei enger werdenden Märkten zielt das Wettbewerbsverhalten der PKV - Unternehmen aufgrund der bestehenden Wechselhemmnisse im wesentlichen darauf ab mit Hilfe geeigneter Tarifangebote (sogenannte „Lockvogelangebote“) insbesondere Versicherte aus der Gesetzlichen Krankenversicherung anzuziehen, was das Gegenteil von Leistungswettbewerb ist.

Die Fähigkeit der Nachfrager bestehende Leistungsunterschiede zu erkennen und die Bereitschaft die Auswahl der „Lieferanten“ gemäß dem Kriterium des gebotenen Preis-/Leistungsverhältnisses vorzunehmen, ist am Krankenversicherungsmarkt erheblich eingeschränkt.

Im Hinblick auf ihre Wohlfahrtswirkungen ist die *Angebotsvielfalt* in der Privaten Krankenversicherung ambivalent zu beurteilen. *„Einerseits ermöglicht eine Vielzahl verschiedener Produktvarianten die angemessene Berücksichtigung der unterschiedlichen Konsumpräferenzen, andererseits führt sie dazu, daß der Markt für die Konsumenten unübersichtlicher wird mit der Folge, daß die Informationskosten auf der Nachfrageseite zunehmen und die Vergleichbarkeit der Angebote verschiedener Versicherungsunternehmen stark eingeschränkt ist“.* (Terhorst, 2000, S. 21).

Auch die *Angebotsmonotonie* der gesetzlichen Krankenversicherung ist - wenn auch aus anderen Gründen - im Hinblick auf ihre Wohlfahrtswirkungen zwiespältig zu bewerten. Das Problem der mit dem Umfang der Versicherungsleistungen zunehmenden Verwaltungskosten umgeht die Gesetzliche Krankenversicherung zwar mit dem für sie konstitutiven Sachleistungsprinzip. *„Hier reichen die Versicherten nicht, wie bei privaten Krankenversicherungsverträgen, die einzelnen Rezepte und Arztrechnungen bei der Krankenkasse ein, sondern diese erhält in jedem Quartal direkt von den Leistungsanbietern eine Pauschalrechnung für alle ihre Versicherten. Diese kostensparende Praxis behindert jedoch die Transparenz des Leistungsgeschehens; nicht einmal der Versicherte selbst behält den Überblick darüber, welche Leistungen er in Anspruch genommen hat, geschweige denn welche Ausgaben damit verbunden waren“* (Breyer/Zweifel, 1999, S. 233).

Auf der Anbieterseite ist die Bedingung des vollkommenen bzw. funktionsfähigen Wettbewerbs, nämlich unternehmerisch tätig zu werden, also Neues zu wagen und kalkulatorische Risiken einzugehen, nur teilweise erfüllt. Insbesondere trifft dies auf die Gesetzlichen Krankenkassen zu, die in ihren Gestaltungsspielräumen im Vertragsbereich stark eingeschränkt sind. Siehe dazu Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S. 3.

*Neu* sind Vorschläge, die darauf zielen, die Privaten Krankenversicherer dem Wettbewerb dadurch auszusetzen, daß das individuelle durch ein kollektives Äquivalenzprinzip abgelöst wird (künftig Tarifierung nach „Normalrisiko“),



woraus sich zwangsläufig Probleme mit adverser Selektion ergeben würden. *Neuerdings* stehen außerdem die Gesetzlichen Krankenkassen untereinander im Wettbewerb, was zur Folge hat, daß an die Stelle des Kassenzwangs das Wahlrecht tritt und das Abweichen vom Kassenzwang wiederum die Gefahr von adverser Selektion beinhaltet. Unter diesen Prämissen fehlen institutionelle Regelungen, die sicherstellen, daß bei den Anbietern von Krankenversicherungsleistungen eine weitgehende „Risikoindifferenz“ gegenüber potentiellen Nachfragern eintritt, d. h. daß es keine Unterschiede mehr zwischen „guten“ und „schlechten“ Risiken gibt. Noch mehr als bei den Gesetzlichen Krankenkassen wäre dies bei den Privaten Krankenversicherern ausgeprägt.

Somit ist festzustellen: Einerseits bestehen Wahlmöglichkeiten zwischen den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungsträgern, aber es ist kein ausreichender Schutz des Vorversicherers GKV vor aktiver Risikoselektion (z. B. cream skimming) bzw. des Nachversicherers GKV vor passiver Risikoselektion (z. B. Zustrom „schlechter“ Risiken) seitens der PKV gegeben; daher kann ein Wettbewerbsverhalten, das einseitig auf die Ausspannung guter Risiken gerichtet ist bzw. ein Wettbewerb verbunden mit einem unerwartet starken Zustrom „schlechter“ Risiken gerade die effizientesten Anbieter vom Markt verdrängen. Es kann also zu einer „negativen“ Marktauslese kommen, was wettbewerbspolitisch nicht gewollt sein kann.

Zwar macht ein Wettbewerbsverhalten der PKV - Unternehmen einzelwirtschaftlich durchaus Sinn, durch Kumulation „guter“ Risiken die eigene Wettbewerbsposition zu stärken, aber gesamtwirtschaftlich läuft diese Art Selektion auf einen funktionslosen Verdrängungswettbewerb hinaus, da für die Krankenversicherung als Ganzes die Risikostruktur zu einem bestimmten Zeitpunkt eine exogen gegebene Größe ist.

Der *Transmissionsmechanismus* „Wechsel“, mit dem die Nachfrager ihre Präferenzen gegenüber den Anbietern zum Ausdruck bringen, führt schließlich dazu - wie die Diskussion des Systemwettbewerbs gezeigt hat -, daß einerseits der Spielraum der Politiker zu nicht präferenzkonformem Verhalten groß ist, andererseits aber Innovationen weniger schnell eingeführt werden können als im privatwirtschaftlichen Bereich, da sie auf auf Konsensfindung und -bildung beruhen. In einer dynamischen Umwelt kann die relativ träge Übertragung der Nachfragerpräferenzen in der Sozialen Krankenversicherung den Problemdruck verstärken. Siehe dazu ausführlich „Wettbewerbstheoretische Grundlagen der Exit - Option“ S. 96.

In Anbetracht der beschriebenen Abweichungen vom Wettbewerbsmodell und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zielsysteme von Gesetzlicher Krankenversicherung einerseits und Privater Krankenversicherung andererseits, kann die Exit - Option nicht modellgerecht funktionieren.

Unter diesen Prämissen pervertiert das gesellschaftliche Sanktionsverfahren Wettbewerb. Weder kann erwartet werden, daß die gesellschaftspolitische Funktion des Wettbewerbs (den am Marktgeschehen Beteiligten die erforderlichen Freiheitsspielräume zu eröffnen) noch die ökonomische Funktion des Wettbewerbs (eine gute Marktversorgung zu gewährleisten) erfüllt ist. Gleichzeitig ist der sozialpolitische Auftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung in Gefahr.

Die negative Beurteilung Exit - Option wird - wie der Internationale Teil gezeigt hat - durch die ablehnende Haltung des Auslandes gegenüber diesem Instrument bestätigt.

Der *harte Problemkern* liegt aber nicht in der Exit - Option als solcher begründet, sondern im Zusammenspiel (1) mit allgemeinen *market failure* -Faktoren, (2) speziellen *Verzerrungen im Systemwettbewerb* sowie (3) *wenig günstigen gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen*.

Was das Zusammenspiel (1) mit allgemeinen *market failure* - Faktoren angeht, so beeinträchtigt in erster Linie das *allgemeine Versicherungsdilemma* das normale Funktionieren des Krankenversicherungs - Marktmechanismus. Siehe oben S.204.

Auch ist die für normal funktionierende Märkte notwendige Bedingung der *Konsumentensouveränität* am Krankenversicherungsmarkt *nicht gegeben*. Vielmehr besteht eine *ingeschränkte Konsumentensouveränität*, die in zwei Ausprägungen auftreten kann: Zum ersten in einer eingeschränkten Fähigkeit zu einer rationalen Entscheidung: Diesen Fall stellen lebensbedrohende, aber die geistige Kapazität nicht einschränkende Krankheiten dar. Zum zweiten in verzerrten Präferenzen der Konsumenten in bezug auf deren am Gesundheitsmarkt geäußerten Nachfragewünschen und die damit verbundenen Behandlungskosten. Im Falle von wenig vorausschauenden und risikofreudigen Individuen wird dies zu einer *systematischen* Unterschätzung des Krankenversicherungsbedarfs und im Alter zu einer *systematischen* Unterversorgung mit Gesundheitsgütern führen. Das wird zu einem Problem für die Versicherung, wenn es

keine institutionellen Regelungen gibt, die „bessere“ Resultate erwarten lassen. In unserem gegliederten System haben die Gesetzliche und Private Krankenversicherung die Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen übernommen. Im Falle ungünstiger gesamtwirtschaftlicher Rahmenbedingungen dürfte es allerdings schwieriger werden den gesellschaftlich erwünschten Versorgungsgrad mit Gesundheitsgütern (merit wants) politisch durchzusetzen. Wird dieser Versorgungsgrad dennoch zwangsweise durchgesetzt, sind möglicherweise negative Auswirkungen auf die freiwillige Zusatzversorgung der Privaten Krankenversicherung zu erwarten.

Was das Zusammenspiel (2) mit speziellen *Verzerrungen im Systemwettbewerb* betrifft, so konfliktieren Wettbewerbs- und Solidarprinzip im gegliederten Krankenversicherungssystem und kann das unflankierte Aufeinandertreffen beider Ordnungsprinzipien systemdestabilisierend wirken.

Die Anwendung des *Äquivalenzprinzips* in der Privaten Krankenversicherung einerseits sowie des *Solidarprinzips* ergänzt um das Versicherungsprinzip in der Sozialen Krankenversicherung andererseits können gewissermaßen als die *Konstanten* der Geschäftspolitik der beiden Krankenversicherungsträger angesehen werden.

Ein Abweichen vom Grundsatz der Risikoäquivalenz würde im Rahmen einer freiwilligen Versicherung zwangsläufig zu einer adversen Selektion führen und damit den Risikoausgleich gefährden. Dieser auf dem Äquivalenzprinzip beruhende Risikoausgleich wird auch als *versicherungstechnischer* Ausgleich bezeichnet. Tatsächlich wird das Äquivalenzprinzip der PKV heute zwangsweise verordnet, jedoch wird es inzwischen auch durch das Solidarprinzip durchbrochen, was sich etwa an Elementen des Umlageverfahrens (z. B. kollektivierte Alterungsrückstellungen) zeigt. Der versicherungstechnische Risikoausgleich versagt als Methode sozialer Sicherung überall dort, wo die wirtschaftliche Kraft des einzelnen, gemessen an der Einkommenshöhe, nicht ausreicht, um die für einen ausreichenden Versicherungsschutz erforderliche Prämie aufzubringen. Das wird noch verstärkt, wenn der Bedarf an Versicherungsschutz aus persönlichen Gründen (Ausüben eines gefährlichen Berufes, schwache Gesundheit, familiäre Belastung) besonders hoch und dringlich ist. Hier ist über den versicherungstechnischen Ausgleich hinaus ein *sozialer* Risikoausgleich erforderlich. Das bedeutet allerdings Verzicht auf eine *generelle* Anwendung des Äquivalenzprinzips, und das ist nur möglich, wenn man gleichzeitig an Stelle der Freiwilligkeit den Versicherungszwang setzt. Ein Abweichen vom Prinzip des Versi-

cherungszwangs würde im Rahmen einer Solidarversicherung zwangsläufig zu einer Negativauslese zu Lasten der GKV führen und infolgedessen den Solidarausgleich gefährden. Tatsächlich wird das Solidaritätsprinzip der GKV zwangsweise verordnet, was sich beispielsweise in der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen zeigt. Durchbrochen wird dieses Prinzip jedoch durch das Subsidiaritätsprinzip, d. h. durch Regelungen wie die Beitragsbemessungsgrenze: Sie wird als ein Element des Versicherungsgedankens, der einer über die solidarische Absicherung hinausgehenden Umverteilung Grenzen setzt, begründet. Weil dieses praktizierte System der Wahlfreiheit und des Wettbewerbs zwischen beiden Krankenversicherungsträgern in sich nicht schlüssig ist, ist es anfällig für adverse Selektion.

Desweiteren rühren die Probleme aus dem Umstand, daß am Krankenversicherungsmarkt kein für alle Marktteilnehmer tragfähiges *Preis-(Prämien-) System* existiert. Weil dies so ist, kann freier Marktzutritt zu excess entry (Rosinenpickerei) und in der Folge zu ineffizienten Marktergebnissen führen.

Was das Zusammentreffen (3) mit *wenig günstigen gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen* angeht, so ist die Abhängigkeit von derartigen Bedingungen ein Charakteristikum der *gesamten* Krankenversicherung.

Einflußfaktoren der gesamten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung können gewissermaßen als exogene Größen der Geschäftspolitik der beiden Krankenversicherungssysteme betrachtet werden.

Was die (gewandelten) Wertetrends und Rahmenbedingungen des Krankenversicherungsmarktes betrifft,

- so könnte die (geplante) Einschränkung der Wahlfreiheit des einzelnen Versicherten etwa durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze die Bedürfnisse nach privatem Krankenversicherungsschutz tendenziell verringern,
- könnte die befürchtete Instabilität der neuen Währung Euro - in Umfragen unter deutschen Bürgern/Innen immer wieder bestätigt - Bedarf nach den Produkten der Gesetzlichen Krankenversicherung entstehen lassen,

- könnte es unbeschadet des Auftretens neuer Risiken zu einem trendmäßig sinkenden Risikobewußtsein mit negativen Auswirkungen auf die Produktangebote der PKV kommen,
- könnte aufgrund (real) sinkender Einkommen ein vorhandener Versicherungsbedarf zu Lasten privater Produktangebote nicht marktwirksam werden, da ihm (Grund)bedürfnisse vorangehen (Maslow'sche Bedürfnispyramide).

Probleme ergeben sich namentlich aus dem Prozeß der Alterung und (künftigen) Schrumpfung der Bevölkerung. Die Abhängigkeit der Morbidität vom Alter ist ein Wesensmerkmal der gesamten Krankenversicherung: Dies gilt für GKV und PKV gleichermaßen. Für die Funktionsfähigkeit beider Krankenversicherungssysteme hat dies zur Folge, daß die kollektiven Versicherungsbestände eines jeden Systems sich durch dauerhaften Neuzugang junger Risiken laufend erneuern müssen, um die steigenden Alterslasten auszugleichen. Ist der Neuzugang dauerhaft abgeschnitten, vergreisen die kollektiven Versicherungsbestände. Die im Kollektiv zu erbringenden Beiträge steigen in unbezahlbare Größenordnungen und führen zum Kollabieren des Systems. Ein weiteres gravierendes Problem ergibt sich aus der zunehmenden Unstetigkeit der Erwerbsbiografien (sogenannte „Patchwork - Biografien“), die im Falle eines jederzeit reversiblen Wahlrechts, zu einem permanenten Wechsel zwischen den beiden Krankenversicherungsträgern führen könnten.

Im Rahmen eines *gegliederten Systems* tritt ferner das Problem der Überschneidung, der gegenseitigen Beeinflussung, Verträglichkeit und Abgrenzung zwischen der vorwiegend auf privater Initiative beruhenden Individualversicherung und der vom Staat in Ausübung seiner Staatsbürgerfürsorge geschaffenen Sozialversicherung auf. Dieses System kann aber sehr unterschiedlich ausgestaltet sein: Der Akzent kann mehr auf der individuellen Selbsthilfe oder mehr auf der staatlichen Fürsorge liegen. Es liegt die Vermutung nahe, daß der Betätigungsspielraum der Privaten Krankenversicherung weitgehend vom jeweiligen Ausmaß der sozialen Sicherung durch den Staat abhängt. Je geringer die staatliche Fürsorge ist, desto größer müßte der Spielraum für die Individualversicherung sein und umgekehrt. Für den Fall, daß klare ordnungspolitische Vorstellungen sowohl für die Festlegung der Versicherungspflichtgrenze als auch für den versicherungspflichtigen Personenkreis fehlen, wird dies zu andauernden Spannungen zwischen beiden Krankenversicherungssystemen führen.

Darüber hinaus sind für die Entwicklungsmöglichkeiten beider KV-Systeme die *Geschäftspolitiken* der jeweiligen Geschäftsleitungen entscheidend, d.h. die Möglichkeit und Fähigkeit sich an die Wandlungen der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse anzupassen, die sich ergebenden Geschäftsmöglichkeiten zu erkennen, den Bedarf zu erfassen und ihn in optimaler Weise zu befriedigen. Diese Möglichkeiten sind namentlich in der GKV bis heute wesentlich beschränkter als in der PKV. Siehe dazu Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S. 3.

Die **Zusammenschau** der analysierten Problemfaktoren zeigt, daß diese nicht nur in die gleiche Richtung wirken, sondern sich auch wechselseitig verstärken, anstatt sich gegenseitig aufzuheben: Die Kombination von nachfrageseitigen Problemfaktoren (z. B. Allgemeines Versicherungsdilemma), angebotsseitigen Problemfaktoren (z. B. Verzerrungen im Systemwettbewerb) sowie im Preissystem begründeten Problemen mit den von außen in den Krankenversicherungsmarkt hineinwirkenden Faktoren (z. B. Ausgestaltung des Sozialsystems i. V. mit wenig günstigen gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen) ist letztlich verantwortlich für den „Überdruck im Kessel“ des gegliederten Krankenversicherungssystems.

### 3.7.2 Handlungsstrategien

Durch die Analyse der Exit - Option haben wir eine Vorstellung von der gegenwärtigen Lage und ihren Ursachen sowie von den unter Status - quo - Bedingungen zu erwartenden Entwicklungen gewonnen. Angesichts der negativen Prognosen sieht sich die Wissenschaft herausgefordert im Interesse einer sachgerechten Politikberatung Handlungsvorschläge zu unterbreiten.

Für eine positive Prognose der künftigen Entwicklungen stehen grundsätzlich mindestens drei Handlungsstrategien bereit und werden in Fachkreisen intensiv diskutiert:

#### 3.7.2.1 Handlungsstrategie 1: Streichung der Exit - Option

Erstens kann man empfehlen die gegenwärtig bestehende Exit - Option ersatzlos zu streichen, im übrigen aber das bisherige System weiter bestehen zu lassen. Mit der Beitragsbemessungsgrenze sollte - so die Argumentation - das Ausmaß der Beteiligung eines Versicherten an den solidarischen Umverteilun-

gen innerhalb der Kasse begrenzt werden, nicht aber ein Anreiz gesetzt werden, durch ein Ausscheiden aus einer Gesetzlichen Krankenkasse auch die unterhalb dieser Grenze liegenden Einkommensteile der solidarischen Finanzierung zu entziehen, wenn der Versicherte glaubt in einer Nettozahlerposition zu sein. Dieser Fehlanreiz impliziert für die Gesetzlichen Krankenkassen eine Dysfunktionalität und für die Privaten Versicherungen eine Begünstigung. Da Chancengleichheit in der Konkurrenz um die guten Risiken unter den aus der Versicherungspflicht herauswachsenden Versicherten nicht gegeben sei, könne Wettbewerb als gesellschaftliches Sanktionsverfahren nicht theoriegerecht funktionieren. Eine mögliche Bestandsverschlechterung in den betroffenen Abgangskollektiven als Folge einer Abstimmung der fraglichen Versicherten mit den Füßen sei wettbewerbs- und sozialpolitisch bedenklich. Ein Schutz der Gesetzlichen Krankenversicherung vor den Folgen negativer Risikoselektion sei geboten. Der beschriebene Fehlanreiz werde auf der Folie des demografischen Wandels sogar noch gewichtiger werden. Für dieses Votum spreche auch das Verhalten des Auslandes mit welchem Deutschland durch die Streichung der Exit - Option lediglich gleichzöge.

Gegen eine Streichung dieser Option sprechen weniger ökonomische Kriterien als vielmehr verfassungsrechtliche Aspekte und faktische Zwänge.

### **3.7.2.2 Handlungsstrategie 2: Beibehaltung der Exit - Option**

Zweitens kann man dafür votieren die gegenwärtig bestehende Exit - Option grundsätzlich beizubehalten, aber gleichzeitig das bisherige System den sozial- bzw. wettbewerbspolitischen Erfordernissen anzupassen.

#### **3.7.2.2.1 Vorschlag 1: Anhebung der Versicherungspflichtgrenze (VPG) und der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)**

In der Sozialpolitik wird regelmäßig die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze (VPG) und der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der Gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 3 375 € pro Monat auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung von derzeit 4 500 € pro Monat vorgeschlagen.

Der Vorschlag nach einer derartigen Anhebung der VPG/BBG wird durch zwei jüngere Studien gestützt: Das Gutachten von Pfaff, Rindsfüßer, Busch<sup>53</sup> für die Hans-Böckler-Stiftung und das Sondergutachten 1997 des SVRKAiG im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, 1997, S. 268 f.

Diese Studien messen die Wirkungen einer Veränderung von VPG/BBG in Änderungen der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung.

### **Sozialökonomische Konsequenzen einer Anhebung der VPG/BBG**

Für den Fall einer Anhebung von VPG/BBG auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung sagen die Studien ein Senkungspotential von rd. 0,70 Beitragssatzpunkten in der Gesetzlichen Krankenversicherung voraus.

Die Verschiebung der Beitragsdegression nach hinten erzeugt redistributive bzw. positive Verteilungseffekte unter den Arbeitnehmern.

Es erfolgt eine Verschiebung der Belastung auf höher qualifizierte Arbeitsleistungen zugunsten von mittleren und niedrigeren Arbeitsentgelten. Letztere erhalten vornehmlich die weniger qualifizierten Arbeitskräfte, die einen besonders hohen Anteil an Arbeitslosen aufweisen, so daß sich gerade in diesem Beschäftigungssegment Anreize zu einer erhöhten Arbeitsnachfrage ergeben.

In der politischen Diskussion wird der positive Effekt auf die Personalnebenkosten betont. Dieser gilt bei einer Verwendung der Mehreinnahmen zur Beitragssatzsenkung jedoch nur bis zu *der* Lohngruppe zwischen alter und neuer BBG, bei der Beitragssatzsenkung und Erhöhung der BBG sich gerade ausgleichen.

Entscheidend ist aber, ob die Mehreinnahmen zur Beitragssatzsenkung *oder* zur Finanzierung steigender Ausgaben verwendet werden. Da die Anhebung von VPG/BBG gerade mit dem Argument gefordert wird, die Gesetzliche Krankenversicherung habe ein Einnahmenproblem, kommt nur die letztere Alternative in Betracht. In diesem Fall ist aber mit einer steigenden Belastung sowohl der Personalnebenkosten als auch der Versicherten selbst zu rechnen.

Beide Studien gehen von Annahmen aus, die für die Gesetzliche Krankenversicherung vorteilhaft sind und nicht unbedingt als realitätsnah angesehen werden können. Ihre wesentlichen Schwächen sind:

- 1) Die Annahme, daß bei einer Anhebung der VPG keiner der betroffenen Privatversicherten von seinem Befreiungsrecht Gebrauch macht. Diese Annahme dürfte kaum realistisch sein, wie der SVRKAiG selbst einräumt. In einer Variante wird noch mit einer Befreiungsquote von 50 Prozent gerech-



net. Aber auch hier orientiert sich der SVRKAiG nicht an der empirisch gemessenen Befreiungsquote von knapp 70 Prozent.

- 2) Die Annahme, daß keiner der GKV - Versicherten bei einer Anhebung der VPG zur Privaten Krankenversicherung wechselt. Dabei wird außeracht gelassen, daß sich die GKV - Beiträge für die freiwillig Versicherten um bis zu 33 Prozent erhöhen und damit ein erheblicher Anreiz zur Abwanderung besteht. Das SVRKAiG - Gutachten verweist in diesem Zusammenhang auf fehlende empirische Daten.
- 3) Die Annahme im Gutachten von Pfaff, Rindsfüßer, Busch, daß sich die Ausgaben pro Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Wechsler aus der Privaten Krankenversicherung nicht verändern. Das SVRKAiG - Gutachten äußert sich dazu nicht. Realistischerweise ist jedoch davon auszugehen, daß die Wechsler von der PKV zur GKV höhere Ausgaben pro Mitglied aufweisen als die Ausgaben eines Mitglieds in der GKV. Zum einen, weil sie höhere Krankengeldansprüche als der GKV - Durchschnitt haben, zum anderen, weil ihre Alters- und Familienstruktur dies nahelegt.

In einem Gutachten von Wiesemann werden die Effekte einer Anhebung von VPG/BBG auf den Beitragssatz unter Berücksichtigung dieser Sachverhalte untersucht (Wiesemann, 1998, S. 45 f. <sup>54</sup>). Für den Fall einer Anhebung von VPG/BBG auf das Niveau der Rentenversicherung sagt diese Studie ein gegenüber den o.g. Studien niedrigeres Senkungspotential von minimal 0,40 bis maximal rd. 0,60 Beitragssatzpunkten in der Gesetzlichen Krankenversicherung voraus.

Die wichtigsten Annahmen/Ergebnisse dieser Studien sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefaßt und einander gegenübergestellt.

Tabelle 3-8: Überblick über Annahmen/Ergebnisse bei verschiedenen Studien

Institution/ Verfasser	Szenario- name	GKV- Ausgaben pro Mitglied	Befreiungs- quote [%]	Kündigungs- quote [%]	GKV- Beitrags- satz- senkung [%]
Pfaff, Rindsfüßer, Busch			0	0	0,67
SVRKAiG			0 50	0 0	0,74 0,40 - 0,60
DKV/ Wiesemann	V1 V2 V3 V4	D U D U	50 50 0 0	0; 0 0; 0 0; 0 0; 0	0,40 0,46 0,48 0,58
D = Annahme differenzierter Ausgaben pro Mitglied in der GKV U = Annahme undifferenzierter Ausgabenhöhen Quelle: Wiesemann, 1998, S. 75					

In allen drei Studien fallen die fiskalische Effekte einer Anhebung von VPG/BBG eher bescheiden aus, was auch den redistributiven Effekten und den angestrebten Beschäftigungswirkungen enge Grenzen zieht.

Die neue VPG/BBG lässt sich nicht aus gesamtwirtschaftlichen Zielsetzungen ableiten, d. h. sachlogisch begründen. Sie stellt vielmehr das zufällige Resultat eines inzwischen allerdings gewachsenen Prozesses und in diesem Kontext einen wirtschaftspolitischen Kompromiß dar („Friedensgrenze“).

Für die betroffenen Versicherten wirken die steigenden bzw. zusätzlichen Beitragszahlungen, denen mit Ausnahme des Anspruchs auf Krankengeld keine Mehrleistungen entsprechen, wie eine Steuerbelastung.

Die zusätzliche Beitragsbelastung trifft gerade jene Versicherte, die nach dem geltenden Einkommenssteuertarif einem hohen Grenzsteuersatz unterliegen.

Eine isolierte Anhebung der VPG/BBG verschärft im geltenden Beitragssystem die Benachteiligung der Bezieher von Arbeitsentgelten gegenüber den Bezieher anderen Einkunftsarten.

Privatversicherte Patienten zahlen für die gleichen Leistungen bei zahlreichen Behandlungsarten höhere Preise bzw. Gebühren als GKV - Patienten. Ein Versichertenwechsel von den Privaten Krankenversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung vermindert somit per Saldo die Vergütung der Leistungserbringer. Es bleibt offen, inwieweit und auf welche Weise es den jeweiligen Anbietern gelingt, diese Einbußen zu kompensieren.

### **Rechtliche Konsequenzen einer Anhebung der VPG/BBG**

#### **Rechte der Privatversicherten**

- a) Die Anhebung der VPG auf Rentenversicherungsniveau (mit oder ohne gleichzeitige Anhebung der BBG) würde zwei Teilsysteme der sozialen Sicherung vereinheitlichen, die sich an unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien orientieren: Die Rentenversicherung folgt ähnlich wie die Arbeitslosenversicherung dem Äquivalenzprinzip, denn das Leistungsniveau hängt von der Höhe der Beitragszahlungen ab, d. h. hohen Beitragszahlungen eines Versicherten stehen auch mehr Leistungen gegenüber. Im Gegensatz dazu besitzen alle in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten unabhängig von ihren geleisteten Beiträgen denselben Anspruch auf medizinische Behandlung. *„Da die VPG/BBG in der Rentenversicherung einerseits und der Krankenversicherung andererseits unterschiedliche Zwecke verfolgen, ist ihre Vereinheitlichung nicht durch sachliche Gründe gedeckt, sie verstößt damit gegen das Willkürverbot“ (Boetius 1998, S. 40<sup>55</sup>).*
  
- b) Die bisher PKV - Versicherten haben mit ihren Beiträgen Alterungsrückstellungen finanziert, die aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Kalkulationsgrundlagen nicht für einzelne Versicherte, sondern nur für Versichertenkollektive gebildet werden. *„Wegen des fehlenden individuellen Zusammenhangs von Reserveentstehung und Reserveverwendung ist das mathematische Modell der PKV so angelegt, daß ein Versicherter, der vorzeitig aus der Gefahrengemeinschaft ausscheidet, weder einen Auszahlungs- noch einen Übertragungsanspruch hinsichtlich der kalkulatorisch auf ihn entfallenden Alterungsrückstellung erwirbt. Stattdessen wird die im rechnungsmäßigen Umfang freiwerdende Alterungsrückstellung den übrigen Versicherten zugeschlagen („Kollektivierung der Alterungsrückstellung“, M. M.) (Terhorst, S. 89, f.).*

Dies hat - aus Sicht der Privaten Krankenversicherer - eine zweifache Konsequenz:

- a) Eine zwangsweise Überführung von PKV - Versicherten in die GKV ließe für diese Versicherten die Alterungsrückstellungen verfallen. Die mit den Alterungsrückstellungen gebildeten Anwartschaften genießen den Schutz der Eigentumsgarantie nach Art 14 Abs. 1 GG. Der Gesetzgeber ist daher verfassungsrechtlich verpflichtet, den bisher PKV - Versicherten die Möglichkeit zu bieten, sich von der Pflichtversicherung befreien zu lassen. Die fiskalischen Auswirkungen einer Erhöhung von VPG/BBG auf die künftige Höhe des Beitragssatzes der GKV hängen aber entscheidend davon ab, inwieweit von diesem Befreiungsrecht Gebrauch gemacht wird.
- b) Denjenigen PKV - Versicherten, die nicht die Option erhalten, in die GKV zu wechseln (Angestellte oberhalb der neuen VPG, Selbständige, Freiberufler), droht eine dauerhafte Verschlechterung ihrer Versorgungsposition. Da der Gesetzgeber den Zugang junger Risiken in die PKV dauerhaft abschneidet und so die unvermeidliche Vergreisung der Versichertenbestände herbeiführt, beraubt er diese Versichertenkollektive des sozialen Schutzes durch eine finanzierbare Krankenversicherung. Dies verstößt gegen das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) und verletzt die Eigentumsgarantie (Artikel 14 Abs. 1 GG) dieser Versicherten, weil auch die bisher gebildeten Alterungsrückstellungen und Anwartschaften dieser Personen entwertet werden.

Soweit die Sichtweise der Privaten Krankenversicherer.

**Kritisch** ist dazu folgendes anzumerken:

Auch ein freiwilliger Wechsel von PKV - Versicherten zu einem anderen Privaten Krankenversicherungsunternehmen läßt für diese Versicherten die Alterungsrückstellungen verfallen, und ebenso droht denjenigen PKV - Versicherten, die faktisch nicht die Option haben innerhalb der Privaten Krankenversicherung zu wechseln (Versicherte bei denen der Wechsel bereits an der Abschlußfreiheit des Zielversicherers scheitert oder der Übertritt durch die fehlende ökonomische Perspektive verhindert wird) eine dauerhafte Verschlechterung ihrer Versorgungsposition.

Es erscheint widersprüchlich, daß im Falle des erzwungenen Wechsels von PKV - Versicherten die mit den Alterungsrückstellungen gebildeten Anwart-

schaften den Schutz der Eigentumsgarantie nach Art 14 Abs. 1 GG genießen, im Falle des freiwilligen Wechsels dagegen nicht.

### **Existenz- und Funktionsrechte der PKV - Unternehmen**

Das Private Versicherungswesen besitzt ein eigenständiges Existenz- und Funktionsrecht, das nach Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG unter verfassungsrechtlichem Bestandsschutz steht. Für die Private Krankenversicherung als Teil der Privaten Versicherungswirtschaft konkretisiert sich dieser Bestandsschutz - aus Sicht der Privaten Krankenversicherung - in besonderer Weise.

- a) Tragendes Prinzip der Privaten Versicherung in Deutschland ist die Fähigkeit der Versicherungsunternehmen, ihre Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen *dauerhaft* erfüllen zu können. Für die Private Krankenversicherung gilt dieser Grundsatz noch verstärkt, weil sie eine besondere Sicherungsfunktion zu erfüllen hat.

Indem der Gesetzgeber die *Dauerhaftigkeit* zum zwingenden Prinzip der substitutiven Krankenversicherung erhoben hat, hat er nach herrschender Auffassung den der Privaten Krankenversicherung zugewiesenen Teil des Krankenversicherungsmarktes unter dauerhaften Fortsetzungsschutz gestellt; denn ohne einen solchen gleichzeitigen Fortsetzungsschutz könnten die PKV - Unternehmen die gesetzliche Forderung nach Dauerhaftigkeit nicht erfüllen.

Würden ihnen nämlich Teile des Versicherungsbestandes genommen oder würde der unverminderte Neuzugang mit der Folge der dann nicht mehr möglichen Erneuerung der kollektiven Versicherungsbestände gesetzlich abgeschnitten, so würden die Versicherungsbestände unaufhaltsam vergraisen. Der Gesetzgeber würde mit einer derartigen Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen selbst verhindern, daß die PKV - Unternehmen ihren unter dem Schutz des Allgemeininteresses stehenden gesetzlichen Auftrag erfüllen könnten. Dies verstieße gegen das Verfassungsgebot der Widerspruchsfreiheit von Gesetzen.

Mit dem Dauerhaftigkeitsgebot hat sich der Gesetzgeber eine Selbstbindung auferlegt, die ihn nun auch verfassungsrechtlich an einer weiteren Beschränkung des Tätigkeitsgebietes der Privaten Krankenversicherung hindert. „Damit hat sich das nach Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG bestehende eigenständige Existenz- und Funktionsrecht der PKV -

*Unternehmen in jedem Fall für den der PKV bisher zugewiesenen Umfang der Kranken- und Pflegeversicherung verfestigt. In diesen verfassungsrechtlich unangreifbar gewordenen Rechtsbestand kann der Gesetzgeber nunmehr endgültig nicht mehr eingreifen“ (Boetius, 1998, S. 38).*

- b) Die Abhängigkeit der Morbidität vom Alter ist ein Wesensmerkmal der gesamten Krankenversicherung. Dies gilt für GKV und PKV gleichermaßen. Mit zunehmendem Alter steigt das Krankheitskostenwagnis (insbesondere unter den Gesichtspunkten Krankheitshäufigkeit, -schwere, -dauer) progressiv, nicht linear. Für die Funktionsfähigkeit aller Krankenversicherungssysteme ist dies insofern von Bedeutung als die kollektiven Versicherungsbestände eines jeden Systems sich durch dauerhaften Neuzugang junger Risiken laufend erneuern müssen, um die steigenden Alterslasten auszugleichen. Ist der Neuzugang dauerhaft abgeschnitten, vergeisen die kollektiven Versicherungsbestände. Die im Kollektiv zu erbringenden Beiträge steigen in unbezahlbare Größenordnungen und lassen das gesamte System kollabieren.

Diese Folgen treten nach Auffassung der Privaten Krankenversicherer ein, wenn der Gesetzgeber die VPG über die bisherige Grenze hinaus erhöht. Zwar mag durchaus wegen der verfassungsrechtlich notwendigen Befreiungsrechte der in die Pflichtversicherung fallenden Privatversicherten kurzfristig kein negativer Wanderungseffekt für die Private Krankenversicherung entstehen. Entscheidend ist vielmehr, daß langfristig der Neuzugang junger Risiken abgeschnitten wird, so daß die schließliche Vergreisung nicht aufzuhalten ist. Die PKV - Unternehmen könnten die Vergreisung auch nicht abwenden, weil sie wegen der auf Langfristigkeit angelegten sozialen Funktion der Krankenversicherung gleichzeitig daran gehindert sind, sich durch Kündigung von den Lasten der älteren Versicherten zu trennen. Derselbe Gesetzgeber verpflichtet die PKV zu ihrem sozialen Auftrag und würde sie zugleich an dessen Erfüllung hindern.

Soweit die Sichtweise der Privaten Krankenversicherer.

### **Verfassungsrechtliche Grenzen**

Die Historie der Gesetzlichen Krankenversicherung ist dadurch gekennzeichnet, daß der Gesetzgeber ihr Tätigkeitsgebiet bei gleichzeitiger Einschränkung desjenigen der Privaten Krankenversicherung ständig erweitert hat, indem die Ver-

sicherungspflicht bei der GKV auf immer neue Bevölkerungskreise ausgedehnt wurde.

Siehe dazu ausführlich den Historischen Teil S. 13 f.

Diese Entwicklungstendenz hat regelmäßig die Frage nach den verfassungsrechtlichen Grenzen einer weiteren Ausdehnung der Gesetzlichen Krankenversicherung und einer entsprechenden Zurückdrängung der Privaten Krankenversicherung aufgeworfen.

Siehe dazu ausführlich Leisner, 1974, S. 22 f.<sup>56</sup>, Isensee, 1980, S. 10 f.<sup>57</sup>, Scholz, 1991, S. 20 f.<sup>58</sup>, Papier, 1992, S. 13, 22<sup>59</sup>

Tragendes Prinzip für die zwangsweise Zuweisung von Personen zur GKV ist die soziale Schutzbedürftigkeit, deren Grenzen das Subsidiaritätsprinzip zieht. Das bedeutet nach Auffassung dieser Autoren, daß die Gesetzliche Krankenversicherung sich schon verfassungsrechtlich nicht über den Kreis der sozial Schutzbedürftigen hinaus erweitern darf und daß Gesetzliche und Private Krankenversicherung prinzipiell gleichrangig nebeneinander stehen.

Das Subsidiaritätsprinzip stellt hohe Anforderungen an den Begründungszwang des Gesetzgebers, wenn er die Grenze zwischen GKV und PKV zu Lasten der privatwirtschaftlichen Ordnung verändern will.

Die Begründung dafür, daß die Anhebung der VPG/BBG für die Funktionsfähigkeit des Sozialen Sicherungssystems unerläßlich sei, wird der Gesetzgeber - nach Auffassung der Privaten Krankenversicherer - aus folgenden Gründen nicht führen können:

- a) So lange das vorhandene Sozialversicherungssystem nachhaltige Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist, die nicht zur Stabilisierung der Sozialversicherung eingesetzt werden, dürfen schärfere Mittel wie z. B. die Zurückdrängung der privatwirtschaftlichen Ordnung nicht ergriffen werden.
- b) Die Forderung nach Anhebung der VPG/BBG gründet sich auf die These, daß die Gesetzliche Krankenversicherung vorrangig ein Einnahmenproblem habe, das nur auf diese Weise gelöst werden könne. Wesentliche Annahmen, die zu dieser Hypothese führen, sind jedoch zweifelhaft.

- c) Der Gesetzgeber wird sich mit verfassungsrechtlicher Relevanz entgegenhalten lassen müssen, er verfolge sachfremde Zwecke, wenn er die Anhebung der VPG/BBG mit unzutreffenden Argumenten begründet.

Eine gegenteilige Auffassung vertritt Renate Jäger, Berichterstatterin für Sozialrecht am Ersten Senat des Bundesverfassungsgerichtes. Ihr zufolge verstößt die von der Bundesregierung geplante Erhöhung der VPG nicht zwangsläufig gegen die Verfassung. Denn das Tätigkeitsfeld für die Private Krankenversicherung ergebe sich aus der Abgrenzung von einer *funktionsfähigen* Solidargemeinschaft in der Sozialversicherung. Letztere wiederum müsse sich am Gemeinwohl orientieren, wobei dem Gesetzgeber ein großer Ermessensspielraum bleibt. Die sogenannte „Friedensgrenze“, die definiert von welcher Einkommenshöhe an ein Arbeitnehmer aus der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung wechseln darf, sei verfassungsrechtlich nicht relevant (zitiert nach Mihm, 2002, S.14<sup>60</sup>).

Nach Abwägung des Für und Wider überwiegen die negativen Aspekte, so daß der Vorschlag einer Anhebung der VPG/BBG abzulehnen ist.

### **3.7.2.2.2 Vorschlag 2: Einführung von Wechslerprämien**

In der Sozialpolitik wird darüber hinaus die Einführung von Wechslerprämien vorgeschlagen.

Der Vorschlag nach einer derartigen Einführung von Wechslerprämien wird durch eine jüngere Studie gestützt: Das Gutachten von Lauterbach, Wille im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen, des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes, des AOK-Bundesverbandes und des IKK-Bundesverbandes. Es führt eine Wechslerkomponente zur genaueren Abschätzung der Morbidität in den RSA ein.

Das Ziel der sogenannten Wechslerkomponente ist ein Ausgleich zwischen aufnehmenden und abgebenden Kassen, der der Risikoentmischung begegnet ohne die Wechselmöglichkeit der Versicherten einzuschränken. „*Damit wird der Wettbewerb auf eine fairere Grundlage gestellt*“ (Lauterbach, Wille, 2001, S. 48<sup>61</sup>).

Um diesen Ausgleich herbeizuführen sind mehrere methodische Fragen vorab zu klären:



- Wie ist ein Wechsler zu definieren ?
- Wie kann das Meldeverfahren unbürokratisch und manipulationssicher erfolgen ?
- Wie lange soll der wechselnde Versicherte den Wechslerstatus behalten ?
- Welche Folgen treten ein, wenn der Versicherte innerhalb dieser Frist mehrmals wechselt ?
- Welche Folgen ergeben sich, wenn der Versicherte nicht innerhalb der GKV wechselt ?
- Welche Verfahren zur Berechnung der Höhe der Wechslerkomponente gibt es und welches ist das methodisch befriedigendste ?

Die Wechslerkomponente beruht auf folgendem Grundgedanken:

Voraussetzung für die Wechslerkomponente ist der Unterschied in den Leistungsausgaben bzw. dem Beitragsbedarf zwischen vergleichbaren Wechslern und Nichtwechslern.

Bei Wechslern ist infolgedessen ein Anreiz durch niedrige Beiträge von aufnehmenden Krankenkassen gegeben.

Ein derartiger Wechsel löst die Wechslerkomponente aus. Es findet aber kein Transfer von Geldsummen statt; vielmehr wird die Wechslerkomponente im Rahmen des bisherigen RSA verrechnet.

Fallen die Voraussetzungen weg, etwa weil sich die Unterschiede zwischen Wechslern und Nicht - Wechslern angeglichen haben, fällt die Wechslerkomponente ohne weiteren Eingriff des Gesetzgebers im Extremfall auf Null.

Diese Studie mißt die Wirkungen einer Einführung der *Wechslerkomponente* in Änderungen der Beitragssätze und der Versichertenzahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Wechsel in die PKV oder aus der PKV und deren Auswirkungen auf die Beitragssätze und die Versichertenzahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden dagegen definitionsgemäß ausgeblendet.

Für den Fall einer Einführung der Wechslerkomponente sagt die Studie ein Senkungspotential von rd. 1,10 Beitragssatzpunkten bzw. ein Steigerungspotential von 0,30 Mio. Versicherten für eine Modell - AOK Y voraus.

### **Kritische Anmerkungen zur Wechslerkomponente**

Die von Lauterbach, Wille vorgeschlagene Wechslerkomponente ist ein eher *systemfremder* Eingriff in den bis 2002 praktizierten RSA, auch wenn Lauterbach, Wille behaupten, die Wechslerkomponente lasse sich problemlos und mit geringem Aufwand kurzfristig in das bis dato bestehende Verfahren integrieren.

Die Studie von Lauterbach, Wille weist insbesondere folgende Schwächen auf:

Zwar hat das Gutachten empirisch gezeigt, daß das Kriterium „Kassenwechsel“ ein gutes Merkmal ist, um die Höhe der Leistungsausgaben für einen Versicherten abschätzen zu können. M. a. W. haben Versicherte, welche ihre Kasse wechseln, eine geringere Morbidität als Nicht - Wechsler. Aber damit ist noch kein zwingender *kausaler* Zusammenhang - wie Lauterbach, Wille selbst einräumen - gegeben.

Mit der Wechslerkomponente bewegen sich die Autoren insoweit nicht mehr in der Logik des bisherigen RSA.

Methodisch empfehlen Lauterbach, Wille die Ermittlung der Wechslerkomponentenhöhe als Differenz im Beitragsbedarf (in den Leistungsausgaben) von Wechslern gegenüber Nicht - Wechslern innerhalb vergleichbarer Versicherten- gruppen, über alle Kassen hinweg. Die „Ausschüttung“ der Wechslerkomponente solle gemäß der Zahl der abgegebenen Versicherten erfolgen.

Mit dieser Methode werden die durchschnittlichen Leistungsausgaben von Wechslern den standardisierten Leistungsausgaben von Bestandsversicherten, d. s. Wechsler und Nicht - Wechsler gegenübergestellt. M. a. W. es wird keine neue Gruppe von Versicherten, die ihre Kasse wechseln, gebildet und es werden nicht die auf diese Gruppe bezogenen standardisierten Leistungsausgaben in der aufnehmenden Kasse ermittelt.

Dieses Verfahren ist - entgegen Lauterbach, Wille - nicht deckungsgleich mit dem bisherigen RSA - Verfahren.

Aufgrund seiner methodischen Schwächen ist auch die Wirksamkeit des Instrumentes Wechslerkomponente in bezug auf die Erreichung seiner Ziele zu bezweifeln. So ist der Wechslerkomponente eine Überkompensation sowie die

Wirkung eines „Strafzolles“ wegen ihrer Extremwirkungen gegenüber sogenannten virtuellen Krankenkassen vorgeworfen worden.

In Anbetracht dessen kann die Wechslerkomponente schwerlich als Modell für eine Wechslerprämie in Bezug auf die Wechsel in die PKV oder aus der PKV dienen.

### **3.7.2.2.3 Vorschlag 3: Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV**

In der Sozialpolitik wird schließlich ein Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV (systemeübergreifender RSA) vorgeschlagen.

Der Vorschlag nach einem derartigen systemeübergreifenden RSA wird - wegen der Sensibilität des Themas - bisher von keiner Studie gestützt.

Der systemeübergreifende RSA läßt sich mit folgenden Argumenten rechtfertigen: Die unterschiedlichen Risikostrukturen in den einzelnen PKV - Unternehmen sind nicht Ausfluß eines hoheitlich gesetzten, gesetzlichen Zuweisungssystems (wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung), sondern das Ergebnis einer Vielzahl von autonomen Entscheidungen auf der Nachfragerseite des Marktes. Im Unterschied zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Bestandsstrukturen in der Privaten Krankenversicherung also maßgeblich im Wettbewerb um Neukunden „erarbeitet“ und durch den faktisch fehlenden Wettbewerb um Bestandskunden „konserviert“ worden.

Während sich in anderen privaten Versicherungszweigen bei enger werdenden Märkten der Wettbewerb um Versicherte zunehmend in die Bestände hinein verlagert, zielt das Wettbewerbsverhalten der PKV - Unternehmen aufgrund der bestehenden Wechselhemmnisse im wesentlichen darauf ab, mit Hilfe geeigneter Tarifangebote („Lockvogelangebote“) insbesondere Versicherte aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zu attrahieren.

Von Bedeutung für die wettbewerbliche und finanzielle Position der Gesetzlichen Krankenkassen ist, daß mit dieser Entwicklung eine zunehmend schiefe Verteilung von Risikopotentialen einhergeht: So bringen die Zuwanderung von „guten“ Risiken, d. h. Mitgliedern mit einem überdurchschnittlich hohen Einkommen und einer vergleichsweise niedrigen Morbidität, zu den Privaten Krankenversicherungsunternehmen und umgekehrt die Abgänge von „schlechten“ Risiken zur Pflichtversicherung die Gesetzlichen Krankenkassen in finanzielle

Bedrängnis, was c. p. zu einem Beitragsgefälle zwischen Gesetzlichen Krankenkassen und Privaten Krankenversicherungsunternehmen führt.

*Ausgleichsziel* des systemeübergreifenden RSA ist es, den Vorversicherer GKV vor einseitiger Ausspannung guter Risiken oder Abwehr schlechter Risiken seitens der PKV (aktiver Risikoselektion) sowie den Nachversicherer GKV vor einem unerwartet starken Zustrom schlechter Risiken seitens der PKV (passiver Risikoselektion) zu schützen. Im Systemgefüge hat der systemeübergreifende RSA demzufolge eine wettbewerbssichernde Funktion.

Der systemeübergreifende RSA beruht auf dem folgenden Grundgedanken: Die Voraussetzung für einen derartigen RSA sind die Unterschiede in der Morbidität von zuwandernden GKV - Versicherten und nicht - zuwandernden bzw. von abwandernden PKV - Versicherten und nicht - abwandernden.

So bestehen hinreichende Anreize für die PKV - Unternehmen, durch die Kumulation „guter“ Risiken die eigene Wettbewerbsposition zu verbessern. Bei dieser Konstellation ist es einzelwirtschaftlich rational, Ressourcen zur Risikoselektion einzusetzen, für die Krankenversicherung als Ganzes ist die Risikostruktur zu einem bestimmten Zeitpunkt jedoch gegeben und folglich ist Risikoselektion ein funktionsloser Verdrängungswettbewerb.

Ein derartiger funktionsloser Verdrängungswettbewerb löst dann den systemeübergreifenden RSA aus. Er ist eine institutionelle Regelung, die den Versicherern jeglichen Anreiz nehmen soll, Wechsler nach „guten“ und „schlechten“ Risiken zu selektieren. Im Kern hätte eine solche Regelung sicherzustellen, daß bei den Anbietern eine weitgehende „Risikoindifferenz“ gegenüber den potentiellen Nachfragern eintritt, d. h. daß es keine Unterschiede mehr zwischen „guten“ oder „schlechten“ Risiken gibt. Es findet hier ein Transfer von Geldsummen statt.

Fallen die Voraussetzungen weg, etwa weil sich eine weitgehende „Risikoindifferenz“ gegenüber den potentiellen Nachfragern eingestellt und sich das Instrument als wirksam erwiesen hat, fällt der systemeübergreifende RSA ohne weiteres Eingreifen des Gesetzgebers im Extremfall auf Null.

Der Vorschlag mißt die Wirkungen des systemeübergreifenden RSA im Niveau der Ent- und Belastungen sowie in der Varianz der Beiträge für die Mitglieder der beiden Einrichtungen der Krankenversicherung.

Die Verwirklichung des Ziels erfordert konsequenterweise, daß nur die wettbewerbsinduzierten Neuzugänge und umgekehrt Neuabgänge („Übernahmerisiken“) in den systemeübergreifenden RSA einbezogen werden, nicht dagegen die zuweisungsbedingten „Hypothesen der Vergangenheit“ der Gesetzlichen Krankenversicherung („Komplementärrisiken“). Das bedeutet, daß die PKV *nicht* in den RSA zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen einbezogen, sondern ein *neues* System eines RSA zwischen GKV und PKV eingeführt wird, welches nach folgenden *neuen* Regeln abläuft.

### **Konzeptionelle Grundlagen**

Um die Funktionalität und konzeptionelle Ausgestaltung zu vereinfachen, werden im folgenden nur Übertritte zur PKV in die Betrachtung einbezogen. Im übrigen gelten die neuen Regeln für den systemeübergreifenden RSA auch PKV - intern, d.h. für Unternehmenswechsel innerhalb der PKV.

Im Falle eines Unternehmenswechsels innerhalb oder zwischen PKV und GKV verpflichten sich die PKV - Unternehmen alle zuwandernden Risiken aus unternehmensfremden Beständen der substitutiven Krankenversicherung aufzunehmen (Kontrahierungszwang).

Damit der beabsichtigte Wettbewerb nicht leerläuft, müßten sich die PKV-Unternehmen ferner verpflichten, bei allen Zugangsrisiken von einer risikoäquivalenten Prämien-/Leistungs-Differenzierung abzusehen (Differenzierungsverbot).

Bezüglich der Wartezeit verpflichten sich die PKV - Unternehmen ferner die Zugänge aus anderen PKV - Unternehmen nicht schlechter zu stellen als Zugänge aus anderen Sicherungssystemen -GKV- (Wartezeitanrechnung).

Was die Rückstellungen betrifft, sichert das jeweils aufnehmende PKV -Unternehmen zu, die vom Unternehmenswechsler beim Vorversicherer angesparten rechnungsmäßigen Alterungsrückstellungen bei der Tarifierung des Neuzugangs entsprechend zu berücksichtigen (Rückstellungenanrechnung).

Um den Kontrahierungszwang, das Differenzierungsverbot und die Wartezeitanrechnung finanziell zu kompensieren, ist ferner ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich erforderlich. Ein derartiger institutioneller Risikoausgleich resultiert aus den interdependenten Bestandsstruktur- und Wettbewerbswirkungen der beiden Aufnahmebedingungen Kontrahierungszwang und

Differenzierungsverbot. Die Rückstellungsanrechnung würde schließlich die Übertragung der jeweils vorhandenen rechnungsmäßigen Alterungsrückstellungen auf das nachversichernde Unternehmen erfordern. Siehe dazu Terhorst, 2000, S. 212 f.

Statt der herkömmlichen hat die Tarifierung von zuwandernden PKV- und sonstigen Versicherten auf der Basis des Risikos eines „Normalversicherten“ zu erfolgen, hat sich also am „Normalrisiko“ des angewählten Kollektivs zu orientieren. Die Tarifierung nach dem „Normalrisiko“ bedeutet für das aufnehmende PKV - Unternehmen jedoch nichts anderes als daß es für das darunterliegende „Unterhangrisiko“ einen „Übervorteilsausgleich“ zahlen muß und demzufolge ohne zusätzlichen systemeübergreifenden RSA in der Lage wäre, diesen „Übervorteil“ auf die gesamte Versichertengemeinschaft zu verteilen.

Das für die Tarifierung eines Neuzugangs maßgebliche „Normalrisiko“ einer alters- und geschlechtsabhängigen Risikogruppe kommt in der Morbidität bzw. Größe des Kopfschadens zum Ausdruck, d. h. in der auf einen Kollektivversicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistung pro Jahr. Die am Ende der Rechnungsperiode den jährlichen Kopfschaden bzw. das „Normalrisiko“ unterschreitenden Aufwendungen für einen bestimmten Versicherten sind also Ausdruck des - durch Prämie und Alterungsrückstellung - übergedeckten „Unterhangrisiko“ und können als „Übervorteil“ bezeichnet werden.

Da in einem Versicherungsvertrag der PKV einerseits mehrere Personen versichert und andererseits für jede versicherte Person unterschiedliche Tarife vereinbart sein können, erscheint es zweckmäßig, den „Übervorteil“ auf die kleinste versicherungstechnische Einheit zu beziehen: den Tarifversicherten.

Da für einen potentiellen „Übervorteilsausgleich“ nur diejenigen Tarifversicherten von Bedeutung sind, die aus der GKV zugewandert sind, sollen diese im folgenden als „Übernehmerisiken“ (genauer „Übernahmechancen“) und deren auszugleichende „Übervorteile“ als zugangsinduzierte „Übervorteile“ bezeichnet werden. Die übrigen Risiken, d. h. diejenigen Tarifversicherten, die zum gewachsenen Bestand eines PKV -Unternehmens gehören, sollen dagegen als „Komplementärrisiken“ bezeichnet werden.

Für den einzelnen PKV - Versicherer stellen die zugangsinduzierten „Übervorteile“ gewissermaßen das „geronnene“ „Unterhangrisiko“ dar, welches er

unter Verzicht auf eine risikogerechte Prämie während des Ausgleichjahres erlangt hat. Um diesen PKV - Versicherer ex post in eine risikoäquivalente Position zu bringen, müßten ihm demzufolge derjenige „Übervorteil“ abverlangt werden, der ihm aus der Übernahme fremder GKV - Bestandsrisiken zugute gekommen ist. Eine solche Vorgehensweise würde jedoch im Prinzip auf einen reinen Ausgabenausgleich hinauslaufen. Damit ein möglicher „Übervorteilsausgleich“ nicht zu Anreizverzerrungen führt, muß sichergestellt sein, daß der Ausgleich zugangsinduzierter „Übervorteile“ mit den *tatsächlichen* Leistungsausgaben des einzelnen PKV - Versicherers möglichst wenig zu tun hat.

Zur Lösung dieses Problems könnte auf die Daten des § 103 a VAG zurückgegriffen werden. Gelänge es etwa, aus den Auszahlungs- und Rechnungsschäden aller am Markt tätigen Privaten Krankenversicherer sogenannte „standardisierte“ Erstattungsquoten zu bilden, wären Aussagen darüber möglich, in welcher Höhe die zurückliegenden Rechnungsschäden der Unternehmen im *Branchendurchschnitt* erstattet worden sind. Mit Hilfe dieser Quoten, die alters- und geschlechtsabhängig sowie getrennt nach Leistungsarten zu ermitteln wären, könnten dann die während des Abrechnungszeitraums in den Unternehmen angefallenen zugangsinduzierten Rechnungs(unter)schäden in standardisierte Auszahlungs(unter)schäden transformiert werde. Die Summe dieser standardisierten Auszahlungs(unter)schäden über alle Unternehmen hinweg würde dann das Ausgleichsvolumen ergeben, das anschließend systemeübergreifend auszugleichen wäre.

### **Kritische Anmerkungen zum systemeübergreifenden RSA**

Der Vorschlag eines systemeübergreifenden RSA beruht auf Annahmen, die nur bedingt realistisch sind. Seine wesentlichen Schwächen sind:

- 1) Die Annahme, daß die fiskalischen Effekte eines derartigen RSA bedeutsam sein werden. In Wirklichkeit ist zunächst die Quersubventionierung der PKV an die GKV den fiskalischen Effekten aus dem (geplanten) systemeübergreifenden RSA gegenzurechnen. Siehe zur Quersubventionierung der PKV an die GKV „Allgemeine Wettbewerbsbedingungen“ S. 146 f. Unter der Prämisse der künftigen Tarifierung auf Basis des „Normalrisikos“ wird ferner der Anreiz zur Zuwanderung zur PKV deutlich nachlassen, wenn man rationales Verhalten der Versicherten unterstellt, da vom PKV -

Aufnahmeversicherer gegenüber bisher markant höhere Prämien berechnet werden müssen, was den fiskalischen Effekt deutlich dämpfen dürfte<sup>a</sup>.

- 2) Die Annahme daß die fiskalischen Effekte in einer „gesunden“ Relation zum damit verbundenen administrativen Aufwand stehen. Tatsächlich fallen die fiskalischen Effekte - wie gesagt - vermutlich eher bescheiden aus, wohingegen der administrative Aufwand für den systemeübergreifenden RSA als sehr hoch anzusehen ist.
- 3) Die Annahme, daß der systemeübergreifende RSA wirksam ist und es dadurch nahelegt, daß auch die mit ihm verfolgten Ziele erreicht werden. In Wirklichkeit nimmt diese institutionelle Regelung keineswegs mit Sicherheit den Versicherern jeglichen Anreiz, Wechsler nach „guten“ und „schlechten“ Risiken zu selektieren. Damit träte bei den Anbietern auch keine vollständige „Risikoindifferenz“ gegenüber den potentiellen Nachfragern ein.
- 4) Die Annahme, daß die nach unterschiedlichen Regeln ablaufenden Risikostrukturausgleiche - RSA zwischen Gesetzlichen Krankenkassen vs. systemeübergreifender RSA - miteinander kompatibel sind und sich der systemeübergreifende RSA problemlos und mit geringem Aufwand bewerkstelligen lasse. In Wirklichkeit werden sich die Schwachstellen erst in der Praxis zeigen, da mit dem systemeübergreifenden RSA völliges Neuland betreten würde.
- 5) Die Annahme, daß im Ausland Erfahrungen mit einem systemeübergreifenden RSA vorliegen und diese Erfahrungen auf die deutschen Verhältnisse übertragen werden können. In Wirklichkeit praktiziert - mit Ausnahme der Niederlande - keines der von uns untersuchten Länder einen derartigen RSA.
- 6) Die Annahme, daß eine Systemtransformation der Privaten Krankenversicherung hin zu einem System, in welchem mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und mehr Wettbewerb zwischen den Privaten Krankenversicherern gegeben ist, relativ problemlos und mit geringem Aufwand umzusetzen sei. Zu den Elementen einer wahlfreiheits- und wettbewerbsorientierten PKV - Reform siehe oben „Konzeptionelle Grundlagen“ S. 227 f. In Wirklichkeit fehlen bisher alle Elemente einer derartigen PKV - Reform.

---

<sup>a</sup> Im Vergleich zu einem unverminderten Anreiz zur Zuwanderung zur PKV bei Unterstellung eines irrationalen Verhaltens der Versicherten angesichts markant höherer Prämien seitens des PKV - Aufnahmeversicherers und kräftiger fiskalischer Effekte erscheint uns die erste Variante als die wahrscheinlichere.



Wegen der genannten Schwächen kann dem Vorschlag „Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV“ nicht zugestimmt werden

### **3.7.2.3 Handlungsstrategie 3: „Schöpferische Zerstörung“ der Exit - Option durch die Einführung eines Exit - Zwanges**

Infolge der Schwächen der ersten und zweiten Handlungsstrategie wird für eine dritte Handlungsstrategie votiert, nämlich eine „schöpferische Zerstörung“ der Exit - Option durch die Einführung eines Exit - Zwanges. Auf die Begründung hierfür wird weiter unten näher eingegangen.

### **3.7.3 Votum**

Die Einführung einer GKV - Ausscheidgrenze ist keine isolierte Reformmaßnahme, sondern steht im Zusammenhang mit einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens.

#### **3.7.3.1 Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung**

Dieser Reformvorschlag nimmt zunächst eine Zweiteilung der Gesundheitsversorgung in

- erstens: akute medizinische Behandlung sowie
- zweitens: dauerhafte medizinische Betreuung vor.

Das Krankenversicherungssystem wird dann in zwei Finanzierungssegmente eingeteilt, die im wesentlichen der Zweiteilung der Gesundheitsversorgung entsprechen.

Die Kernelemente des reformierten Krankenversicherungssystems sind die folgenden:

Erstens: Weniger kostspielige, versicherbare und Kurzzeiterkrankungen (sogenannte leichte Risiken) werden künftig durch die Krankenkassenversicherung, der *nur* die Pflichtversicherten beitreten müssen, bzw. durch Private Versicherungen bei welchen sich die Nichtversicherungsberechtigten versichern können

abgedeckt. Arbeitnehmer, deren Einkommen *unterhalb* der Versicherungspflichtgrenze liegt, sowie Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind pflichtversichert; sie haben die Möglichkeit sich bei einer Krankenkasse ihrer Wahl zu versichern (*Krankenkassenversicherung*). Arbeitnehmer, deren Einkommen *oberhalb* der Versicherungspflichtgrenze liegt, Selbständige und Beamte müssen ausschließlich auf Private Versicherungen zurückgreifen, da eine freiwillige Mitgliedschaft in den Gesetzlichen Krankenkassen für sie nicht möglich ist.

Definiert sind weniger kostspielige, versicherbare und Kurzzeiterkrankungen dadurch, daß die Wahrscheinlichkeit zu erkranken hoch ist, die Kosten im Eintrittsfall aber nur von Pflichtversicherten nicht oder nur schwer getragen werden können. Die diesbezügliche Versicherung wird im folgenden mit dem Begriff "*Versicherung gegen allgemeine Krankheitskosten*" belegt. Dagegen können die fraglichen Kosten von Nichtversicherungsberechtigten selbst übernommen oder auf private Versicherungen übertragen werden (Absicherung sogenannter *Bagatellschäden*).

Dabei kann es um zeitlich begrenzte Krankenhausaufnahme, begrenzte medizinische und zahnmedizinische sowie heilhilfsberufliche Hilfe gehen.

Zweitens: Kostspielige, nicht zu versichernde und langwierige Krankheiten (sogenannte schwere Risiken) werden künftig durch eine *Volksversicherung*, der alle Einwohner zwangsweise angehören müssen, abgedeckt. Die Durchführung dieser Volksversicherung kann den Gesetzlichen Krankenkassen *und* den Privaten Krankenversicherungen obliegen.

Definiert sind kostspielige, nicht zu versichernde und langwierige Krankheiten dadurch, daß die Wahrscheinlichkeit zu erkranken gering ist, die Kosten im Eintrittsfall aber von kaum jemanden getragen werden können (Absicherung sogenannter *Großschäden*). Für die diesbezügliche Versicherung wird im folgenden der Begriff "*Versicherung gegen besondere Krankheitskosten*" gebraucht.

Dabei kann es sich um Krankenhauspflege und Rehabilitationsmaßnahmen ab dem x. Tag (z. B. ab 366. Tag) und eine Vielzahl weiterer Formen (etwa Behandlung *und* Pflege für Behinderte und psychiatrische Patienten) handeln.

Die Reform des Gesundheitswesens baut soweit wie möglich auf den bestehenden Organisationsstrukturen auf

Der Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung sieht - bezogen auf das Krankenversicherungssystem - gegenüber dem gegenwärtig bestehenden System im wesentlichen ein sogenanntes "*Trennsystem*" vor, in welchem die marktwirtschaftlichen Elemente von den planwirtschaftlichen Elementen weitgehend getrennt sind. Diese *Aufgabentrennung* zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Versicherungsunternehmen dürfte der jeweiligen Interessenlage sowie der jeweiligen Eigenart von Sozialversicherung (Versicherungszwang) und Privatversicherung (Versicherungsfreiheit) entsprechen. Das Trennsystem sucht somit die jeweiligen Stärken von Sozialversicherung und Privatversicherung zu kombinieren sowie die jeweiligen Schwächen zu eliminieren.

### **3.7.3.2 Einzelregelungen zur Versicherung gegen besondere Krankheitskosten**

#### **Begründung für eine gesetzliche Versicherung gegen besondere Krankheitskosten**

Die Schaffung einer derartigen Versicherung für die gesamte Bevölkerung ist in der Tatsache von schweren oder langwierigen Krankheiten und Gebrechen sowie der damit verbundenen sehr hohen Kosten begründet. Obwohl das Risiko an sich nicht sehr hoch ist, können die Kosten im Einzelfall von kaum jemanden getragen werden. Risiken dieser Art sind am *freien* Krankenversicherungsmarkt nicht versicherbar.

#### **Wesensmerkmale der Versicherung**

Es wird eine Versicherung gegen besonders große Risiken für die gesamte Bevölkerung geschaffen (nachfolgend V - Versicherung genannt). Die V -Versicherung ist eine gesetzlich geregelte Versicherung. Versichert ist jeder der die im Gesetz festgelegten Kriterien erfüllt. Jeder muß die gesetzlichen Beiträge zahlen, unabhängig davon, ob er die gesetzlichen Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt oder nicht. Von der Beitragspflicht ausgenommen sind nur Versicherungspflichtige, die aus weltanschaulichen Gründen jede Form der Versicherung prinzipiell ablehnen. Diese bezahlen anstelle des Versicherungsbeitrags einen Zuschlag zur Einkommenssteuer.

### **Kreis der Versicherten**

Die V - Versicherung ist eine Volksversicherung. Versichert sind grundsätzlich

- a) Einwohner der Bundesrepublik Deutschland sowie
- b) Personen, die nicht in der Bundesrepublik Deutschland wohnen, die aber aufgrund einer Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland dort lohnsteuerpflichtig sind (vor allem Grenzgänger und Gastarbeiter).

Kinder sind im Rahmen der V - Versicherung *nicht* bei ihren Eltern mitversichert, wie dies bei der Krankenkassenversicherung der Fall ist. Auch gibt es für die Versicherungspflicht keine Altersgrenze.

### **Versicherungsmöglichkeiten bei einzelnen Krankenversicherungsträgern**

Voraussetzung für den Anspruch auf Gesundheitsversorgung ist die Einschreibung bei einem der V - Versicherungs - Durchführungsorgane. Die V - Versicherung entscheidet sich - anders als z. B. die Krankenkassenversicherung - für die *Registrierung*, bei der V - Versicherte, die bereits bei einer Versicherungsgesellschaft gegen *normale* Krankheitskosten versichert sind, auch in bezug auf die V - Versicherung als bei dieser Versicherungsgesellschaft eingeschrieben gelten (Koppelung von V - Versicherung an die Versicherung gegen normale Krankheitskosten)

### **Leistungsansprüche**

V - Versicherte haben Ansprüche auf Leistungen im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung *und* Pflege, der psychiatrischen Versorgung, der Pflege von Behinderten und der Vorbeugung.

Eine Fortentwicklung würde es bedeuten, wenn die Gliederung der V - Versicherung Möglichkeiten böte, der Nachfrage der Versicherten noch mehr zu entsprechen. So könnte die Leistungsanspruchnahme in Versorgungsfunktionen unabhängig von den Versorgungsorganisationen festgelegt werden, wobei nicht länger gesetzlich geregelt ist, welche Ärzte und sonstigen Personen oder Einrichtungen die Leistungen erbringen dürfen. Vielmehr wäre es den V - Versicherungs - Durchführungsorganen freigestellt, entsprechende Verträge mit Leistungsanbietern zu schließen.

Desweiteren würde es dem Versicherten freistehen, anstelle einer Sachleistung sich die entsprechende Geldsumme auszahlen zu lassen, mit der Folge, daß er sich die gewünschte Versorgung selbst kaufen kann ( sogenanntes personen- gebundenes Budget - PGB -).

### **Inanspruchnahme von Leistungen**

Die Leistungen müssen von einem Gremium für Krankenversicherungen zugelassen sein und Leistungen nach dem V - Versicherungs - Gesetz werden i. d. R. von Einrichtungen erfolgen, die mit einem V - Versicherungs - Durchführungsorgan einen Vertrag geschlossen haben. Ein Versicherter, der seine Leistungsanspruchnahme gemäß dem V - Versicherungs - Gesetz geltend machen möchte, muß sich an eine Einrichtung wenden, mit der sein V - Versicherungs - Durchführungsorgan eine Vereinbarung getroffen hat (*Zulassung von Einrichtungen*).

### **Finanzierung**

Die V - Versicherung wird aus den Beiträgen, Selbstbeteiligungen der Versicherten und jährlichen staatlichen Zuschüssen finanziert. Die V - Versicherungs - Beiträge werden - in einer Summe zusammen mit der Einkommenssteuer - unter Zugrundelegung eines zu versteuernden Einkommens von maximal x € pro Jahr erhoben. Dabei sind Beitrags- bzw. Steuerfreibeträge (auch Beiträge für Krankenversicherungen) zu beachten. Die *einkommensbasierte* Versicherung kann mit der Art des versicherten Risikos (schwere Risiken) und einer entsprechenden Finanzierung über eine steuerähnliche Abgabe begründet werden; die *einkommensabhängige* Finanzierung entspricht dem Prinzip der Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit. Dieses läßt sich mit dem finanzwirtschaftlichen *Prinzip des gleichen Opfers* begründen. Dieses Prinzip fordert, daß mit steigendem Einkommen von den Individuen höhere Sozialbeiträge gefordert werden, da die mit höheren Einkommen ausgestatteten Beitragszahler den Verlust einer Geldeinheit weniger stark empfinden als weniger reich ausgestattete (Umlageverfahren).

### **Durchführung/Organisation**

Die Durchführung/Organisation der V - Versicherung obliegt den Krankenkassen *und* den Privaten Krankenversicherungen. Die Krankenkassen sind automatisch Durchführungsorgane der V - Versicherung und müssen daher nicht eigens eine Anerkennung im Sinne des V - Versicherungs - Gesetzes beantragen. Die privaten Krankenversicherungen müssen dagegen ein Zulassungsverfahren durchlaufen.

### **Verträge zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern**

Die V - Versicherung sieht die Erbringung von Leistungen nach dem *Sachleistungsprinzip* vor. Ausnahmsweise kann sich der Versicherte auch die Kosten

für die Leistungen erstatten lassen (Kostenerstattungsprinzip). Den V - Versicherungs - Durchführungsorganen obliegt der sogenannte Sicherstellungsauftrag. Zu diesem Zweck werden von ihnen oder von den von ihnen eingeschalteten Institutionen Verträge mit den Leistungserbringern geschlossen. Diese sogenannten "Mitarbeiter" verpflichten sich die erforderlichen Leistungen für die Versicherten zu erbringen, wohingegen die V - Versicherungs - Durchführungsorgane den zugelassenen Leistungserbringern gegenüber ver-tragspflichtig sind (Kontrahierungszwang).

### **Lenkung und Aufsicht**

Siehe hierzu weiter unten bei Arbeitnehmersversicherung.

### **3.7.3.3 Einzelregelungen zur Versicherung gegen allgemeine Krankheitskosten**

In Deutschland gibt es künftig gemäß der vorstehend beschriebenen *Versicherung gegen besondere Krankheitskosten* für alle Staatsbürger eine Versicherungspflicht in der staatlich organisierten *Grundversicherung*.

Infolgedessen ergibt sich bei den Versicherten weiterer Krankenversicherungsbedarf. Hierfür wird eine *Pflichtmitgliedschaft* bei einer der gegenwärtig 355 Gesetzlichen Krankenkassen für alle Arbeitnehmer, dekretiert, deren Jahreseinkommen die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt, für Rentner und für Personen, die Leistungen der Sozialkassen (Arbeitslosengeld, Sozialhilfe etc.) empfangen (*Krankenkassenversicherung*).

### **Begründung für eine gesetzliche Versicherung gegen allgemeine Krankheitskosten**

Die Pflichtversicherung gegen allgemeine Krankheitskosten für Arbeitnehmer *unterhalb* der Versicherungspflichtgrenze kann mit einer Reihe von Besonderheiten des Gutes "medizinische Behandlung" begründet werden, "die staatliche Eingriffe zwar nicht direkt in das System der Erbringung dieser Leistungen, aber in den Markt für Versicherungen gegen Krankheitskosten rechtfertigen: Das sogenannte Trittbrettfahrer - Problem kann nur durch eine gesetzliche Versicherungspflicht geregelt werden, und Gerechtigkeitsgründe sprechen für eine `soziale` Ausgestaltung dieser Versicherung" (Breyer/Zweifel, 1999, S. 165). Unter dem sogenannten Trittbrettfahrer - Problem versteht man das Nichtabschließen einer Versicherung auf Kosten der Allgemeinheit. Soziale Ausgestaltung dieser Versicherung meint zum einen die Sicherstellung des gleichen

Zugangs zur Gesundheitsversorgung, zum andern den Nachteilsausgleich für Personen, die von der Natur mit einer höheren Krankheitsanfälligkeit ausgestattet worden sind.

### **Wesensmerkmale der Versicherung**

Es wird eine Versicherung gegen leichte Risiken für die Arbeitnehmer geschaffen (nachfolgend A - Versicherung genannt). Die A - Versicherung ist eine gesetzliche Versicherung. Jeder der die im Gesetz festgelegten Kriterien erfüllt, ist zwangsläufig versichert und zur Zahlung der gesetzlichen Beiträge verpflichtet, unabhängig davon, ob er die gesetzlich vorgesehenen Leistungen in Anspruch nimmt oder nicht. Von den Verpflichtungen zur Beitragszahlung ausgenommen sind nur Versicherungspflichtige, die aus weltanschaulichen Gründen jede Form der Versicherung prinzipiell ablehnen. Diese müssen allerdings anstelle des Versicherungsbeitrags einen Zuschlag zur Lohnsteuer zahlen.

### **Kreis der Versicherten**

Die A - Versicherung ist eine Arbeitnehmersversicherung. Versichert sind folgende Kategorien:

- Arbeitnehmer (in der Regel bis zur Vollendung des 65. Lebensjahrs), falls ihr Jahreseinkommen die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt.
- Rentner (in der Regel nach Vollendung des 65. Lebensjahrs). Jeder, der mit Erreichen des besagten Lebensjahres bei der Krankenkasse versichert ist, bleibt im Prinzip weiter krankenkassenversichert ("Bleiben - wo - man - ist - Prinzip").
- Sozialleistungsempfänger (Arbeitslosengeld, Sozialhilfe etc.) sowie
- Selbständige bis 65 Jahre, deren steuerpflichtiges Einkommen die festgelegte Höchstgrenze nicht überschreitet (Selbständige, die materiell nicht besser gestellt sind als o. g. Arbeitnehmer)
- Personen, die 65 Jahre oder älter sind und noch nicht im Rahmen der A - Versicherung pflichtversichert sind, können sich ausnahmsweise *freiwillig* versichern.

Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, können *Partner und Kinder von Versicherten mitversichert* sein: a) der Versicherte bestreitet den Lebensunter-

halt des Mitversicherten, b) der Lohn des Versicherten muß mindestens die Hälfte des Gesamteinkommens des Versicherten und seines Partners ausmachen, c) der Partner muß jünger als 65 Jahre sein und zum Haushalt des Versicherten gehören, d) für Kinder muß ein Anspruch auf Kindergeld bestehen.

### **Versicherungsmöglichkeiten bei einzelnen Krankenversicherungsträgern**

Um Leistungen der A - Versicherung in Anspruch nehmen zu können, muß sich ein Versicherter bei einer Krankenkasse einschreiben lassen. Dabei handelt es sich um einen Verwaltungsakt, der nötig ist, um die aus der Versicherung entstehenden Rechte und Pflichten ausüben zu können. Versicherte können sich bei einer Krankenkasse ihrer Wahl anmelden.

### **Leistungsansprüche**

Die Leistungsansprüche im Rahmen der A - Versicherung umfassen hausärztliche Behandlung, Behandlung durch Angehörige von Heilhilfsberufen, Geburts- und Mutterschaftshilfe, pharmazeutische Leistungen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlung, fachärztliche Behandlung einschließlich Krankenhausaufenthalt, Rehabilitation u. a. m.

### **Leistungsanbieter**

Einrichtungen und Leistungsanbieter können Leistungen nach der A -Versicherung erbringen, wenn sie vom Gremium der Krankenversicherungen zugelassen sind und mit einer Krankenkasse eine Vereinbarung getroffen haben.

Ein Versicherter, der ärztlicher Hilfe bedarf, muß sich an einen Arzt oder eine Einrichtung wenden, mit der seine Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Der Versicherte ist in der Wahl dieser vertraglich verpflichteten Ärzte und Einrichtungen frei. Für die Wahl des Hausarztes gilt eine *Sonderregelung*, denn bei der Einschreibung muß der Versicherte einen Hausarzt angeben. Er kann dann ausschließlich die Hilfe dieses Hausarztes in Anspruch nehmen (Einschränkung der freien Arztwahl).

Der Hausarzt als Türöffner (Gatekeeper) zur fachärztlichen Versorgung wie als Lotse durch integrierte Versorgungssysteme kann damit begründet werden, daß auf diese Weise kostensteigernde Konsultationen mehrerer Ärzte und die damit verbundenen Doppeluntersuchungen und Therapierungen verhindert werden. Die Hausarztfunktion beruht auf der asymmetrischen Informationslage namentlich des schutzbedürftigen Teils der Bevölkerung.



### **Finanzierung**

Die Kosten der A -Versicherung werden hauptsächlich durch die einkommensabhängigen Beiträge der Versicherten, Beiträge im Rahmen der Mitfinanzierung der Überrepräsentation von Senioren in den Krankenkassen durch die Private Krankenversicherung und jährliche staatliche Zuschüsse gedeckt. Bei der Feststellung des beitragspflichtigen Einkommens werden allein *Löhne* oder *Sozialleistungen* berücksichtigt, in der Annahme daß das Einkommen des fraglichen Versichertenkreises hauptsächlich daraus besteht (Umlageverfahren).

Zur Sicherung der Umlagefinanzierung wird ein *demographiebezogener Sozialfonds* eingerichtet. Die Grundidee dieses Sozialfonds besteht darin, die GKV - Ausgaben, die durch die demographischen Veränderungen ausgelöst werden, wenigstens teilweise zu isolieren *und* getrennt zu finanzieren (Kapitaldeckungsverfahren)

### **Durchführung/Organisation**

Die Durchführung der A -Versicherung obliegt den Krankenkassen, welche die Zulassungsbedingungen dieser Versicherung erfüllen. Die Krankenkassen können ihr Arbeits- bzw. Geschäftsgebiet selbst bestimmen.

Dagegen ist es den Krankenkassen zunächst noch untersagt, a) selbst Leistungen zu erbringen, b) ihren Versicherten gegen Entgelt andere Dienste als Leistungen anzubieten, c) sich an einem Leistungsanbieter zu beteiligen. In der A - Versicherung ist vorgesehen, die Möglichkeiten für Krankenkassen auf diesem Gebiet zu erweitern, um ihnen mehr Freiraum im Interesse einer möglichst zielgerechten Leistungsbereitstellung zu gewähren.

Im Rahmen einer *Zusatzversorgung* können von Krankenkassen weitere Leistungen angeboten werden, *sofern* sie im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung stehen. An den Kosten der Leistungen werden die Versicherten beteiligt, um sie zu einem wirtschaftlichen Verhalten zu veranlassen (Selbstbeteiligung).

### **Verträge zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern**

Die Leistungen der A - Versicherung werden in Form von *Sachleistungen* erbracht. Den A - Versicherungs - Durchführungsorganen obliegt der sogenannte Sicherstellungsauftrag. Zu diesem Zweck schließen die Krankenkassen Verträge mit *ausgewählten* Leistungsanbietern ab und rechnen die Leistungen

direkt mit ihnen ab. Eine Kostenerstattung anstelle der Sachleistung ist nicht vorgesehen, da jene zu aufwendig wäre.

Die "medizinische Inflation" stellt in Deutschland - wie in ganz Europa - ein erhebliches Problem dar. Aus diesem Grund sind den Gesetzlichen Krankenkassen Möglichkeiten einzuräumen, durch den Aufbau von gemeinsamen Providernetzen ( das ist die vertragliche Bindung von Ärzten, -netzwerken, Krankenhäusern, Privatkliniken, Heil- und Badeanstalten usw. an die Versicherer) bessere Bedingungen und eine stärkere Stellung gegenüber den Leistungserbringern zu erlangen.

### **Lenkung und Aufsicht**

Die *Lenkung* der Durchführungsorgane des V - Versicherungs - Gesetzes und des A - Versicherungsgesetzes (heutiges SGB V) obliegt einem Gremium der Krankenversicherungen. Die *Aufsicht* über die Durchführung des V - Versicherungs - Gesetzes und des A - Versicherungsgesetzes (heutiges SGB V) wird einem *speziellen* Gremium der Krankenversicherungen übertragen.

### **3.7.3.4 Private Krankenversicherung**

Gemäß den vorstehenden Ausführungen über die Gesetzliche Krankenversicherung ergibt sich für die *Private Krankenversicherung* ein gegenüber bisher deutlich höheres Versichertenpotential, welches im Reifezustand des Systems rd. 40 Prozent der Gesamtbevölkerung umfassen könnte. Darunter fallen Arbeitnehmer, deren Einkommen die gegenüber bisher niedrigere Versicherungspflichtgrenze übersteigt, Selbständige und Beamte.

Bemerkenswert ist, daß diese Bevölkerungskreise ausschließlich auf Private Krankenversicherungen zurückgreifen müssen, da eine freiwillige Mitgliedschaft in den Gesetzlichen Krankenkassen für sie nicht möglich ist.

Aus diesem Grund stellen sich die Privaten Krankenversicherungen auf diese Versichertenkreise ein und bieten eigene Krankenversicherungs - Policen mit folgenden Leistungen an:

- Krankenhausbehandlung
- Allgemeinärztliche Behandlung und Fachärztliche Untersuchung
- Medikamente und Strahlenbehandlung

- Krankentransporte sowie
- Zuschüsse zu den Entbindungskosten

Außerdem sind die Privaten Krankenversicherungen verpflichtet, eine sogenannte "*Standard - Police*" mit staatlich festgelegter Deckung und vorgegebenem Tarif für diejenigen anzubieten, die wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze aus der Gesetzlichen Krankenkasse ausscheiden müssen, insbesondere aber auch für Personen mit einem höheren individuellen Risiko. Diese können dann von einem Privaten Versicherer entweder eine "Standard - Police", und damit die gleiche Deckung wie gesetzlich Versicherte erwerben, oder sich gemäß einem der versicherungseigenen Tarife höher versichern. Die Kostenunterdeckung, die sich bei der "Standard - Police" ergibt, wird durch gesetzliche Regelungen auf die übrigen Privatversicherten abgewälzt. Im Gegensatz zur Krankenkassenversicherung gibt es bei der Standardversicherung kein System der Mitversicherung. Diese Versicherung ist vielmehr eine Individualversicherung. Das gilt sowohl für den Partner als auch für die Kinder des Versicherten, die jeweils beitragspflichtig sind.

Die Begründung für diese Maßnahmen ist, den Zugang zur Krankenversicherung für die bisher freiwillig Versicherten offenzuhalten. Denn ohne derartige Maßnahmen würden die Privaten Versicherer sich weigern, etwa Personen mit einem höheren individuellen Risiko überhaupt zu versichern. Die fraglichen Versicherten müßten dann ohne Krankenversicherungsschutz bleiben. Oder es müßte ihnen die Möglichkeit eingeräumt werden - entgegen dem Ausscheidengebot - in den Gesetzlichen Krankenkassen zu bleiben ("Befreiungsversicherung"); sie würden dann diese Kassen finanziell übermäßig belasten.

Außer den oben beschriebenen Leistungen dürfen Private Krankenversicherungen *Zusatzdeckungen* zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes anbieten, wie z. B. für stationäre Behandlung in höheren Krankenhausklassen (Ein- oder Zwei - Bett - Zimmer) bzw. höhere Arzthonorare und sonstige Kosten.

### 3.7.3.5 Wechsel der Versicherten

Aufgrund der Tatsache, daß die Einschreibung in die Versicherung gegen besondere Krankheitskosten an die vorliegende Versicherung gegen normale Krankheitskosten gekoppelt ist, lassen sich im Falle von zwangsweisen oder freiwilligen Wechseln der Versicherten *zwischen* den öffentlichen und privaten Krankenversicherungsträgern sowie *innerhalb* dieser Krankenversicherungsträger folgende vier Fälle unterscheiden:

- a) Ein Pflichtversicherter wechselt zu einer Privaten Versicherungsgesellschaft, weil sein Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet.  
Er war bisher bei der abgebenden Krankenkasse gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert und ist künftig bei der aufnehmenden Privaten Versicherungsgesellschaft gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert (Fall 1).
- b) Eine privat versicherte Person teilt ihrer Privaten Versicherung mit, daß sie bei einer Krankenkasse eingeschrieben ist, weil ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze unterschreitet.  
Diese Person war bisher bei der abgebenden Privaten Versicherungsgesellschaft gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert und ist künftig bei der aufnehmenden Krankenkasse gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert (Fall 2).
- c) Ein Pflichtversicherter wechselt seine Krankenkasse.  
Er war bisher bei der abgebenden Krankenkasse gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert und ist künftig bei der aufnehmenden Krankenkasse gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert (Fall 3).
- d) Ein freiwillig Versicherter wechselt seine Private Versicherungsgesellschaft.  
Er war bisher bei der abgebenden Privaten Versicherungsgesellschaft gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert und ist künftig bei der aufnehmenden Privaten Versicherungsgesellschaft gegen normale *und* besondere Krankheitskosten versichert (Fall 4).

### 3.7.3.6 Wechsel - Effekte

#### Marginaleffekte an der Ausscheidengrenze

Im Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung können sich diejenigen Personen, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, nicht mehr freiwillig bei den Gesetzlichen Krankenkassen versichern, sondern nur noch bei den Privaten Krankenversicherern (sogenannte Ausscheidengrenze). Die Ausscheidengrenze liege annahmegemäß bei einem Jahresbruttogehalt von 25 200 € für Arbeitnehmer bzw. einem steuerpflichtigen Jahreseinkommen von 20 000 € für Selbständige.

Ziel dieser Maßnahme ist es, die Gesetzliche Krankenversicherung finanziell zu entlasten. Es soll verhindert werden, daß die Privaten Krankenversicherer sich weigern, Personen mit einem höheren individuellen Risiko zu versichern. Darüber hinaus ist ab einem Jahreseinkommen von *gegenwärtig* 40 500 € von einer sozialen Schutzbedürftigkeit nicht mehr auszugehen. Diese wird infolgedessen enger definiert, indem die Versicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze herabgesetzt werden. Den fraglichen Personengruppen wird die Option der freiwilligen Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung genommen; sie haben somit zwangsläufig aus der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuschneiden und müssen sich privat krankenversichern. Die Versicherungspflichtgrenze wird damit zur GKV-Ausscheidengrenze.

Probleme bei der Aufnahme in die Private Krankenversicherung brauchen die betroffenen Versicherten - *auch die älteren unter ihnen* - nicht zu befürchten. Denn bei einem Übertritt der Versicherten jenseits der Ausscheidengrenze wird auf eine Risikoprüfung gänzlich verzichtet. Im übrigen bietet die Private Krankenversicherung mit dem Standardtarif einen Versicherungsschutz, der sowohl bei den Leistungen als auch in den Höchstbeiträgen dem Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Ferner werden für die *Betagteren* unter diesen Versicherten (insbesondere die Rentner) bei der Prämiengestaltung soziale Aspekte angemessen berücksichtigt. Mit der Aufnahme der aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zwangsweise ausgeschiedenen Versicherten wird nicht zuletzt dem weit verbreiteten Unbehagen des "Rosinenpickens" der Privaten Krankenversicherung entgegengewirkt. Denn erstens gilt für die fraglichen Personen ein Kontrahierungszwang in der Privaten Krankenversicherung und zweitens dürfte es sich bei den

betroffenen Personen zumeist um ältere und damit tendenziell kostenträchtigere Versicherte handeln. Die jüngeren Versicherten oder "guten Risiken" bleiben der Gesetzlichen Krankenversicherung somit als Nettozahler erhalten.

Die *beitragsfreie Mitversicherung* von Familienangehörigen im Rahmen der Pflichtversicherung für Arbeitnehmer im *neuen* System impliziert eine Umverteilung zugunsten der Familien. In dieser Pflichtversicherung werden im Rahmen des gesetzlich gewollten Familienlastenausgleichs Umverteilungsziele verfolgt. Der Familienlastenausgleich bzw. der angemessene Schutz der Familie wird zur Sache der betroffenen Versichertengemeinschaft und nicht zur Staatsaufgabe gemacht. Die Durchführung des Familienlastenausgleichs erfolgt *innerhalb* des Sozialversicherungssystems, nicht außerhalb.

Die Freistellung der Kinder von der Beitragspflicht bedeutet, daß der jeweilige Beitragsbedarf auf die beitragspflichtigen Versicherungsnehmer umgelegt werden muß. Gesetzliche Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Kindern in ihrem Versichertenbestand müssen unter sonst gleichen Umständen auch überdurchschnittlich hohe Beitragssätze fordern. Dies ist ein Wettbewerbsnachteil, den die jeweilige Krankenkasse nicht zu vertreten hat. Ähnlich gelagert ist der Fall, daß aus sozialpolitischen Gründen Ehegatten, die Kleinkinder oder Pflegebedürftige versorgen, in der Gesetzlichen Krankenversicherung von einer umfassenden Beitragspflicht ausgenommen sind. Daher ist ein Strukturausgleich zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen geboten.

Für die Einschätzung als hohe bzw. niedrige Risiken ist sowohl die Einnahmenseite als auch die *Ausgabenseite* der *gegenwärtig bestehenden* Gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Dabei sind auf der Einnahmenseite die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sowie die Höhe der Beiträge zu ermitteln. Auf der Ausgabenseite sind die Ausgaben für die Leistungen nachzuweisen.

Auf der Einnahmenseite bestätigt die Statistik die deutlich überproportionale Inanspruchnahme der Familienmitversicherung durch die über der Versicherungspflichtgrenze verdienenden freiwillig Versicherten. Einer geschätzten "Freiwilligen Versicherten - Familienquote" von rd. 50 Prozent steht eine geschätzte "Pflichtversicherten - Familienquote" von nur rd. 30 Prozent gegenüber. Einer der Gründe dafür, daß die Familienquote der ersteren Personengruppe höher ist als die der letzteren Personengruppe liegt darin, daß bei Familien, in denen ein Ehepartner ein hohes Einkommen erzielt, häufig auch nur

dieser Ehepartner in einem Beschäftigungsverhältnis steht. Ein anderer Grund ist darin zu erblicken, daß in einer Ehe, in der beide Ehepartner erwerbstätig sind, Kinder dem Elternteil der Gesetzlichen Krankenversicherung zufallen, der das höhere Einkommen erzielt und damit öfter über der Versicherungspflichtgrenze liegt.

Auf der Ausgabenseite handelt es sich nach der Einschätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und der Technikerkrankenkasse (TKK) bei der Personengruppe der freiwillig Versicherten, die zum Großteil aus besser verdienenden Mitgliedern bestehe, um niedrige Risiken, weil sie einkommensabhängig hohe Beiträge zahlen und bei diesen Personen einschließlich der Familienangehörigen aus "individualgeschichtlichen" Gründen ein besonders sorgsamer Umgang mit dem Gut Gesundheit erfolge, sodaß vergleichsweise geringe Kosten entstünden. Im Gegensatz zu dieser Einschätzung weist die Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" allerdings darauf hin, daß mit zunehmenden Pro-Kopf-Einkommen die absoluten und relativen Ausgaben für Gesundheitsausgaben zunehmen.

Per Saldo werden sich bei der fraglichen Personengruppe die hohen Risiken auf der Einnahmenseite und die niedrigen Risiken auf der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung vermutlich nicht ganz neutralisieren; sie dürften sich eher zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung auswirken.

Aufgrund der fehlenden Datenbasis läßt sich empirisch nicht genau belegen, inwieweit die in der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden freiwillig Versicherten verstärkt Vorerkrankungen aufweisen, die bei der Privaten Krankenversicherung erhöhend in die risikoabhängige Prämie einfließen würden, oder wie hoch bei dieser Personengruppe die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und deren Inanspruchnahme von Leistungen ist.

Die vorstehenden Ergebnisse der aktuellen Statistik dienen als Grundlage für die Berechnung der Marginaleffekte an der Ausscheidegrenze des *neuen* Systems.

Anders als in der Pflichtversicherung für Arbeitnehmer gibt es im Rahmen der Privaten Krankenversicherung im *neuen* System keine Mitversicherung von Familienangehörigen. Diese Versicherung ist - wie im gegenwärtigen System - eine Individualversicherung. Das gilt sowohl für den Ehepartner als auch für die Kinder des Versicherten.

Probleme bei der Aufnahme in die Private Krankenversicherung brauchen die betroffenen Versicherten dennoch nicht zu befürchten.

Hierzu wird das folgende Zahlenbeispiel gegeben:

Es wird eine Familie unterstellt, bestehend aus Vater (40 Jahre), Mutter (35 Jahre) und zwei Kindern, 1. Kind (über 15 Jahren, m.), 2. Kind (unter 15 Jahren, m.). Das Familieneinkommen betrage 6 750 € pro Monat. Der Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung sei 13,7 Prozent, die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze liege auf dem Stand von 2002 bei 3 375 € pro Monat.

Die Familie dieses gut situierten Alleinverdieners entrichtet aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen weniger Beiträge in der gegenwärtigen Gesetzlichen Krankenversicherung als in der künftigen Privaten Krankenversicherung, bei welcher er gegen normale *und* schwere Risiken versichert ist. Dort hat er einen Beitrag von gegenwärtig rd. 460 € pro Monat zu entrichten, wohingegen er in der künftigen Privaten Krankenversicherung für sich und seine Familienangehörigen eine Prämie in Höhe von rd. 660 € pro Monat zu zahlen hätte. Nach Abzug der Arbeitgeberanteile in der *Versicherung gegen besonders große Risiken für Alle* sowie in der *Versicherung gegen normale Krankheitskosten* bleibt der Familie immer noch eine Belastung von etwa 430 € pro Monat, mithin annähernd 200 € pro Monat mehr als in der gegenwärtig bestehenden Gesetzlichen Krankenversicherung, wo der Arbeitnehmer rd. 230 € pro Monat zu entrichten hat.

Betroffen hiervon wären Personenkreise, die heute in der Gesetzlichen Krankenversicherung entgegen den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit privilegiert sind: die einkommensstarken Alleinverdiener - Ehepaare.

Ernsthafte Probleme bei der Aufnahme in die Private Krankenversicherung könnten sich indes bei weniger gut situierten Familien mit zwei oder mehr Kindern ergeben. Diese sozialen Härten wären dann durch geeignete Transfers aus dem allgemeinen Steueraufkommen *außerhalb* des Systems zu finanzieren. Unter der Annahme, daß die Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen nicht mehr als 15 Prozent des Haushalts - Bruttoeinkommens betragen soll und daher die Differenz zu den darüber liegenden Prämien als staatlicher Zuschuß an die betroffenen Versicherten gezahlt wird, kann das



Transfervolumen pro 100 000 betroffener Familien auf rd. 205 Mio € pro Jahr geschätzt werden.

Was das Niveau der relativ niedrigen Marginalbelastung angeht, so sind im wesentlichen zwei Gründe dafür verantwortlich:

Erstens arbeiten in der *Versicherung gegen besonders große Risiken* für die gesamte Bevölkerung Gesetzliche Krankenkassen und Private Krankenversicherer nach gleichen Vorgaben durch den Gesetzgeber, so daß insofern ungleiche Wettbewerbsbedingungen nicht eintreten können.

So dient die gesetzliche Versicherungspflicht insbesondere der Abwehr von „Trittbrettfahrer - Verhalten“ sowie der Umverteilung zugunsten von Personen mit einem erkennbar hohen Krankheitsrisiko (*sozialer Risikoausgleich*). Diese Versicherung ist durch die Festlegung eines Mindestversicherungsumfangs konkretisiert, damit sie nicht durch den Abschluß bloß nomineller Verträge unterlaufen werden kann.

Mit der Errichtung einer derartigen Volksversicherung wirkt sich für sie das „Gesetz der großen Zahl“ aus. Ihre Aufgabe besteht darin, dem einzelnen die Ungewißheit des Risikos abzunehmen und es auf die Schultern vieler zu verteilen (Atomisierung des Risikos). Hierfür hat jeder die gesetzlichen Beiträge zu zahlen, unabhängig davon, ob er die gesetzlichen Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt oder nicht (*versicherungstechnischer Ausgleich*). Infolge des „Gesetzes der großen Zahl“ können günstige finanzielle Beiträge kalkuliert werden.

Im Gegensatz zur Volksversicherung ist zweitens die *Versicherung gegen normale Risiken* als eine Versicherung gegen sogenannte Bagatellschäden gedacht. Sie soll einen über die Grundversicherung hinausgehenden begrenzten Krankenversicherungsschutz bieten: Auf der Leistungsseite können zeitlich begrenzte Krankenhausaufnahme, begrenzte medizinische und heilhilfsberufliche Hilfe sowie zahnmedizinische Hilfe beansprucht werden. Im Rahmen einer Zusatzversorgung können weitere Leistungen angeboten werden. Derartige Möglichkeiten gewähren den Privaten Versicherern einen Freiraum im Interesse einer möglichst zielgerechten Leistungserstellung. Außerdem werden die Versicherten an den Kosten der Leistungen beteiligt, um sie zu einem wirtschaftlichen Verhalten zu veranlassen (Selbstbeteiligung). Auf der Beitragsseite gibt es keine Mitversicherung von Familienangehörigen. Für Kin-

der ist - wie im gegenwärtigen System - eine ermäßigte Kinderprämie vorgesehen.

Per Saldo können die Prämien der Privaten Versicherer gegenüber den gegenwärtigen Prämien recht niedrig kalkuliert werden.

Unter diesen Prämissen sind hohe Marginalbelastungen beim zwangsweisen Ausscheiden von „Grenzmitgliedern“ aus der Pflichtversicherung für Arbeitnehmer wenig wahrscheinlich und sind Befürchtungen von Fehlanreizen zur „Gestaltung des Versicherungsverhältnisses“ weitgehend unbegründet.

Die Einführung einer Ausscheidegrenze erscheint nach dem vorstehend Gesagten durchaus sinnvoll. Die einer solchen Maßnahme zugrundeliegende Annahme, daß von der bestehenden Wahlmöglichkeit Personengruppen profitieren, die aufgrund ihrer Einkommenssituation und ihrer damit verbundenen Leistungsfähigkeit *nicht* der Absicherung durch das Solidarsystem bedürfen, kann bestätigt werden.

### **Wohlfahrtseffekte**

Die niedrige Versicherungspflichtgrenze in der angenommenen Höhe von 25 200 € pro Jahr und deren Einführung als Ausscheidegrenze dürfte dazu führen, daß Deutschland im europäischen Vergleich mit rd. 40 Prozent am gesamten Versichertenpotential im Reifezustand des Systems einen der höchsten Anteile an privat Versicherten aufweisen wird.

Die Konvergenz zwischen Sozialer und Privater Krankenversicherung, die das deutsche System erfahren wird, kann zu einem Großteil durch den erwarteten hohen Anteil an privat Versicherten erklärt werden sowie die damit verbundene sozialpolitische Notwendigkeit, die Privaten Versicherer stärker zu reglementieren.

Die Einführung der niedrigen Ausscheidegrenze wird im Kontext des Systems der zweigeteilten Gesundheitsversorgung gravierende Auswirkungen in bezug auf die Stärke und Belebung des Privaten Versicherungsmarktes ausüben.

Unter den genannten Prämissen kann in bezug auf die *Entstehung von Effizienzgewinnen* eine Verbesserung der Produktionseffizienz (kostenminimale Produktion) und der Allokationseffizienz (veränderte Aufteilung der Gesund-

heitsgüter auf die einzelnen Ausgabenbereiche sowie verringerter Anstieg des gesamtwirtschaftlichen Anteils der Gesundheitsausgaben) erwartet werden.

Der soziale Ausgleich kann - wie bisher - im wesentlichen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden.

Was die *Verteilung der Effizienzgewinne* angeht, so läßt der Quasi-Wettbewerb jene Nutzer des Systems, die mit ihrer wirtschaftlichen Situation unzufrieden sind und über Wechselmöglichkeiten verfügen, zu Gewinnern werden, ohne daß jene Nutzer, die mit ihrer wirtschaftlichen Lage alles in allem zufrieden sind und über wenig oder keine Wechselmöglichkeiten verfügen, zu Verlierern werden. Auf der Anbieterseite wird der Quasi - Wettbewerb jene Unternehmer, die ihre Marktposition als unbefriedigend erachten und über die Möglichkeit verfügen den Preis zu senken, die Qualität zu verbessern, die Werbung zu verstärken, die Vertriebsmethode zu verändern oder den Service zu vervollkommen mit Sondergewinnen belohnen, ohne daß jene Unternehmer, die ihre Marktposition als befriedigend erachten und nicht oder nur wenig über die beschriebenen Möglichkeiten verfügen Gewinneinbußen erleiden.

### **Institutionelle Effekte**

Die erwarteten Wohlfahrtseffekte, die aus der Konvergenz zwischen Sozialer und Privater Krankenversicherung resultieren, werden einen Übergang zu einem wieder besseren Gleichgewicht bewirken, wovon beide Träger der Krankenversicherung profitieren werden.

Denn das Verhältnis von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird in der *Grundversorgung* (d. i. die Gesetzliche Volksversicherung und Gesetzliche Arbeitnehmersversicherung) durch Ausschaltung des Wettbewerbs um Mitglieder und des Wettbewerbs im Leistungsangebot geprägt sein. Innerhalb von GKV bzw. innerhalb von PKV herrscht dagegen Wettbewerb um Mitglieder und im Leistungsangebot. In diesem innersystemaren Wettbewerb sind die Wettbewerbsbedingungen für die einzelnen Krankenkassen bzw. für die einzelnen privaten Krankenversicherer weitgehend die gleichen. Die Ausschaltung des Wettbewerbs *zwischen* Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung läßt erwarten, daß adverse Selektion vermieden werden kann.

Auf der anderen Seite wird das Verhältnis von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in der *Zusatzversorgung* durch Kooperation im Leistungsan-

gebot, d. h. die Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes durch die Private Krankenversicherung bestimmt sein. Innerhalb der Privaten Krankenversicherung unterliegen die einzelnen Privaten Krankenversicherer weitgehend gleichen Startbedingungen. Dies wird zur Selektion guter Risiken seitens der Privaten Krankenversicherer beitragen, was exakt das ist, was den Wettbewerb zur überlegenen Marktform macht.

### 3.7.3.7 Abgrenzung vom gegenwärtig bestehenden System der Krankenversicherung

Der Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung soll nachstehend vom gegenwärtig bestehenden Krankenversicherungssystem abgegrenzt werden, um die Unterschiede beider Systeme deutlich erkennbar zu machen.

Tabelle 3-9: Systemunterschiede zwischen gegenwärtig bestehendem Krankenversicherungssystem und Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung

	<b>Gegenwärtig bestehendes Krankenversicherungssystem</b>	<b>Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung</b>
<b>Krankenversicherungsziele</b>	<p><b>Konfliktträchtige</b> Zielbeziehung zw. Wettbewerbs- u. Solidarziel</p> <p>Im System d. sozialen Sicherheit schließen sich GKV und PKV gegenseitig aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionsloser Verdrängungswettbewerb wg. unzureichender Ausgleichsmechanismen zw. GKV u. PKV (ungeordneter Wettbewerb)</li> <li>• negative Rückwirkungen auf Solidarziel d.GKV i. V. mit GKV-eigenen Problemen (z. B. E`Umverteilung, Demographieanfälligkeit)</li> <li>• Funktionsloser Verdrängungswettbewerb innerhalb d. PKV (mangelnder Leistungswettbewerb)</li> </ul>	<p><b>Harmonieträchtige</b> Zielbeziehung zw. Wettbewerbs- u. Solidarziel</p> <p>Im System d. sozialen Sicherheit ergänzen und fördern sich GKV u. PKV gegenseitig i. Rahmen einer übergeordneten Einheit.</p> <p><b>Neudefinition d. Aufgaben d. GKV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenständige Versicherg. gg. schwere Risiken f. Alle</li> <li>• Eigenständige Versicherung gg. leichte Risiken f. Arbeitnehmer unterh. VPG</li> <li>• Sozial schutzbedürftiger Personenkreis enger gefaßt</li> </ul> <p><b>Neudefinition d. Aufgaben d. PKV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialpol. Aufgabe i. d. Grundversorgg.</li> <li>• Erwerbswirtschaftl. Aufgabe i. d. Zusatzversorgung</li> </ul> <p>(Neudefinition d. Solidar- und Wettbewerbsziele)</p>

	<b>Gegenwärtig bestehendes Krankenversicherungssystem</b>	<b>Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung</b>
<b>Krankenversicherungsinstrumente</b>	<p><b>Mikroökonomische Steuerung</b></p> <p><b>Nachfrageseite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenige od. keine Leistungsausschlüsse i. d. GKV</li> <li>• Geringe Selbstbeteiligung d. Vers. i. d. GKV</li> <li>• Keine Entlastung d. GKV wg. Exit-Option an d. VPG</li> </ul> <p><b>Angebotsseite</b></p> <p><b>Rationierung i. Gesundheitswesen</b></p> <p>Rationierungsmaßnahmen, die sich auf Gesundheitsleistungen mit <i>günstigem</i> Kosten-Nutzen Verhältnis erstrecken (z. B. i. d. Ärztebehandlg. u. i. d. Krankenhausbehandlg.)</p> <p><b>Administrative Qualitätssicherung i. Gesundheitssystem</b></p> <p>Qualitätsprobleme i. d. Versorgungsbereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prävention</li> <li>- Altersgruppenspezifische Versorgung</li> <li>- Kooperation u. Integration</li> <li>- Aus-, Weiter- u. Fortbildung</li> <li>- Fortschritt und Forschung etc.</li> </ul> <p>Institutionelle Besonderheiten, die Anreize f. Leistungsanbieter setzen, Einkommenserhöhungen durch Verminderung d. Qualität zu realisieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Leistungsausschlüsse i. d. GKV</li> <li>• Mehr Selbstbeteiligung d. Vers. i. d. GKV</li> <li>• Entlastung durch GKV-Ausschneidegrenze</li> </ul> <p><b>Rationierung i. Gesundheitswesen</b></p> <p>Rationierungsmaßnahmen, die sich auf Gesundheitsleistungen mit <i>ungünstigem</i> Kosten-Nutzen Verhältnis erstrecken (z. B. i. d. Ärztebehandlg. u. i. d. Krankenhausbehandlg.)</p> <p><b>Administrative Qualitätssicherung i. Gesundheitssystem</b></p> <p>Qualitätssicherungsmaßnahmen i. d. Versorgungsbereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prävention</li> <li>- Altersgruppenspezifische Versorgung</li> <li>- Kooperation u. Integration</li> <li>- Aus-, Weiter- u. Fortbildung</li> <li>- Fortschritt und Forschung etc.</li> </ul> <p>Institutionelle Besonderheiten, die Anreize f. Leistungsanbieter setzen, Einkommenserhöhungen durch Erhöhung d. Qualität zu realisieren.</p>

	<b>Gegenwärtig bestehendes Krankenversicherungssystem</b>	<b>Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung</b>
<b>noch:Krankenversicherungs-instrumente</b>	<p><b>Allokative Effizienz auf Gesundheitsmärkten</b></p> <p>Ineffizienz von Einkaufsmodellen wg.</p> <p>Marktstruktur (z. B. Monopolmacht d. Anbieter)</p> <p>Motivation d. Anbieter u. Nachfrager (z. B. Principal-Agent-Problem)</p> <p>Informations- u. Transaktionskosten (z.B. über neue Anbieter)</p> <p>Klassische Bedingungen f. effiziente Märkte werden d. Quasi-Gesundheitsmärkte nur unvollkommen simuliert</p> <p><b>Makroökonomische Steuerung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Alterungsrückstellungen i. d. GKV</li> </ul>	<p><b>Allokative Effizienz auf Gesundheitsmärkten</b></p> <p>Effizienz von Einkaufsmodellen wg.</p> <p>Marktstruktur (z. B. Polypol d. Anbieter)</p> <p>Motivation d. Anbieter u. Nachfrager (z. B. Lösung d. Principal-Agent-Problems)</p> <p>Informations- u. Transaktionskosten (z.B. über neue Anbieter)</p> <p>Klassische Bedingungen f. effiziente Märkte werden d. Quasi-Gesundheitsmärkte simuliert</p> <p><b>Makroökonomische Steuerung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demographiebezogener Sozialfonds i. d. Arbeitnehmersicherung</li> </ul> <p>(Neuadjustierung d.Instrumente)</p>

	<b>Gegenwärtig bestehendes Krankenversicherungssystem</b>	<b>Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung</b>
<b>Krankenversicherungsträger</b>	<p>Verhältnis v. GKV und PKV i. d. <b>Krankheitskosten-Vollversicherung</b> durch KK um sog. Grenzversicherte (Teilbestand d. Versicherten) und KK im Leistungsangebot bei ungleichen Startbedingungen geprägt.</p> <p><b>Adverse Selektion</b> zwischen GKV u. PKV sowie innerhalb GKV und PKV</p> <p>Verhältnis v. GKV und PKV i. d. <b>Krankheitskosten-Teilversicherung</b> durch Kooperation im Leistungsangebot (Ergänzung d. gesetzl. KV-Schutzes durch d. PKV) bei gleichen Startbedingungen f. PKV bestimmt. Selektion guter Risiken innerhalb d. PKV.</p>	<p>Verhältnis v. GKV und PKV i. d. <b>Grundversorgung</b> (d. i. Gesetzl. Volksversicherung und Gesetzl. Arbeitnehmersversicherung) durch Ausschaltung d. KK um Mitglieder u. d. KK. im Leistungsangebot bei weitgehend gleichen Startbedingg geprägt.</p> <p><b>Vermeidung v. adverser Selektion.</b></p> <p>Verhältnis v. GKV und PKV i. d. <b>Zusatzversorgung</b> durch Kooperation im Leistungsangebot (Ergänzung d. gesetzl. KV-Schutzes durch d. PKV) bei gleichen Startbedingungen f. PKV bestimmt. Selektion guter Risiken innerhalb d. PKV.</p>
<b>Finanzierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger Anteil an Kapitaldeckung i. Krankenversicherungssystem</li> <li>• Hoher Anteil an Umlagefinanzierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Höherer Anteil an Kapitaldeckung i. Krankenversicherungssystem</li> <li>• Niedrigerer Anteil an Umlagefinanzierung</li> </ul> <p>(Neuausrichtung d. Finanzierung)</p>
<b>Effekte</b>	<p>Marginaleffekte an d. VPG</p> <p>Wohlfahrtseffekte</p> <p>Institutionelle Effekte</p> <p>(Ungleichgewicht v. GKV und PKV)</p>	<p>Marginaleffekte an d. GKV-Ausscheidungsgrenze</p> <p>Wohlfahrtseffekte</p> <p>Institutionelle Effekte</p> <p>(Gleichgewicht v. GKV und PKV)</p>



### 3.7.3.8 Abgrenzung von konkurrierenden Reformvorschlägen

Im folgenden soll versucht werden den Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung von konkurrierenden Reformmodellen für welche stellvertretend das „*Marktverzahnungsmodell*“ von Daumann, Thielbeer steht abzugrenzen, um so zu einer stärkeren Kontrastierung des Reformvorschlags der zweigeteilten Gesundheitsversorgung zu gelangen.

Eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens müßte - Daumann, Thielbeer zufolge - das Nebeneinander von markt- und planwirtschaftlichen Elementen im Gesundheitswesen zugunsten der Dominanz eines dieser Strukturprinzipien auflösen. Die Forderung nach einer Beseitigung der interventionistischen Lenkungsmechanismen und die Ausweitung marktwirtschaftlicher Elemente, aus denen eine Intensivierung des Wettbewerbs resultiert, habe sich bei einem umfassenden Reformvorschlag auf sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens zu erstrecken, insbesondere auf die GKV, der eine alloкатive Schlüsselrolle zu kommt. Um diese Forderung zu erfüllen, schlagen Daumann, Thielbeer ein „*Marktverzahnungsmodell*“ vor, welches Veränderungen der Rahmenbedingungen voraussetzt und durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht: Der Gesetzgeber erläßt einen verbindlichen Regelleistungskatalog <sup>a</sup>, der laufend nach medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Kriterien überprüft wird. Für diesen Regelleistungskatalog besteht Versicherungspflicht. Der Versicherungspflicht sind alle Bürger unabhängig von der Erzielung eines Einkommens zu unterwerfen. In der GKV sind einkommenslose Familienangehörige weiterhin kostenlos mitversichert.
- Einführung der vollständigen Wahlfreiheit: Durch die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze steht es jedem Versicherungspflichtigen offen, ob er sich bei einer Gesetzlichen oder Privaten Krankenversicherung versichert.
- Beibehaltung des Solidarprinzips: Die Gesetzlichen Krankenkassen würden weiterhin nach dem Umlageverfahren kalkulieren und wären kontrahierungspflichtig. Zugleich wären sie gezwungen, mindestens den Regellei-

---

<sup>a</sup> . Der Regelleistungskatalog umfaßt alle Leistungen, die notwendig sind, damit der Versicherte nicht durch eine Krankheit in eine existenzbedrohende finanzielle Notlage gerät.

- stungskatalog als Vollversicherung anzubieten. Zudem würde das Diskriminierungsverbot beibehalten. Eine Begrenzung der absoluten Beitragshöhe nach oben, wie sie jetzt in Form der Beitragsbemessungsgrenze existiert, wäre sinnvoll.
- Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV: Zur Beitragsbemessungsgrundlage sollen sämtliche Einkünfte des Versicherten gehören, unabhängig davon, ob sie aus einem Beschäftigungsverhältnis resultieren oder nicht.
  - Ausgestaltungspflicht der Privaten Krankheitskostenversicherung nach der Art der Lebensversicherung und Übertragbarkeit der individuellen Alterungsrückstellungen. Private Anbieter dürfen ebenfalls Krankheitskostenversicherungen anbieten, die den Regelleistungsbereich abdecken.
  - Unbeschränkte Wechsellmöglichkeit des Versicherten: Der Versicherte kann zwischen den verschiedenen Gesetzlichen Krankenkassen unter Einhaltung einer Kündigungsfrist wechseln. Ebenso besteht für den PKV - Versicherten die Möglichkeit, ein PKV - Unternehmen zu verlassen und sich bei einem anderen Privaten Versicherungsunternehmen zu versichern. Auch der Wechsel von einer Gesetzlichen Krankenkasse zu einer Privaten Krankenversicherung ist vorgesehen.
  - Solidaritätsabgabe: Versicherte, die sich bei einer Privaten Krankenversicherung versichern, müssen eine Solidaritätsabgabe an die GKV leisten. Diese Solidaritätsabgabe ist als prozentualer Anteil der GKV -Beitragsbemessungsgrundlage (Solidarsatz) zu berechnen und monatlich für die Dauer des gesamten Privaten Versicherungsverhältnisses aufzubringen. Bei der Berechnung der Solidaritätsabgabe wird der Gesamtausgabenanteil der kostenlos in der GKV versicherten Mitglieder anteilig auf die PKV - Versicherten verteilt <sup>a</sup>. Für die PKV - Versicherten ergibt sich je nach deren Anzahl und nach ihrem Einkommen eine entsprechende absolute Belastung.

---

<sup>a</sup> Der Betrag, der durch die Privatversicherten zu tragen ist ( $S_{PKV}$ ), ergibt sich wie folgt:

$$S_{PKV} = \frac{S}{A_{GKV} + A_{PKV}} * A_{PKV}, \text{ wobei } S \text{ die Ausgabensumme der GKV für die kostenlos}$$

Mitversicherten,  $A_{GKV}$  die Anzahl der beitragszahlenden Mitglieder der GKV und  $A_{PKV}$  die Anzahl der PKV - Versicherten darstellt. Die Höhe des Solidarsatzes ist so zu wählen, daß das Gesamtaufkommen der Solidaritätsabgabe  $S_{PKV}$  beträgt.

Von der Umgestaltung der Rahmenbedingungen erwarten Daumann, Thielbeer die folgenden Effekten:

- Die Versicherungspflicht zwingt alle Bürger einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der mindestens den Regelleistungskatalog abdeckt.
- Die unbeschränkte Wechselmöglichkeit der Versicherten bewirkt, daß der Wettbewerb am Krankenversicherungsmarkt belebt wird.
- Gefahren für die Gesetzlichen Krankenkassen könnten sich in Form der adversen Selektion ergeben: Bezieher hoher Einkommen werden tendenziell eine Private Versicherung bevorzugen, während Geringverdiener sich in der GKV versichern werden.

Trotzdem wird es nach Daumann/Thielbeer den Gesetzlichen Krankenkassen gelingen, mit den PKV - Unternehmen um einkommensstärkere Mitglieder zu konkurrieren - und zwar aus folgenden Gründen:

Die Mitgabe der individuellen Alterungsrückstellungen wird zunächst zu einem Ansteigen der Tarife der PKV führen. Der GKV - Beitragssatz wird dagegen durch die Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage, durch die Einlage der Alterungsrückstellungen einstiger PKV - Versicherter sowie durch die Solidaritätsabgabe vermindert. Vorerkrankungen werden sich - wie bisher - als Austrittsschranke für die GKV erweisen. Ein Einfluß auf den Beitragssatz ist damit jedoch nicht unbedingt verbunden. Siehe dazu Daumann/Thielbeer, 1999, S. 263 f. <sup>62</sup>.

### **3.7.3.9 Komparative Vorteile gegenüber konkurrierenden Reformvorschlägen**

Zwar ist der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung mit komparativen Nachteilen bezüglich der Wettbewerbsvoraussetzungen verbunden. Denn er setzt in der Krankenkassenversicherung die Einführung einer GKV - Ausscheidgrenze und in der Versicherung gegen besondere Krankheitskosten die Errichtung eines Zuweisungssystems voraus, schränkt insofern die Wahlfreiheit der Versicherten und den Wettbewerb innerhalb und zwischen öffentlichen und privaten Krankenversicherungsträgern ein.

Andererseits kann die Regulierung Voraussetzungen dafür schaffen, daß sich die Akteure ähnlich verhalten wie im Wettbewerb (Als - Ob - Wettbewerb) und

ihre Aktionen in bezug auf die Wohlfahrtswirkungen effizient sind (Auflösung des Konflikts von Wettbewerb und Regulierung).

Der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung weist - gemessen an der Stärkung der Eigenverantwortung (Subsidiarität) und der Vorsorge - gegenüber konkurrierenden Reformvorschlägen signifikante Vorzüge auf. Denn durch den hohen Grad an Selbstbeteiligung der Versicherten im Eigeninteresse wird moral hazard wirksamer als in vergleichbaren Konzepten bekämpft. Mit den Mitteln von Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot, Zuweisung Pflichtversicherter zu den Krankenkassen (Ausschaltung von Wettbewerb) wird adverse Selektion erfolgreicher unterbunden und eine wirkungsvollere Risikoindifferenz der Versicherer gegenüber schlechten und guten Risiken erreicht als durch Wahlfreiheit der Versicherten, unbeschränkte Wechselmöglichkeit und Solidaritätsabgabe in konkurrierenden Reformvorschlägen.

Ein weiterer Vorteil des Reformvorschlags einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung liegt - gemessen am Solidarausgleich und der Sozialverträglichkeit - in seinem gegenüber konkurrierenden Reformvorschlägen strikteren Festhalten am Solidarprinzip und der Sozialverträglichkeit des Krankenversicherungsschutzes und seiner Finanzierung.

Auch in bezug auf Präferenzengerechtigkeit und kostenminimale Produktion zeigt der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung eindeutige Vorteile im Vergleich zu konkurrierenden Reformvorschlägen. Der Plan sieht Ansprüche der Versicherten auf Vorbeugung etc. und einen relativ hohen Grad an Selbstbeteiligung vor, um die Versicherten zu einem wirtschaftlichen Verhalten zu veranlassen.

Weiterhin fördert der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung Innovationen im Gesundheitswesen stärker als konkurrierende Reformansätze - etwa durch den Abschluß von Verträgen zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern über derartige Innovationen.

Außerdem verfügt der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung - gemessen an der finanziellen Ergiebigkeit (Einnahmewirksamkeit) - gegenüber konkurrierenden Reformoptionen über nicht zu unterschätzende Vorteile. Die Finanzierung der Krankenkassenversicherung und der Volksversicherung ist auf eine breite Bemessungsgrundlage sämtlicher Einkünfte der Versicherten gestellt und erfolgt über Zwangsabgaben.

Im Vergleich zu konkurrierenden Reformvorschlägen handelt es sich beim Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung - gemessen an der juristischen Unbedenklichkeit und politischen Durchsetzbarkeit - um eine pragmatische Lösung, die ihre Bewährungsprobe im Ausland bestanden hat.

Während in konkurrierenden Reformvorschlägen Anreize zu negativer Risiko-selektion zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt sind und im ungünstigsten Fall eine Wanderung der guten Risiken zum schlechtesten Wirt erfolgt, bietet der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung wenig derartige Fehlanreize und läßt eher eine Wanderung der Versicherten unterschiedlicher Qualität zum besten Wirt erwarten. Dieser Reformvorschlag wirkt demzufolge effizienzsteigernd und systemstabilisierend.

Nach Abwägung der Vorteile und Nachteile kommt der Reformansatz einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung dem Ideal eines rationalen Krankenversicherungsschutzes und seiner Finanzierung näher als vergleichbare Reformoptionen.

### **3.7.3.10 Grenzen des Reformvorschlags einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung**

Der Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung erfordert allerdings eine klare Abgrenzung der leichten Risiken von den schweren Risiken unter medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Aspekten. In Wirklichkeit ist eine derartige Abgrenzung beider Risikoarten mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, die aber pragmatisch zu lösen sind.

## **3.8 Schlußbemerkung**

Die Untersuchung konnte zeigen, daß es einen Wettbewerb im Sinne der volkswirtschaftlichen Theorie zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung nicht gibt. Was an Wettbewerb gegeben ist, ist lediglich „ein Wettbewerb um die `Grenzversicherten`“ (Lücke). Argumentiert man in den engen Grenzen der volkswirtschaftlichen Theorie, darf es Wettbewerb gar nicht geben, da die Gesetzliche Krankenversicherung ganz andere Aufgaben hat als die Private Krankenversicherung. Läßt man dennoch „Wettbewerb um die

„Grenzversicherten“ zu, wird dies den Solidarausgleich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung beschädigen. Auch die Wettbewerbsziele von Handlungs- und Wahlfreiheiten sowie einer guten Marktversorgung können trotz - oder gerade wegen - der gegenwärtig bestehenden Exit - Option mit ihren Anreizen zu einer negativen Risikoselektion zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erreicht werden. Damit einher geht eine schiefe Verteilung von Risikopotentialen in der GKV, was zu einem Beitragssatzgefälle zwischen GKV und PKV führen muß. Die wahrscheinliche Folge ist eine Destabilisierung des gegliederten Krankenversicherungssystems.

Die Lösung wird in einer „schöpferischen Zerstörung“ der Exit - Option durch die Einführung eines Exit - Zwanges gesehen - eines Zwanges aus der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuschneiden, vorausgesetzt das Einkommen eines Pflichtversicherten übersteigt die gegenüber bisher niedriger angesetzte Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze. Die Einführung einer Ausscheidengrenze ist eingebettet in einen Reformvorschlag einer zweigeteilten Gesundheitsversorgung für

- erstens: akute medizinische Behandlung (leichte Risiken), die künftig durch eine Pflichtversicherung *und* eine Versicherung auf freiwilliger Basis abgedeckt sowie im wesentlichen durch die Gesetzlichen Krankenkassen und die Privaten Versicherungen finanziert werden,
- zweitens besondere Krankheitskosten (schwere Risiken), die künftig durch eine Volksversicherung, der alle Einwohner angehören müssen, versichert werden und deren Durchführung im wesentlichen den Gesetzlichen Krankenkassen *und* den Privaten Versicherungen obliegt.

Die komparativen Vorteile gegenüber konkurrierenden Reformvorschlägen liegen

- in einer Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten (Subsidiarität),
- im Festhalten am Solidarausgleich und der Sozialverträglichkeit,
- in der Präferenzengerechtigkeit und kostenminimalen Produktion,
- in der Innovationskraft des Systems,
- in der finanziellen Ergiebigkeit und Einnahmewirksamkeit,
- in der Stabilisierung des gegliederten Krankenversicherungssystems,
- in der juristischen Unbedenklichkeit und politischen Durchsetzbarkeit.

Der Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung kommt damit dem Ideal eines rationalen Krankenversicherungsschutzes und seiner Finanzierung näher als konkurrierende Reformansätze.

Ein derartiger Reformansatz erfordert allerdings eine klare Abgrenzung der leichten von den schweren Risiken unter medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Aspekten - eine Aufgabe die schwierig, aber pragmatisch zu lösen ist.





## 4 Abkürzungsverzeichnis

1.GKV-NOG	1. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
2.GKV-NOG	2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
BAV	Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BKK	Betriebskrankenkasse
BKN	Bundesknappschaft
c. p.	ceteris paribus
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKK	Ersatzkrankenkasse
gem.	gemäß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GRG 2000	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000
GKV-SoIG	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)

---

GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HKG	Hilfskassengesetz
IKK	Innungskrankenkasse
i. V.	in Verbindung
KaIV	Kalkulationsverordnung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVG	Krankenversicherungsgesetz
o.g.	obengenannt
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsverordnung
See	Seekrankenkasse
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SVR Wirtschaft	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
ÜbschV	Überschußverordnung
UWG	Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VdAK/AEV	Verband der Angestellten Krankenkassen
VdPKV	Verband der Privaten Krankenversicherung
VPG	Versicherungspflichtgrenze
vs.	versus
VVaG	Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

## 5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Stellung der Exit - Option im System der substitutiven Krankenversicherung	17
Abbildung 2-2:	Verhältnis von Durchschnittsentgelt in der GRV zu Versicherungspflichtgrenze GKV	49
Abbildung 3-1:	Nachfrage-Angebots-Regelmechanismus am Krankenversicherungsmarkt	105
Abbildung 3-2:	Ausscheideursachen in der PKV	113
Abbildung 3-3:	Wechselbewegung zwischen GKV und PKV	120
Abbildung 3-4:	Kassenwahl 1998	122
Abbildung 3-5:	Motivations Modell	126
Abbildung 3-6:	Umfeldanalyse für Marketing-Entscheidungen	127
Abbildung 3-7:	Entwicklung der Transferzahlungen im RSA in der GKV für die Jahre 1994-2000	188
Abbildung 3-8:	Einnahmen und Ausgaben der GKV	192
Abbildung 3-9:	Wichtige Relationen für den Beitragssatz	194



## 6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung im Kaiserreich (1871-1918)	25
Tabelle 2-2:	PKV-Geschäftsentwicklung 1924-1938	33
Tabelle 2-3:	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in der Nachkriegszeit (1951-1999)	45
Tabelle 2-4:	Versicherungspflichtgrenze i. d. GKV und Durchschnittsentgelt i. d. GRV	48
Tabelle 2-5:	Überblick über Exit - Optionen im internationalen Vergleich (Stand 2001)	93
Tabelle 3-1:	Krankheitsvollversicherung	119
Tabelle 3-2:	Stufen der Risikoerheblichkeit nach der Kölner Systematik der Krankheiten	140
Tabelle 3-3:	Entwicklung der Höchstbeiträge in der GKV	158
Tabelle 3-4:	Beitrag bei freiwilliger Versicherung in der GKV oder in der PKV (Stand Januar 2002)	160
Tabelle 3-5:	Beitrag bei Pflichtversicherung in der GKV	163
Tabelle 3-6:	Beitrag bei freiwilliger Versicherung in der GKV oder in der PKV	163
Tabelle 3-7:	Altersgliederung der Versicherten in der GKV und PKV im Jahre 1999 - Ergebnisse des Mikrozensus -	186
Tabelle 3-8:	Überblick über Annahmen/Ergebnisse bei verschiedenen Studien	216
Tabelle 3-9:	Systemunterschiede zwischen gegenwärtig bestehendem Krankenversicherungssystem und Reformvorschlag der zweigeteilten Gesundheitsversorgung	251



### Lebenslauf

#### Persönliche Daten

Name                    Manfred Alfons Otmar Münch  
Geb. 17.02.1937 in Maidbronn, Lkr. Würzburg

Familienstand        verheiratet mit Magdalena Münch, geb. Mößlein  
Zwei Kinder (Dr. Ute Lemke, geb. Münch, Patrick Münch)

#### Ausbildung

1957                    Abitur, Humanistisches Gymnasium Würzburg

1957 – 1962           Studium der Volkswirtschaft (Staatsexamen 1962)  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg  
Ludwig-Maximilians-Universität München

1998 – 2000           Studium der Politik- und Geschichtswissenschaft  
Technische Universität Darmstadt

2000 – 2002           Promotion, TU Darmstadt FB 1, Finanz- und Wirtschaftspolitik  
unter Ltg. v. Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup  
Thema: Beurteilung der Exit - Option an der Schnittstelle von  
GKV und PKV in Bezug auf die Erreichung von Wettbewerbs-  
und Solidarzielen

#### Beruflicher Werdegang

1962 – 1997           Tätigkeit in verschiedenen Funktionen in Unternehmen der  
Stahlindustrie und der Kreditwirtschaft  
Zuletzt wissenschaftlicher Mitarbeiter / Gruppenleiter  
Volkswirtschaft Inland, DG Bank Deutsche Genossenschafts  
bank, Frankfurt am Main





## Eidesstattliche Erklärung

---

Manfred Münch

Müllerstraße 37  
63741 Aschaffenburg

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich meine Dissertation selbständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.

MANFRED MÜNCH

Aschaffenburg, 02. Oktober 2002



## 7 Literaturverzeichnis

---

<sup>1</sup> SVR Wirtschaft Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000): Chancen auf einen höheren Wachstumspfad, Jahresgutachten 2000/2001, METZLER-POESCHEL STUTTGART

<sup>2</sup> Hax, K. (1967): Die Entwicklungsmöglichkeiten der Individualversicherung in einem pluralistischen System der sozialen Sicherung, in: Bundesarbeitsblatt, 18. Jg., 1967

<sup>3</sup> Hax, K. (1968): Die Entwicklungsmöglichkeiten der Individualversicherung in einem pluralistischen System der sozialen Sicherung, Gutachten; W. KOHLHAMMER VERLAG, STUTTGART-BERLIN-KÖLN-MAINZ

<sup>4</sup> Wannagat, G. (1965): Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, I. Band, J. C. B. MOHR (PAUL SIEBECK), TÜBINGEN

<sup>5</sup> Brackmann, Kurt (1965): Handbuch der Sozialversicherung, 17. Nachtragslieferung, Asgard - Verlag, Sankt Augustin

<sup>6</sup> Hillert, R. (1973): Die Sonderstellung der Ersatzkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation, Göttingen

<sup>7</sup> Braun, H. (1956): Industrialisierung und Sozialpolitik in Deutschland, Heymann, Köln Berlin

<sup>8</sup> Linke, W. (1962): Die Stellung der Angestellten in der modernen Gesellschaft, Bund Verlag Köln

<sup>9</sup> Lücke, D. (1970): Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, Dissertation, Köln

<sup>10</sup> Peters, H. (1973): Die Geschichte der sozialen Versicherung, Asgard - Verlag Bonn - Bad Godesberg

<sup>11</sup> O. V. (1997): Herausforderungen: Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart. Festschrift zum 50 jährigen Bestehen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, PKV -

---

Dokumentation 20, hrsg. v. Verband der privaten Krankenversicherung, Köln 1997

<sup>12</sup> Reformkommission Soziale Marktwirtschaft (1999): Effiziente Krankenversicherung als Voraussetzung für ein hohes Leistungsniveau im Gesundheitswesen, Bertelsmann Stiftung Heinz Nixdorf Stiftung Ludwig - Erhard - Stiftung

<sup>13</sup> Terhorst, E. (2000): Wahlfreiheit und Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung, ERICH SCHMIDT VERLAG, BERLIN

<sup>14</sup> Div. V. (2000): Übersicht über das Sozialrecht, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Stand: 1. Januar 2000

<sup>15</sup> Sattler, Chr. (1994): Das Gesundheitssystem in den USA, in: Reihe Gesellschaftspolitik und Staatstätigkeit Bd. 5 Krankheit und Gemeinwohl Bernhard Blanke (Hrsg.), Leske + Budrich Opladen

<sup>16</sup> Enthoven, A. (1988): Managed competition of alternative delivery systems, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 13 (2), S. 305-321

<sup>17</sup> Altman, St. H., Rodwin, M. A. (1988): Halfway competitive markets and ineffektive regulation, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 13 (2), S. 323-339

<sup>18</sup> Alber, J., Bernardi - Schenkluhn, Br. (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Campus Verlag Frankfurt/New York

<sup>19</sup> Monopolkommission (1998): Marktöffnung umfassend verwirklichen, HG 1996/1997, Nomos Verlagsgesellschaft Baden - Baden

<sup>20</sup> O.V. (2000): Kurze Übersicht über die soziale Sicherheit in den Niederlanden, Hrsg. vom Ministerium für Arbeit und Soziales Juli 2000

O.V. (2001): Krankenversicherungen in den Niederlanden, Hrsg. Ministerium für Volksgesundheit Februar 2001, [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

<sup>21</sup> O. V. (1997): Italien, in: Ihre soziale Sicherheit bei Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union Ein Leitfaden Beschäftigung & soziale Angelegenheiten, Europäische Gemeinschaften 1997

<sup>22</sup> Bastiani, A. (1995): Die Private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union, Beiträge zu wirtschaftswissenschaftlichen Problemen der Versicherung Bd.34 Verlag Versicherungswirtschaft Karlsruhe

<sup>23</sup> Rico, A. (2000): Health Care Systems in Transition Spain 2000, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen 2000, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

<sup>24</sup> O.V. (1998): Sozialversicherungssystem, in: Tatsachen über Schweden, Hrsg. vom Schedischen Institut Juni 1998

---

Svarvar, P., Hjortsberg, C. (1996): Health Care Systems in Transition Sweden (Preliminary version), World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen 1996, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

<sup>25</sup> Bartlett, W. (1994): Die Reform des britischen Gesundheitssystems von 1990 - Privatisierung, non - profit - Trusts und Käufer - Anbieter - Verträge, in: Reihe Gesellschaftspolitik und Staatstätigkeit Bd. 5 Krankheit und Gemeinwohl Bernhard Blanke (Hrsg.), Leske + Budrich Opladen

<sup>26</sup> Blair, T. (1998): 50 Jahre staatlicher Gesundheitsdienst in Großbritannien, in: Wie krank ist unser Gesundheitssystem Günter Heiß (Hrsg.), MERZ Verlag Mainz 2000

<sup>27</sup> Hirschmann, A. O. (1970): Exit, Voice and Loyalty - Responses to Decline in Forms, Organizations and States, Cambridge, 1970.

<sup>28</sup> Berg, H. (1995): Wettbewerbspolitik, in : Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik , Bd. 2., Verlag Franz Vahlen München, S. 241-300

<sup>29</sup> Akerlof, G. A. (1970): THE MARKET FOR „LEMONS“: QUALITY UNCERTAINTY AND THE MARKET MECHANISM, in: QUARTERLY JOURNAL OF ECONOMICS, 84, 1970, S. 488 -500

<sup>30</sup> Breyer, Fr., Zweifel, P. (1999): Gesundheitsökonomie, Springer - Verlag Berlin Heidelberg New York

<sup>31</sup> O. V. (2002): Diskussionspapiere, [www.uni-wh.de/de/wiwi/diskussionspapiere/h28.doc](http://www.uni-wh.de/de/wiwi/diskussionspapiere/h28.doc)

<sup>32</sup> O. V. (2001): Neuregelung der Kassenwahlrechte, Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit Informationsblatt Nr. 22-10, Stand: 26. Juli 2001

<sup>33</sup> Forum für Solidarität und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (2000): „Wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV“, [www.gkv-forum.de](http://www.gkv-forum.de)

<sup>34</sup> Forster, E., Vaassen, B. (1980): Der Wettbewerb zwischen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung, Campus Verlag Frankfurt/New York

<sup>35</sup> O. V. (2001): Die private Krankenversicherung Zahlenbericht 2000/2001, hrsg. v. Verband der privaten Krankenversicherung, Köln 2001

<sup>36</sup> Andersen, H.H., Schwarze, J.(1998): GKV'97: Kommt Bewegung in die Landschaft ? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen, Veröffentlichungereihe des Berliner Zentrum Public Health 1998-2

Andersen, H.H., Schwarze, J.(1999): Kassenwahlentscheidungen in der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, 5-6/99

<sup>37</sup> Weinberg, P., Purper, G. (2001): Was in den Köpfen der Nachfrager vorgeht, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 25. Juni 2001

- 
- <sup>38</sup> O. V. (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland/  
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hrsg. Statistisches Bundesamt,  
METZLER-POESCHEL STUTTGART
- <sup>39</sup> SVR Wirtschaft Sachverständigenrat zur Begutachtung der  
gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001): Für Stetigkeit - Gegen Aktionismus,  
Jahresgutachten 2001/02, METZLER-POESCHEL STUTTGART
- <sup>40</sup> Helstelä, P. (2002): Risikopool Topf für teure Fälle, in :Gesundheit und  
Gesellschaft SPEZIAL 2/02, 5. Jahrgang
- <sup>41</sup> Schawo, D. (2002): Morbi-RSA - Wider den Wettbewerb um Gesunde, in:  
Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL 2/02, 5. Jahrgang
- <sup>42</sup> Graf von der Schulenburg, J.-M. (2001): Kein Wettbewerb ist besser als ein  
schlechter Wettbewerb, in: forum für gesundheitspolitik, Verlag Gisela Broll,  
Hartwig Broll, Dr. Andreas Lehr GbR, Bonn, Berlin, Juli/August 2001, S. 247-  
250
- <sup>43</sup> Pokora, H.-J. (1971): Das Problem des dynamischen Versicherungsschutzes  
in der Privaten Krankenversicherung, Dissertation Köln
- <sup>44</sup> Kaetzler, O., Riedel, O. (1998) Regionalprämien in der PKV ? in:  
Versicherungswirtschaft, 53 (1998) 8, S. 535-538
- <sup>45</sup> Weber, Chr. (2002): Selbstzahlende Patienten stützen das  
Gesundheitssystem, in: PKV PUBLIK VdPKV 2/02 - 01. 03. 2002
- <sup>46</sup> Rudolph, J., Schallermair, Chr. (2001): Woran krankt unser  
Gesundheitswesen? Diagnosen und Therapievor schläge aus Sicht eines  
privaten Krankenversicherungsunternehmens, in : Sozialer Fortschritt,  
DUNCKER & HUMBLOT, BERLIN UND MÜNCHEN Jahrgang 50/2001/Heft 11/  
November
- <sup>47</sup> SVR Wirtschaft Sachverständigenrat zur Begutachtung der  
gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1996): Reformen voranbringen,  
Jahresgutachten 1996/97, METZLER-POESCHEL STUTTGART
- <sup>48</sup> Picard, E. (2000): Der Erosionsprozess in der Krankenversicherung, in:  
Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 27. April 2000
- <sup>49</sup> Knappe. E. (1995): Auswirkungen des demographischen Wandels auf den  
Gesundheitssektor, in: Peter Oberender (Hrsg.), Transplantationsmedizin,  
Ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte, Nomos  
Verlagsgesellschaft Baden-Baden S. 11-41
- <sup>50</sup> SVRKAIg Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im  
Gesundheitswesen (1996): Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor  
und Zukunftsbranche, SG 1996, Bd. I: Demographie, Morbidität,

---

Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Nomos Verlagsgesellschaft  
Baden-Baden

<sup>51</sup> Verband der Privaten Krankenversicherung (1996): Musterbedingungen 1994  
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 94) §§ 1 –  
19, in: PKV und Recht

<sup>52</sup> Heinen, E. (1959): Betriebswirtschaftliche Kostenlehre, Bd. 1 Grundlagen,  
Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler, Wiesbaden

<sup>53</sup> Pfaff, A. B., Rindsfüßer, Chr., Busch S. (1996): Die Finanzierung der  
gesetzlichen Krankenversicherung - Möglichkeiten zur Umgestaltung und  
Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen - , Gutachten von INIFES und  
Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg für die Hans Böckler  
Stiftung, Stadtbergen 1996

<sup>54</sup> Wiesemann, H-O. (1998): Fiskalische Auswirkungen einer Erhöhung der  
Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze der Krankenversicherung  
auf das Niveau der Rentenversicherung, in: Die Finanzierungsgrundlagen in der  
Krankenversicherung - Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV - , PKV -  
Dokumentation 22, hrsg. v. Verband der privaten Krankenversicherung, Köln  
1998, S.45-134

<sup>55</sup> Boetius, J. (1998): Einflußfaktoren für die Finanzierung von GKV und PKV, in:  
Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung - Zur Grenzziehung  
zwischen GKV und PKV - , PKV - Dokumentation 22, hrsg. v. Verband der  
privaten Krankenversicherung, Köln 1998, S. 19-43

<sup>56</sup> Leisner, W. (1974): Zur Abgrenzung von gesetzlicher und privater  
Krankenversicherung, PKV - Dokumentation 3. hrsg. v. Verband der privaten  
Krankenversicherung, Köln 1974, S. 5-56

<sup>57</sup> Isensee, J. (1980): Privatautonomie der Individualversicherung und soziale  
Selbstverwaltung, PKV - Dokumentation 6. hrsg. v. Verband der privaten  
Krankenversicherung, Köln 1980, S. 5-49

<sup>58</sup> Scholz, R. (1991): Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher und privater  
Krankenversicherung, PKV - Dokumentation 14. hrsg. v. Verband der privaten  
Krankenversicherung, Köln 1991, S. 7-48.

<sup>59</sup> Papier, H.-J. (1992): Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der PKV,  
PKV - Dokumentation 16. hrsg. v. Verband der privaten Krankenversicherung,  
Köln 1992, S. 5-32

<sup>60</sup> Mihm, A. (2002): Höhere Versicherungspflichtgrenze nicht unbedingt  
verfassungswidrig, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 17. Juni 2002

<sup>61</sup> Lauterbach, K. W., Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch  
den Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des Verbandes der

Angestellten-Krankenkassen, des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes, des AOK-Bundesverbandes und des IKK-Bundesverbandes, 2001, S. 1 -275

<sup>62</sup> Daumann, Fr., Thielbeer, M. (1999): Wettbewerbspolitische Erfordernisse und Reformperspektiven des Marktes für private Krankenversicherungen, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, hrsg. von Dieter Duwendag, Karlhans Sauernheimer, Eberhard Wille, Bd. 50/ 1999 Heft 3, S. 263-289