



Hochschule
für Wirtschaft und Verwaltung
German open Business School

**GoBS Hochschule für Wirtschaft und Verwaltung
gemeinnützige Gesellschaft mbH**

Studienzentrum Berlin

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des Grades eines

Bachelor of Arts (B.A.)

über das Thema

**Die bisherige Entwicklung des Krankenversicherungssystems
in Deutschland und weitere Reformpläne – Wie kann die Zukunft der
privaten Krankenversicherer aussehen?**

von

Simona Salzburg

Erstgutachter	Professor Dr. habil. Annette Mayer
Matrikelnummer	294045
Abgabedatum	2013-09-26

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungs- und Symbolverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Ziel der Arbeit.....	1
1.3 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	2
2 Die Entstehung der Sozialversicherung und des Krankenversicherungssystems	2
2.1 Die Grundidee der Sozialversicherung	2
2.2 Eine historische Betrachtung bis zur ersten Gesetzgebung zur Sozialversicherung in Deutschland	3
2.3 Die Bildung des Sozialversicherungssystems in Deutschland bis zur Reichsversicherungsordnung	6
2.4 Die Entstehung der Krankenkassen	9
3 Die Situation im deutschen Krankenversicherungssystem	13
3.1 Die bisherigen Reformen des Krankenversicherungssystems	13
3.1.1 Die Reformen seit der Reichsversicherungsordnung bis zur Deutschen Wiedervereinigung	13
3.1.2 Die Reformen der GKV im vereinten Deutschland bis 2004.....	18
3.1.3 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 und die darauf folgenden Reformgesetze	23
3.2 Allgemeiner Überblick: Die aktuellen Gegebenheiten im Krankenversicherungssystem	28
3.3 Die Problemfelder des heutigen Krankenversicherungssystems	29
3.3.1 Steigende Kosten im Gesundheitswesen.....	29
3.3.2 Die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Akzeptanz des Finanzierungssystems	31
3.3.3 Der demografische Wandel	34
3.3.4 Die ärztliche Versorgung/Arztdichte.....	35
3.3.5 Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser.....	37
3.3.6 Das moral-hazard-Phänomen.....	39

4 Die Reformansätze zur künftigen Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland	40
4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Gründe für weitere Reformpläne.....	40
4.2 Die Bürgerversicherung nach aktuellen Plänen der SPD.....	40
4.3 Die Gesundheitsprämie (Kopfpauschale) nach früheren Plänen der CDU.....	43
4.4 Die Bürgerpauschale nach den Vorschlägen des SVR Wirtschaft.....	45
4.5 Weitere Reformvorschläge.....	47
5 Die Zukunft der privaten Krankenversicherer	48
5.1 Die Auswirkungen bisheriger Reformen im Gesundheitssystem auf die PKV	48
5.2 Die aktuelle Situation der PKV	52
5.3 Strategische Analyse zur Auswirkung möglicher künftiger Reformen	56
5.3.1 Die Bürgerversicherung.....	56
5.3.2 Die Gesundheitsprämie	58
5.3.3 Die Bürgerpauschale	60
5.4 Zukunftsperspektiven für die PKV	60
5.4.1 Zu erwartende Reformen aufgrund der aktuellen politischen Stimmung	60
5.4.2 Umfrage unter PKV-Unternehmen über Strategien zum Thema Bürgerversicherung.....	61
5.5 Strategien und Maßnahmen zur Zukunftssicherung der PKV- Unternehmen	62
5.5.1 Festigung des derzeitigen Systems	62
5.5.1.1 Öffentliche Wahrnehmung.....	62
5.5.1.2 Abschlusskosten-Reduzierung	63
5.5.1.3 Beitragsstabilität	64
5.5.2 Stärkung des Geschäftsfeldes der Krankenzusatzversicherungen	64
5.5.3 Ausbau weiterer Geschäftsfelder.....	65
5.5.3.1 Betriebliche Krankenversicherung	65
5.5.3.2 Pflegezusatzversicherung.....	66
6 Fazit.....	66
Literaturverzeichnis.....	70
Anhang: Umfrage unter PKV-Unternehmen – Strategien zur möglichen Bürgerversicherung.....	79
Eidesstattliche Versicherung.....	81

Abkürzungs- und Symbolverzeichnis

2. KVÄG	Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz
ALR	(Preußisches) Allgemeines Landrecht
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BeitrEntlG	Beitragsentlastungsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DAV	Deutsche Aktuarvereinigung e.V.
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
FPG	Fallpauschalengesetz
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SolG	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetzes
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GKVRefG 2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IfD Allensbach	Institut für Demoskopie Allensbach
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KaIV	Kalkulationsverordnung
KHKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KVdR	Gesetz über Krankenversicherung der Rentner
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVLG	Gesetz über Krankenversicherung der Landwirte
KVSG	Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz

PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung
SVBG	Gesetz über Sozialversicherung der Behinderten
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SVR Wirtschaft	Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP, europäischer Vergleich von 2000 bis 2010	30
Abbildung 2: Entwicklung des GKV-Beitragsatzes und der Bundesbeteiligung	30
Abbildung 3: Die Qualität der Gesundheitsversorgung, Befragung vom IfD Allensbach zum MLP Gesundheitsreport 2012	32
Abbildung 4: Befragungen vom IfD Allensbach beim MLP Gesundheitsreport zur Einschätzung der Qualität des Gesundheitssystems in Deutschland von 1994 bis 2012	34
Abbildung 5: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst	35
Abbildung 6: Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010.....	36
Abbildung 7: Befragung des IfD Allensbach beim MLP Gesundheitsreport zur Einschätzung von regionalem Ärztemangel.....	37
Abbildung 8: DKI-Befragung – Jahresergebnis Krankenhäuser 2011.....	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele für in mittelalterlichen Zunfturkunden und Gesellenordnungen geregelte Unterstützung bei Risiken.....	9
Tabelle 2: Träger der Versicherung des ersten deutschen Krankenversicherungsgesetzes	11
Tabelle 3: Wesentliche Unterschiede zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen	13
Tabelle 4: Art und Anzahl der Krankenkassen in Deutschland und Mitgliederzahlen im Jahr 1913.....	14
Tabelle 5: Ausgaben für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	16
Tabelle 6: Indikatoren des Gesundheitsausgabenrechnung von 1995 bis 2011	29
Tabelle 7: Erwartungen der Bevölkerung für die nächsten zehn Jahre im Krankenversicherungssystem	33
Tabelle 8: Jahresergebnisse der Krankenhäuser in Deutschland von 2005 bis 2011	38
Tabelle 9: Anzahl der Zusatzversicherungsverträge in der PKV insgesamt von 2000 bis 2011	50
Tabelle 10: Versicherte im Basistarif und in der Krankenvollversicherung in der PKV insgesamt von 2009 bis 2011.....	51

Tabelle 11: Versicherte und Zugänge in der Krankenvollversicherung der PKV von 2004 bis 2011	51
Tabelle 12: Statistik der BaFin zur durchschnittlichen Beitragssteigerung in der PKV .	54

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Seit es soziale Sicherungssysteme in Deutschland gibt, waren diese immer wieder von Veränderungen betroffen. Die politisch Verantwortlichen reformierten und reformieren permanent die Systeme, um Mängel zu beseitigen und um neu entstehenden Problemen zu begegnen. Ärztemangel, Mangel an Pflegepersonal, medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen, Überalterung der Gesellschaft, Demografiewandel, medizinisch-technischer Fortschritt sind die in Medien und Politik präsenten Schlagworte. Sie benennen die Probleme bei der Finanzierung des Gesundheitssystems, das den Ansprüchen der modernen Industrie-Gesellschaft in Deutschland genügen soll. Die Gesundheit wird allgemein als hohes Gut für den Einzelnen und als wirtschaftliches Gut für die Gesellschaft angesehen. Bisher ist es gelungen, in Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt zu gestalten. Das Bestreben, diesen Status auch angesichts kommender Schwierigkeiten zu erhalten, führt zu einer großen Beachtung des Themas in allen Teilen der Bevölkerung. In Anbetracht der Probleme, der Ansprüche und der Tatsache, dass politische Haltungen zu Gesundheitsfragen Wahlergebnisse mit beeinflussen können, stellt die Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung in jeder Hinsicht eine große Herausforderung für die Politik dar. Reformprojekte bringen neben den erwünschten Wirkungen häufig neue Probleme mit sich, entfalten ihre Wirkung nicht wie erhofft oder ziehen Beeinträchtigungen nach sich. Entscheidungen für oder gegen Reformmodelle sind demnach „Gratwanderungen“ besonderer Güte.

1.2 Ziel der Arbeit

Die künftige Gestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland wirkt sich auf Menschen, Lebensqualität, Unternehmen, Politik, wirtschaftliche Entwicklung, möglicherweise auch auf die strukturelle Entwicklung von Regionen aus. Entsprechend spielen bei der Beurteilung der Qualität möglicher Reformkonzepte viele Aspekte eine Rolle. In Anbetracht dieser Vielschichtigkeit konzentriert sich die Arbeit auf die Frage, wie sich mögliche Reformen bei der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems auf die privaten Krankenversicherungsunternehmen auswirken können. Dabei wird betrachtet, ob es für private Krankenversicherer in Deutschland überhaupt eine Zukunft geben kann und – sollte diese Frage bejaht werden – wie sie sich zukunftsfähig ausrichten könnten.

Nicht betrachtet werden Besonderheiten, die sich für die Versicherung von Beamten und beihilfeberechtigten Personen ergeben könnten. Weitere Aspekte, die auf das Gesundheitssystem wirken, wie zum Beispiel die ärztliche Vergütung, die Rolle und der Pharmaindustrie und anderer Leistungserbringer, werden nur im Zusammenhang mit früheren Reformen erwähnt. Auf die mögliche Wirkung von Maßnahmen auf diese Teilbereiche des Gesundheitssystems wird nicht vertieft eingegangen.

1.3 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Arbeit wird ein Blick auf die Entstehung des Krankenversicherungssystems in Deutschland, bislang durchgeführte Reformen und zukünftige Reformpläne geworfen. Dargelegt wird zunächst, woher die Idee der Sozialversicherung kommt und – mit einer kurzen historischen Abhandlung – wie das deutsche Krankenversicherungssystem und die Krankenversicherer entstanden sind. Im weiteren Verlauf werden die bisherigen wichtigsten Reformen dargestellt. Diese Betrachtung führt auf die heutige Situation des Krankenversicherungssystems hin, um dann die aktuellen Problemfelder bei der Finanzierung des Gesundheitssystems aufzuzeigen. Danach werden die relevanten Reformmodelle erläutert, die aktuell in der Politik diskutiert werden.

Aus diesen Modellen werden dann Ableitungen getroffen, wie sich mögliche Reformen auf die Privaten Krankenversicherer auswirken würden. Speziell zum Thema Bürgerversicherung wurden 31 Krankenversicherer befragt. Die Umfrage-Ergebnisse werden in der Arbeit vorgestellt. Danach werden Strategien und Maßnahmen beschrieben, die zur Existenzsicherung der Unternehmen beitragen können. Auf die Frage, welche Reformideen am ehesten geeignet sind, die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu sichern, wird nur mit einer kurzen Einschätzung eingegangen.

2 Die Entstehung der Sozialversicherung und des Krankenversicherungssystems

2.1 Die Grundidee der Sozialversicherung

Die Entstehung von Versicherungen ganz allgemein gründet sich auf der Idee einer Solidargemeinschaft. Jedes Mitglied leistet einen kleinen finanziellen Beitrag. Aus dem so entstehenden Vermögen erhält es im definierten Bedarfsfall Zuwendungen, so dass etwaiger wirtschaftlicher Schaden für den Einzelnen erträglich bleibt. Existenzbedrohung wird damit weitestgehend vermieden. Der Begriff Solidarität spielt hier eine entscheidende Rolle. Deshalb wird er näher betrachtet.

Häufig wird Solidarität als freiwillige Hilfe in Form des Gebens ausgeübt, beispielsweise für Menschen, die von Naturkatastrophen oder Schicksalsschlägen betroffen sind. Es kommt zu einer Umverteilung, wobei Geber und Nehmer in unterschiedlichen Ausgangssituationen sind. Im Zusammenhang mit der Solidargemeinschaft im Sinne der Versicherung hat der Begriff der Solidarität eine andere Bedeutung: Alle Beteiligten befinden sich in der gleichen oder einer vergleichbaren Ausgangssituation und haben gegenseitige Verpflichtungen. Die Leistung als Mitglied der Solidargemeinschaft beruht nicht auf Freiwilligkeit.¹

Die Solidarität wird auch als Basis für Rechte und Pflichten in der Gesellschaft gesehen. Die Entstehung des Sozialstaates ist eng verbunden mit Erwartungen an die staatliche Organisation und deren Auswirkungen auf jeden Einzelnen. In diesem Sinne bildet die Solidarität als ethisches und politisches Prinzip im Zusammenhang mit der gegenseitigen Verantwortung in einer Gesellschaft die Grundlage für die Sozialpolitik.²

Die Gesundheit wird als höchstes Gut für Einzelne und für die Gesamtwirtschaft angesehen. Ihre Erhaltung oder Erlangung ist daher von großer Bedeutung für jedes Mitglied der Gesellschaft. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Solidargemeinschaft zur Absicherung der Gesundheit, beziehungsweise zum Schutz vor materiellem Schaden, der durch Krankheit und Aufwendungen zur Erhaltung der Gesundheit entstehen kann. Daraus resultierte die Idee eines für alle Mitglieder einer Gesellschaft schützenden Sozialversicherungssystems. Dieses hat weit zurückreichende Wurzeln, die im folgenden Kapitel betrachtet werden.

2.2 Eine historische Betrachtung bis zur ersten Gesetzgebung zur Sozialversicherung in Deutschland

Bereits in Altbabylonien (etwa 2.000 Jahre v. Chr.) gab es Gesetze, die beraubte Kaufleute von der Rückzahlungsverpflichtung von Darlehen befreiten und so vor dem wirtschaftlichen Ruin bewahrten. Solche Regelungen hatten zwar nicht eine nach heutigem Verständnis soziale Absicherung zum Ziel. Sie basierten jedoch bereits auf einem Versicherungsgedanken, wie wir ihn auch heute kennen.³

¹ Vgl. Baumann (2008), S. 5 ff.

² Vgl. Baumann (2008), S. 61.

³ Vgl. Schug (2011), S. 61 ff.

In Griechenland gab es ab etwa 500 v.Chr. eine staatliche Armenfürsorge. Sie entstand nicht aus Gründen der Mildtätigkeit, sondern zur Befriedigung der Forderungen von notleidenden Teilen der Bevölkerung. Es gab öffentlich angestellte Ärzte, die Bedürftige ohne Honorar behandelten. Darüber hinaus existierte eine staatliche Versorgung für Alte und Erwerbslose sowie eine Kriegsinvaliden- und Hinterbliebenenversorgung der Kriegswaisen. Die Mittel wurden aus Steuern finanziert und hatten somit bereits einen Charakter, der mit unserer heutigen Sozialversicherung vergleichbar ist.⁴

Ähnlich verhielt es sich im Römischen Reich. Es gab eine Armenfürsorge mit Lebensmittelzuwendungen. Ab etwa christlicher Zeitrechnung gab es Krankenkassen- und Sterbekassenvereine, die ihre Mitglieder bei Bedarf versorgten. Im 4. Jahrhundert n.Chr., nach Anerkennung des Christentums als Staatsreligion, wurden diese Vereine bedeutungslos, da ein christliches Hilfswerk aufgrund des Glaubens Armenfürsorge übernahm. Dies wurde aus Spenden finanziert und gewährte Hilfe bei Krankheit, Erwerbslosigkeit, Invalidität, für Witwen und Waisen und im Alter. Im 5. Jahrhundert fand eine Reform statt, die Krankenhäuser, Waisenhäuser, Speisenhäuser und ähnliche Einrichtungen schaffte, da die kirchliche Versorgung nicht mehr ausreichte.⁵

Bei den germanischen Stämmen gab es zur selben Zeit noch keine staatlichen Hilfseinrichtungen. Als Bauern lebten sie in Sippen, Beistandsgemeinschaften, später Feldgemeinschaften und Marktgenossenschaften. Erst Ende des 8. Jahrhunderts – mit der Bildung erster Fürstentümer und dadurch entstehender Ober- und Unterschichten – wurde eine Armenfürsorge notwendig. Karl der Große verpflichtete die Kirche zur Verwendung eines Teils der Spenden zu Wohlfahrtszwecken und die Grundherren zur Unterstützung der Untertanen. Das System zerfiel mit seinem Tod.⁶

In Folge erstarkender weltlicher Macht der Bischöfe übernahmen im Mittelalter Klöster die Fürsorge der Armen, die in der Versorgung von Kranken, aber auch in Zuwendungen von Geld, Lebensmitteln, Kleidung und teilweise in Altenversorgung bestand. Während der Kreuzzüge wurden die Mitglieder der Ritterorden unter anderem „zum Dienste an den kranken und verlassenen Glaubensbrüdern“⁷ verpflichtet. Es wurden Hospitäler betrieben, aus denen die Spitalbruderschaften mit eigener Verwaltung der Kranken-

⁴ Vgl. Peters (1978), S. 15; Schug (2011), S. 101 f.

⁵ Vgl. Peters (1978), S. 16 ff.

⁶ Vgl. Peters (1978), S. 18.

⁷ Peters (1978), S. 20.

und Armenpflege entstanden. Diese finanzierten sich aus Spenden und Mitteln der Kirche.⁸

Ab dem 10. Jahrhundert wurden im deutschen Raum Städte gegründet. Mit abnehmender Bedeutung der Kirche, durch die Veränderungen in Folge der Reformation und mit wachsender Eigenständigkeit der Städte im 13. und 14. Jahrhundert entstanden zunehmend auch städtische Einrichtungen zur Krankenversorgung, hauptsächlich Spitäler und teilweise gab es von Städten angestellte Ärzte. Diese Grundstrukturen sind heute noch im deutschen Gesundheitssystem erkennbar: Krankenhäuser werden weitestgehend von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und öffentlichen Trägern betrieben.⁹

Durch den Dreißigjährigen Krieg nahm die Fürsorge durch Kirchen und Städte ab. Daraus ergab sich die Notwendigkeit der Selbsthilfe. Mit der Städtebildung ab etwa dem 11. Jahrhundert ging eine Zunahme des Handwerks einher. Dies wurde durch Zünfte und Innungen organisiert, die zunächst die Selbstverwaltung ausübten, später auch die Fürsorge übernahmen. Es wurde Zunftvermögen gebildet und zur Versorgung der Mitglieder verwendet: Im Falle von Krankheit, für Angehörige im Todesfall, bei Invalidität und im Alter für Unterkunft und Verpflegung bis zum Tod. Auch die Gewährung von Darlehen gehörte zu den Aufgaben der Zunft.¹⁰

Gesellenbruderschaften sorgten in ähnlicher Weise für Ihre Mitglieder. Die Mitgliedschaft war für alle Gesellen verpflichtend. Sie entrichteten einen Beitrag und erhielten Unterstützung bei Krankheit und im Bedarfsfall Darlehen.¹¹

Ein weiteres Beispiel ist die Knappschaftliche Fürsorge. Sie entstand etwa im 14. Jahrhundert im Bergbau durch dessen Kapitalisierung in Verbindung mit den vorindustriellen Arbeitsverhältnissen und der besonderen Berufsgefahr. Sie sorgte für Hilfe bei Krankheit, Unfall, Invalidität und für Begräbnisgeld. Während die Finanzierung anfängliche durch Spenden erfolgte, wurden später verpflichtende Beiträge erhoben.¹²

Veränderungen in der Bedeutung von Zunftwesen und Familienbande durch die Französische Revolution (1789) und die zunehmende Industrialisierung führten dazu, dass

⁸ Vgl. Peters (1978), S. 20.

⁹ Vgl. Simon (2005), S. 14-15.

¹⁰ Vgl. Peters (1978), S. 23 ff.

¹¹ Vgl. Peters (1978), S. 25.

¹² Vgl. Schewe (2000), S. 134; Peters (1978), S. 21 f.

die bis dahin patriarchalische Versorgung wegfiel und mehr Menschen auf Armenhilfe angewiesen waren. Der Staat war nun gefordert tätig zu werden. Die erste Sozialgesetzgebung erfolgte in Preußen: Das preußische Allgemeine Landrecht (ALR) von 1794 enthielt Grundsätze zur staatlichen Fürsorge, hatte jedoch noch nicht den Charakter eines Gesetzes, aus dem sich Ansprüche ableiten ließen. Verpflichtet wurden Städte und Gemeinden sowie Zünfte, Bergwerkseigentümer, Dienstherrn und Schiffsreeder zur Versorgung von Kranken und Hinterbliebenen, teilweise auch zur Kostenübernahme für Kuren und Begräbnisse. Nicht festgeschrieben war der Umfang der Leistung und es gab keine Regelungen für Fabrikarbeiter.¹³

Durch weitere Veränderungen des Wirtschaftslebens weg von der Landwirtschaft hin zur Industrie wurden Maßnahmen zum Schutz der Arbeiter erforderlich. So wurde in Preußen 1845 die Allgemeine Gewerbeordnung erlassen. Mit ihr wurden zum einen Zunftprivilegien beendet, Gewerbefreiheit errichtet und so der Weg für die Industrie bereitet. Zum anderen trug sie der Notlage der Arbeiter Rechnung, indem sie die Neugründung von Krankenkassen für Fabrikarbeiter gestattete und Gemeinden erlaubte, den Versicherungszwang für Fabrikarbeiter, Gesellen und Gehilfen zu bestimmen.¹⁴

Preußen verankerte mit den Liberalisierungen und Verpflichtungen zur Versorgung der Menschen erstmalig das allgemeine Versicherungsprinzip und löste dies von berufsständischen Bindungen.¹⁵

Mit dem „Gesetz betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen“ im Jahr 1854 wurde in Preußen erstmalig ein Kassenzwang für bestimmte Gruppen festgeschrieben, nicht jedoch eine Versicherungspflicht. Dem preußischen Beispiel folgten andere deutsche Staaten.¹⁶

2.3 Die Bildung des Sozialversicherungssystems in Deutschland bis zur Reichsversicherungsordnung

Eine einheitliche Regelung für das Deutsche Reich gab es ab dem Jahr 1876 mit dem Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen. Es regelte den Beitrittszwang per Erlass durch Ortsstatut und ermöglichte die Befreiung von diesem Zwang durch Beitritt zu

¹³ Vgl. Schug (2011), S. 289; Peters (1978), S. 29 ff.

¹⁴ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 19; Peters (1978), S. 33 ff.

¹⁵ Vgl. Eberle (1997), S. 12.

¹⁶ Vgl. Peters (1978), S. 36 ff.

einer sogenannten eingeschriebenen Hilfskasse. Diese hatte vor allem Mindestleistungen zu garantieren und erhielt durch das Gesetz eine rechtliche Legitimation.¹⁷

Auch die bislang beschriebenen Einrichtungen konnten die Versorgung der weiter zunehmenden Zahl von Arbeitern nicht ausreichend absichern. Technischer Fortschritt und die Verwendung von Maschinen brachten erhöhte Unfallgefahren mit sich, die zu Arbeitsausfall und damit verbundenem Einkommensausfall führen konnten, bis hin zur Erwerbsunfähigkeit. Schadenersatzansprüche gegen den Arbeitgeber bestanden nur bei dessen Verschulden. Einzelne und Familien gerieten häufig in Armut und benötigten staatliche Unterstützung. Die Notwendigkeit eines Systems zur Behebung dieser Probleme wurde immer drängender und von politischer Seite erkannt.¹⁸

Die steigende Zahl von Arbeitern und ihre Gefährdung in Armut zu geraten, führten zur Gründung von Gruppen zur Interessenvertretung. So entstanden der Allgemeine Deutsche Arbeiterverein, Arbeiterbildungsvereine, aus denen die Sozialdemokratische Partei hervorging, und Gewerkschaften. Diese setzten sich für sozialpolitische staatliche Maßnahmen ein, was ab 1879 zur Bildung der Arbeiterversicherung führte. Es kam zu einer Dreiteilung in Krankenversicherung, Unfallversicherung und Alters-/Invaliditätsversicherung. Ein Versicherungszwang wurde per Gesetz eingeführt, woraus gleichzeitig ein Rechtsanspruch auf Versorgung entstand. Die staatliche Verwaltungshoheit durch das neu gegründete Reichsversicherungsamt begründete den öffentlich-rechtlichen Charakter der Arbeiterversicherung.¹⁹

Am 1.12.1884 trat das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vollständig in Kraft, teilweise bereits ab 1.12.1883. Es war das erste Gesetz der zuvor angesprochenen Dreiteilung und nur dieses eine der drei Gesetze soll aus Gründen der Fokussierung hier näher betrachtet werden.

Bei der Bildung von Versorgungssystemen für Bedürftige bis hin zur Krankenversicherung lässt sich diese Entwicklung erkennen: Während die Fürsorge über Jahrhunderte bestimmten Personen oder Institutionen oblag, entstanden durch die Arbeiterversiche-

¹⁷ Vgl. Peters (1978), S. 45 f.; Merrens/von Birkelen (1991), S. 19.

¹⁸ Vgl. Töns (1985), S. 14 ff.

¹⁹ Vgl. Peters (1978), S. 49 ff.

zung eine gesetzliche Versicherungspflicht und ein Anspruch auf Leistung. In diesen Zusammenhang wurde erstmalig der Begriff „Sozialrecht“ geprägt.²⁰

Hauptinhalt des Gesetzes war der Versicherungszwang für benannte Personengruppen, die gegen Lohn oder Gehalt beschäftigt waren und bestimmte Tätigkeiten ausübten. Darüber hinaus galt ein Versicherungsrecht für Personen mit einem bestimmten maximalen Jahreseinkommen und die Möglichkeit Familienangehörige durch Krankenkassen-Statuten einzubeziehen. Es wurden Mindestleistungen definiert, wie die Kostenübernahme für ärztliche Behandlungen, Krankengeld, Sterbegeld.²¹

Maßgebliche Grundsätze bei der Ausgestaltung dieses Gesetzes waren:

- das Prinzip der Versicherungspflicht
- die Finanzierung nach dem Solidaritätsprinzip
- das Naturalleistungsprinzip
- die Beitragsabhängigkeit vom Lohn
- die Beteiligung des Arbeitgebers an der Finanzierung und Abwicklung²²

Daraus leitet sich diese Feststellung ab: „Der zu schützende Personenkreis wird qua Gesetz zum Sparen gezwungen (Versicherungspflicht) und erhält für seine Versicherungsbeiträge, die er an einen Versicherungsträger entrichten muss, eine Rechtsgarantie auf gesetzlich definierte Versicherungsleistungen“.²³

Im Jahr 1908 waren 13.189.599 Personen in der krankenversichert bei einer Gesamtbevölkerung von 62.982.000.²⁴ Die unterschiedlichen Regelungen in den drei Gesetzen der Arbeiterversicherung (Unfall-/Invaliditäts-, Kranken- und Rentenversicherung), die durch die Dreiteilung unterschiedlichen Organisationsformen und die relativ geringe Anzahl der Versicherten erforderten Reformen. Bei der ersten Neuordnung im Jahr 1892 wurde das Gesetz gleichzeitig umbenannt in „Krankenversicherungsgesetz“. Eine gänzlich neue gesetzliche Grundlage wurde 1911 mit der Reichsversicherungsordnung geschaffen, die vollständig am 1.1.1914 in Kraft trat.²⁵ Diese fasste nunmehr alle Zwei-

²⁰ Vgl. Peters (1978), S. 54 ff.

²¹ Vgl. Peters (1978), S. 56 ff.

²² Vgl. Töns (1985), S. 61.

²³ Eberle (1997), S. 15.

²⁴ Vgl. Peters (1978), S. 60.

²⁵ Vgl. Peters (1978), S. 75 ff.

ge der sozialen Versicherung zusammen. Es entstand eine „allseitige, umfassende Ordnung der sozialen Sicherung“.²⁶

2.4 Die Entstehung der Krankenversicherer

Das deutsche Gesundheitssystem hat seine Wurzeln im Mittelalter. Der Solidaritätsgedanke und die Hilfsbereitschaft gegenüber Bedürftigen als Teile des christlichen Glaubens begründeten die Entstehung der kirchlichen Krankenversorgung.

Unser heutiges System der Krankenversicherungen hat ebenfalls seine Wurzeln im Mittelalter. Als Vorläufer einer ersten „Sozialkasse“ im heutigen Sinne wird die Knappschaftskasse des Bergbaus des 14. Jahrhunderts angesehen. Die herrschenden vorindustriellen Arbeitsverhältnisse erforderten eine Absicherung der Beschäftigten, anfangs über Spenden finanziert, wurde der sogenannte „Büchsenpfennig“ später verpflichtend für Lohnarbeiter und Anteilseigner der Bergwerke.²⁷ Dieses Konstrukt wurde zwar nicht als Versicherung bezeichnet, trug jedoch mit der Systematik der Vorauszahlung eines Beitrages und der Leistung in einem bestimmten Fall deren Charakter.²⁸

Zeit	Ort	Handwerk	Risiko
1337	Duderstadt	Schmiede	Krankheit
1355	Straßburg	Bender	Krankheit/Tod
1386	Konstanz	Wollenweber	Krankheit
1404	Straßburg	Kürschner	Krankheit
1452	Hamburg	Bartscherer	Krankheit
1415	Schleswig	Schneider	Krankheit
1488	Flensburg	Böttcher	Krankheit/Tod

Tabelle 1: Beispiele für in mittelalterlichen Zunfturkunden und Gesellenordnungen geregelte Unterstützung bei Risiken

Quelle: Entnommen aus Peters (1978), S. 25 f.

Auch die – bereits beschriebenen – zur selben Zeit aufkommenden, für Handwerker verpflichtenden Mitgliedschaften in Zünften, Gilden, Innungen und Gesellenbruderschaften waren Grundstein für die Entstehung von Krankenversicherungen und durch deren Eigenschaften gekennzeichnet: Die Zusage von Kostenübernahmen im Falle von Krankheit.²⁹ Die Tabelle 1 zeigt Beispiele.

²⁶ Peters (1978), S. 77.

²⁷ Vgl. Peters (1978), S. 22.

²⁸ Vgl. Schewe (2000), S. 135.

²⁹ Vgl. Schewe (2000), S. 134.

Das im Jahr 1794 erlassene Preußische Allgemeine Landrecht ermöglichte Gesellen die Gründung neuer Kassen auf privater Basis und sicherte den Bestand bereits vorhandener sogenannter Gesellenladen. Diese existierten bereits auf Initiative von Gesellen zur Wahrnehmung ihrer Interessen.³⁰

Die Allgemeine Preußische Gewerbeordnung von 1845 gestattete Neugründungen von Krankenkassen für Fabrikarbeiter und erlaubte Gemeinden den Versicherungszwang für Fabrikarbeiter, Gesellen und Gehilfen zu bestimmen.³¹

Aufgrund der Liberalisierung und der Verpflichtung der Gemeinden zur Versorgung der Bedürftigen durch das preußische Allgemeine Landrecht und die Allgemeine Gewerbeordnung bildeten sich bis Mitte des 19. Jahrhunderts verschiedene Kassenarten:

- Gesellenkassen
- Bruderladen
- Kassen für Gewerbebetriebe an einzelnen Orten
- gemischte Kassen für Handwerker und Fabrikarbeiter
- Fabrikkassen für einzelne Fabriken
- Fabrikkassen für Industriezweige oder alle Fabriken einer Gemeinde³²

Das 1854 in Preußen erlassene „Gesetz betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen“ erlaubte Gemeinden die Pflicht zur Einrichtung von Krankenkassen für Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter. Andere deutsche Staaten folgten mit Vorschriften über das Hilfskassenwesen.³³ Als Hilfskassen wurden Krankenkassen auf freiwilliger Basis von Angehörigen einzelner Berufe oder Berufsverbänden gegründet. Auch Fabrik- oder Werkskassen von Unternehmen wurden so bezeichnet, ebenso Fabrik- oder Knappschaftskassen, die aufgrund einer Gewerbeordnung oder Knappschaftsordnung entstanden waren. Der Begriff Zwangshilfskassen wurde geprägt durch den teilweise von Gemeinden verfügten Versicherungszwang.³⁴

Im Jahre 1876 wurde eine Regelung für das Deutsche Reich geschaffen: Das Gesetz über eingeschriebene Hilfskassen. Es bildete eine einheitliche rechtliche Grundlage für

³⁰ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 19.

³¹ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 19.

³² Vgl. Peters (1978), S. 33 ff.

³³ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 19.

³⁴ Vgl. Verband der Ersatzkassen e.V. (2013), o.S.

die Hilfskassen (heutige Ersatzkassen) und stellte diese unter staatliche Aufsicht. Dieses Hilfskassengesetz kann als Wegbereiter der staatlich organisierten Sozialversicherung angesehen werden.³⁵

Das 1883 entstandene Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (vollständig am 1.12.1884 in Kraft getreten) beinhaltete den allgemeinen Versicherungszwang für bestimmte Personengruppen und bestimmte die Träger der Krankenversicherung.³⁶

Es wurden verschiedene Kassenarten als Träger definiert, die bereits aus der historischen Entwicklung entstanden waren und in Tabelle 2 aufgeführt sind.

Krankenkassenart	Merkmale	Personenkreis
Gemeinde-Krankenversicherung	Kommunale Einrichtung, für alle Gemeinden obligatorisch	Alle Personen, die nicht anderen Krankenkassen angehören
Ortskrankenkassen	Durch Beschluss einer Gemeinde für eine oder mehrere Betriebsarten	Personen, die bei den zugehörigen Betriebsarten der Gemeinde beschäftigt waren
Betriebskrankenkassen	Für einen bestimmten Betrieb eingerichtet	In dem Betrieb beschäftigte Personen
Baukrankenkassen	Vom Bauherrn errichtet	Für vorübergehend am Projekt beschäftigte Personen
Innungskrankenkassen	Von Innung aufgrund Statut errichtet	Alle bei Innungsmitgliedern beschäftigte Personen
Knappschaftskassen	Aufgrund früherer Bestimmungen im Bergbau existierend	Dort beschäftigte Personen
Hilfskassen (später Ersatzkassen)	Neben oben genannten Zwangskassen mit behördlicher Genehmigung als Träger der Krankenversicherung zugelassen, Pflicht zu gleichen Leistungen wie Gemeinde-Krankenversicherungen	Alle Versicherungspflichtige Personen dürfen sich auch hier versichern

Tabelle 2: Träger der Versicherung des ersten deutschen Krankenversicherungsgesetzes
Quelle: Entnommen aus Peters (1978), S. 58.

³⁵ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 19.

³⁶ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 20.

Auf Basis dieser Gesetzgebung entstanden die Gesetzlichen Krankenversicherungen. Etliche kleine berufsständische Krankenkassen, die nicht Träger der gesetzlichen Krankenversicherung waren, konnten nicht weiter existieren. Die Versicherungspflicht bestimmter Gruppen führte zur Abwanderung ihrer Mitglieder.³⁷

Als Reaktionen auf die Gesetzgebung erfolgte die Trennung in private und gesetzliche Krankenkassen. Die Versicherungspflicht in gesetzlichen Kassen setzte Impulse für die private Versicherung. Bevölkerungskreise ohne Versicherungspflicht wurden für die Notwendigkeit einer Krankenversicherung sensibilisiert und interessierten sich dafür. So entstanden Einrichtungen auf privatwirtschaftlicher Grundlage, die nicht gesetzlich versicherten Personen eine Krankenversicherung anboten.³⁸

1901 wurde das Gesetz über die privaten Krankenversicherungsunternehmen erlassen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), das diese Unternehmen unter Aufsicht durch das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherungen stellte. Der Begriff Private Krankenversicherung (PKV) wurde erstmalig 1903 vom Aufsichtsamt verwendet.³⁹

Durch die Pflichtversicherung für Arbeiter und Angestellte hatten die Gruppen ohne Versicherungspflicht, hauptsächlich Beamte, Mittelständler, Geistliche, Handwerker und Gewerbetreibende Interesse an der PKV. Entsprechende Neugründungen von Kassen waren die Folge, vielfach unter Nutzung bestehender Versicherungsvereine. Die erste private Krankenversicherung als Aktiengesellschaft wurde 1913 gegründet.⁴⁰

Die Reichsversicherungsordnung reduzierte Krankenkassen, führte Mindestmitgliedern zahlen ein, erweiterte den Personenkreis für die Pflichtversicherung und bestimmte eine Anhebung der Einkommensgrenze zur Versicherungspflicht. Noch bestehende Hilfskassen, die nicht schon Ersatzkassen geworden waren, wurden in Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit umgewandelt und der Aufsicht über die PKV unterstellt.⁴¹

³⁷ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 20.

³⁸ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 20.

³⁹ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 21.

⁴⁰ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 21 f.

⁴¹ Vgl. Merkens/von Birgelen (1991), S. 21.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen entstanden also zum zuvor beschriebenen Zeitpunkt durch die erlassenen Gesetze und Regelungen. Tabelle 3 stellt die Merkmale beider Systeme gegenüber.

	Gesetzliche Krankenkassen	Private Krankenkassen
Grundlage	Gesetz	Vertrag
Versicherte Personen	Pflichtversicherte	Freiwillig Versicherte
Beitragserhebung	Nach Arbeitsentgelt	Nach (teilweise individuellem) Risiko
Versicherungsschutz	Sachleistung	Kostenerstattung
Unternehmerisches Prinzip	Kostendeckend ohne Gewinnstreben	gewinnorientiert

Tabelle 3: Wesentliche Unterschiede zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen
 Quelle: In Anlehnung an Eberle (1997), S. 26.

3 Die Situation im deutschen Krankenversicherungssystem

3.1 Die bisherigen Reformen des Krankenversicherungssystems

3.1.1 Die Reformen seit der Reichsversicherungsordnung bis zur Deutschen Wiedervereinigung

Während der Anfänge der Gesetzgebung zur Krankenversicherung stand vor allem das Streben nach Absicherung möglichst vieler Menschen im Vordergrund. Die Reichsversicherungsordnung (RVO) dehnte – neben dem zuvor beschriebenen Eingriff in die Organisation der Krankenversicherungsträger – vor allem die Versicherungspflicht aus. Die Zahl der Pflichtversicherten stieg mit Inkrafttreten der RVO auf etwa 18 Millionen (1908 waren es noch etwa 13 Millionen).⁴²

Die Leistungsfähigkeit der Kassen war zu dieser Zeit ein Problem, entstanden aus der Zersplitterung des Kassensystems. Eine Vielzahl von Kassen waren durch eine anfänglich angestrebte Ortsnähe zu den Versicherten gegründet worden. Zusätzlich hatte sich vor der ersten Gesetzgebung durch die verschiedenen Interessengruppen eine große Zahl an Kassen- und Vereinsorganisationen gebildet, wie Tabelle 4 zeigt. Auch diese Probleme sollten mit der RVO behoben werden, beispielsweise mit der bereits angesprochenen Reduzierung von Krankenkassen und den Mindestmitgliederzahlen.

⁴² Vgl. Peters (1978), S. 79.

Krankenkassen	Anzahl der Krankenkassen	Anzahl der Mitglieder
Gemeindekrankenversicherungen	8.033	etwa 1.750.000
Ortskrankenkassen	4.678	etwa 7.700.000
Betriebskrankenkassen	7.700	etwa 3.700.000
Innungskrankenkassen	906	etwa 300.000
Baukrankenkassen	26	etwa 10.000

Tabelle 4: Art und Anzahl der Krankenkassen in Deutschland und Mitgliederzahlen im Jahr 1913
Quelle: In Anlehnung an Kleeis (1928), S. 111.

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit änderte sich die Anzahl der Krankenkassen von 35.000 am Ende des 19. Jahrhunderts auf 1.700 in den 1990er Jahren. (Im Januar 2012 gab es 146 Krankenkassen.)⁴³

Ein Aspekt, der in den ersten Jahrzehnten nach der RVO Anlass zu Reformen gab, waren die notwendigen Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen. Die Zersplitterung der Krankenkassen bereitete – neben der Frage der Leistungsfähigkeit – auch Probleme im Hinblick auf das Sachleistungsprinzip. Ärzte und Kassen waren gezwungen, zahlreiche Einzelverträge zu schließen, da keine Kostenerstattung an die Versicherten vorgesehen war, sondern die Vergütung der ärztlichen Leistungen direkt von der Kasse an den Arzt erfolgte. Das Kassenarztsystem wurde durch Bestimmungen der RVO verstärkt, beispielsweise durch Einrichtung eines Arztregisters, eines Register- und Vertragsausschusses und eines Schiedsausschusses für die Vereinbarung der Bedingungen zwischen Kassen und Ärzten. Die seinerzeit bereits vielfach verlangte freie Arztwahl war nicht möglich, denn die Kassen entschieden, mit welchen Ärzten sogenannte Einzeldienstverträge geschlossen wurden.⁴⁴

Das Verfahren änderte sich durch das 1931 eingeführte Kollektivvertragssystem mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Körperschaften des öffentlichen Rechts schlossen Gesamtverträge über die Vergütung der Ärzte mit den Kassen. Es wurde die Zahlung von Kopfpauschalen je Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung und die Freistellung der Krankenkasse von Forderungen einzelner Ärzte vereinbart. Gleichzeitig wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen per Sicherstellungsauftrag die Verantwortung für eine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung und

⁴³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013): Aufgaben und Organisation der GKV, o.S.

⁴⁴ Vgl. Peters (1978), S. 87.

für eine wirtschaftliche Verwendung der Zahlungen übertragen. Die Zulassung von Kassenärzten ging in die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen über. Die Versicherten erhielten das Recht auf freie Arztwahl innerhalb dieses Kreises.⁴⁵

Nach einer Phase der Abschaffung der Selbstverwaltung für Ärzte und Krankenkassen während der Zeit des Nationalsozialismus wurde diese im Jahr 1949 in der Bundesrepublik Deutschland wiederhergestellt. Das Gesetz über das Kassenarztrecht bildete die rechtliche Grundlage für die Kassenärztliche Vereinigung und wies ihr die Aufgaben zu, die sie bei Einführung des Kollektivvertragssystems bereits übernommen hatte.⁴⁶

Neben diesen Entwicklungen war die Erweiterung des Kreises der Versicherten bis in die 1970er Jahre ein zentrales Thema bei Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner im Jahr 1956 machte diese zu Mitgliedern der GKV (Gesetz über Krankenversicherung der Rentner vom 12.6.1956 – KVdR). Im Jahr 1972 wurden Landwirte und (Gesetz über Krankenversicherung der Landwirte vom 10.8.1972 – KVLG) und 1975 Behinderte und Studenten als Pflichtversicherte einbezogen (Gesetz über Sozialversicherung der Behinderten vom 7.5.1975 – SVBG/Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten vom 24.6.1975 – KVSG).⁴⁷

Neben der Erhöhung der Mitgliederzahlen in der GKV waren Leistungen ein Reformthema. Folgende Gesetze beinhalteten Leistungserweiterungen:

- Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz) vom 24.1.1952
- Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 23.7.1953
- Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall (Lohnfortzahlungsgesetz) vom 28.6.1957
- Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz – 2. KVÄG) vom 24.12.1970 – Leistungen der Früherkennung von Krankheiten⁴⁸
- Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungsverbesserungsgesetz) vom 19.12.1973 – Leistungsanspruch auf Haus-

⁴⁵ Vgl. Simon (2010), S. 31.

⁴⁶ Vgl. Simon (2010), S. 33.

⁴⁷ Vgl. Simon (2010), S. 37.

⁴⁸ Vgl. Peters (1978), S. 156 ff.

haltshilfe, Krankengeld bei Krankheit eines Kindes und zeitlich unbegrenzte Krankenhausbehandlung⁴⁹

Mit dem 2. KVÄG erfolgte eine wichtige Änderung für die PKV, die hier erwähnt, wenngleich in Kapitel 5.1 ausführlich betrachtet wird. Arbeitnehmer ohne Versicherungspflicht hatten ab dem 1.1.1971 Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss zu ihrem Versicherungsbeitrag zur freiwilligen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung.⁵⁰

In den Anfängen der Bundesrepublik Deutschland wurde das Thema Finanzierung des Gesundheitssystems nicht als Problem angesehen. Das änderte sich in späteren Jahren. In der Literatur gibt es unterschiedliche Angaben zum Zeitpunkt dieser Änderung.

	1960	1969	1973	1978
Behandlung im Krankenhaus	1,6	5,1	11,3	28,6
Behandlung durch Ärzte	1,9	4,8	8,8	16,3
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	1,3	4,5	8,4	18,0
Behandlung durch Zahnärzte, Zahnersatz	0,7	2,2	4,5	9,0
Krankenhilfe-Barleistungen (Krankengeld)	2,7	4,3	3,9	6,4
Vorsorgemaßnahmen	0,1	0,2	0,8	2,0
Übrige Leistungsausgaben	0,7	1,7	3,3	5,0
Gesamte Leistungsausgaben	9,0	22,8	41,0	85,3

Tabelle 5: Ausgaben für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Mrd. DM (gerundete Werte, ohne Verwaltungskosten)
Quelle: In Anlehnung an Geißler (1976), S. 102 ff.

Während teilweise eine überproportionale Ausgabenentwicklung seit Mitte der 50 Jahre⁵¹ festgestellt wird, kann mit Sicherheit von einer starken Zunahme der Gesundheitsausgaben seit den 1970er Jahren ausgegangen werden. Der Begriff „Kostenexplosion“ findet sich in der Literatur im Zusammenhang mit diesem Zeitabschnitt.⁵² Die Veränderungen bei den Leistungsausgaben von 1960 bis 1978 zeigt Tabelle 5.

Den steigenden Ausgaben wurde in den ersten Jahrzehnten der Bundesrepublik mit der Ausweitung des Krankenversicherungssystems begegnet. Die Erweiterung der

⁴⁹ Vgl. Simon (2010), S. 37.

⁵⁰ Vgl. Heinze (1976), S. 21.

⁵¹ Vgl. Eberle (1997), S. 47 ff.

⁵² Vgl. Andreas (1994), S. 42; Herder-Dorneich (1994), S. 138; Geißler (1978), S. 102 ff.

Versicherungspflicht und die wiederholte Anhebung der Versicherungspflichtgrenze (1952, 1957, 1965 und 1969⁵³) verbesserten mit dem größeren Personenkreis die Einnahmesituation bis die Versicherungspflicht Ende der 1960er Jahre umfassend war. Die Expansion des Krankenversicherungssystems galt bis dahin als Fortschritt.⁵⁴

Seit den 1970er Jahren ist ein Wandel in der Gesundheitspolitik festzustellen, der sich hauptsächlich in einer „Kostendämpfungspolitik“ widerspiegelt. Der Erlass des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes im Jahr 1977 war das erste Ergebnis dieser veränderten politischen Strategie. Wesentliche kostensenkende Maßnahmen darin waren veränderte Vergütungssysteme für ambulante und stationäre Behandlung und erhöhte Zuzahlungen von Versicherten. In den Folgejahren wurden weitere Gesetze erlassen, die auf Einsparungen bei den Ausgaben der GKV abzielten:

- Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG) vom 27.7.1977
- Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz - KHKG) vom 22.12.1981
- Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushaltes (Haushaltsbegleitgesetz 1983) vom 20.12.1982
- Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung sowie über die Verlängerung der Investitionshilfeabgabe (Haushaltsbegleitgesetz 1984) vom 22.12.1983
- Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz - KHNG) vom 20.12.1984
- Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20.12.1988⁵⁵

Mit dem GRG, das 1989 als letztes vor der deutschen Wiedervereinigung in Kraft trat, wurde die Gesetzliche Krankenversicherung umfangreich reformiert. Zur Verbesserung der finanziellen Lage wurde die Festbetragsregelung für Arzneimittel⁵⁶ und Kostenbeteiligungen für Versicherte eingeführt sowie die Leistungen auf das medizinisch not-

⁵³ Vgl. Sacher (2004), S. 3.

⁵⁴ Vgl. Andreas (1994), S. 39 f.

⁵⁵ Vgl. Simon (2010), S. 40 f.

⁵⁶ Vgl. Andreas (1994), S. 82.

wendige Maß begrenzt. Die Rückkehrmöglichkeiten privat versicherter und nicht versicherter Personen in die GKV wurden erschwert. Die Leistungspflicht der GKV im Ausland wurde auf Länder mit bestehendem Sozialversicherungsabkommen begrenzt.⁵⁷

Trotz aller Reformen galt das Gesundheitssystem der Bundesrepublik als leistungsfähig und erhaltenswert. Folgerichtig bildete es die Basis für die Gesundheitspolitik nach der Wiedervereinigung.⁵⁸ Mit dem Vereinigungsvertrag vom 15.5.1990 verpflichtete sich die DDR als Vorbereitung auf die Sozialunion zur Schaffung eines Systems mit den Grundstrukturen des Gesundheitssystems der Bundesrepublik. Die bundesdeutschen Rechtsvorschriften wurden für Gesamtdeutschland übernommen, da die Vereinigung als Beitritt der DDR zur Bundesrepublik durchgeführt wurde.⁵⁹

3.1.2 Die Reformen der GKV im vereinten Deutschland bis 2004

Die Problematik der Kostenentwicklung blieb nach der deutschen Wiedervereinigung bestehen. Die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems war damit weiterhin das bedeutendste Thema der Gesundheitspolitik. Das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21.12.1992 trat am 1.1.1993 in Kraft. Mit diesem Gesetz begann die Phase struktureller Reformen des Gesundheitssystems. Seine wesentlichen Inhalte waren:

- Budgetierung der Vergütung für Krankenhaus-, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel (zunächst befristet, später doch weitergeführt; Vereinbarung zwischen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung = sektoral)
- Koppelung der Budgets an die Einnahmesituation der Kassen – Steigerung nur in dem Maß, wie Einnahmen der GKV je Mitglied steigen
- Erhöhung von Zuzahlungen für Zahnersatz, Arznei- und Heilmitteln, bei Krankenhaus- und Kuraufenthalten
- Ausschluss kieferorthopädischer Behandlungen für Erwachsene
- Begrenzung der Anzahl von Ärzten (Zulassungen)
- Ab 1994: Risikostrukturausgleich (RSA) – Finanzausgleich zwischen verschiedenen Kassenarten

⁵⁷ Vgl. Sacher (2004), S. 8 f.

⁵⁸ Vgl. Simon (2010), S. 42.

⁵⁹ Vgl. Sacher (2004), S. 11 f.; Simon (2010), S. 54.

- Ab 1.7.1994: PKV wird zum Angebot eines Standardtarifs verpflichtet (in Verbindung mit § 257 Abs. 2a SGB V) als zwingende Voraussetzung für die Zahlung des Arbeitgeberzuschusses⁶⁰
- Ab 1996: freie Kassenwahl für alle Versicherten, keine Beschränkungen der Gesetzlichen Krankenversicherer auf bestimmte Versicherte
- Ab 1996: Neues Entgeltsystem für Krankenhäuser: Fallpauschalen und Sonderentgelte (unabhängig von Verweildauer) – Ende des Selbstkostendeckungsprinzips⁶¹

Das GSG kann als Paradigmen-Wechsel in der Sozialpolitik der Bundesrepublik angesehen werden. Bis dahin waren die Erweiterung des Versichertenkreises, Leistungserweiterungen und Kostendämpfungsmaßnahmen in kleinen Schritten Inhalte von Reformen. Die Eingriffe mit dem GSG belegen, dass die Politik eine Unumkehrbarkeit der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem erkannt hatte. Starke Regulierungen in allen Bereichen des Systems sollten der weiteren „Kostenexplosion“ entgegenwirken.

Der Risikostrukturausgleich und die freie Kassenwahl sollten den Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen untereinander fördern. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieses Ziel durch die freie Kassenwahl und das so ermöglichte Verlieren oder Gewinnen neuer Mitglieder und damit verbundener Beitragseinnahmen erreicht wurde. Der RSA mit dem Inhalt des Ausgleichs finanzieller Nachteile, die den Kassen infolge vieler kranker und geringe Beiträge zahlender Mitglieder entstehen, schaffte jedoch keinen stärkeren Wettbewerb der GKV-Unternehmen untereinander. Es kann sogar die Auffassung vertreten werden, dass der RSA eine eher gegenteilige Wirkung entfaltete. Wenn Nachteile, die durch das Fehlen von Mitgliedern mit hohem Beitragsaufkommen entstehen, durch Zuzahlungen ausgeglichen werden, ist die Motivation zur Werbung neuer Mitglieder geringer als ohne eine Ausgleichszahlung.

Als weitere Reform im Sozialversicherungssystem wurde zum 1.1.1995 die gesetzliche Pflegeversicherung zur sozialen Sicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG) eingeführt. Sie stellt einen neuen Zweig der sozialen Sicherung dar und ist rechtlich und finanziell eigenständig. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die in der GKV gegründet wurden, und die PKV-

⁶⁰ Vgl. Rudolph (2009), S. 43.

⁶¹ Vgl. AOK-Bundesverband (1993), o.S.; Sacher (2004), S. 11 f.; Simon (2010), S. 53 ff.

Unternehmen.⁶² Aus Gründen der Fokussierung auf die Krankenversicherung wird an dieser Stelle nicht näher auf das Thema eingegangen.

Zur finanziellen Entlastung der GKV, mit dem Ziel der Senkung und/oder Stabilisierung der Beiträge und zur Förderung des Wettbewerbs zwischen den Kassen wurden weitere Gesetze bis zur aktuell massivsten Reform, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, erlassen. Dies waren die wesentlichen Änderungen:

1997

Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) vom 1.11.1996

Wichtige Inhalte:

- Verringerung des Krankengeldes von 80 auf 70 Prozent des Gehaltes
- Wegfall der Zuzahlungen für Zahnersatz (für ab 1979 Geborene) und Brillenfassungen
- Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Arznei- und Verbandmitteln und Kuren
- Verpflichtung der GKV zur Senkung der Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte⁶³

Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz – GKV-NOG) vom 23.6.1997

Wichtige Inhalte:

- Senkung der Zuzahlung für Zahnersatz (für vor 1979 Geborene)
- Einführung von Kostenerstattung anstelle von Sachleistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie bei Jugendlichen
- Einführung des "Notopfers": 20 Mark als Zuschuss für die Instandhaltung der Krankenhäuser
- Aufhebung der regionalen Budgets für Arznei- und Heilmittel und Einführung arztgruppenspezifischer Richtgrößen
- Lockerung der Zulassungsbeschränkungen für Ärzte
- Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung wird für GKV gestattet⁶⁴

⁶² Vgl. Simon (2010), S. 55; Sacher (2004), S. 13.

⁶³ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Sacher (2004), S. 13 f.

⁶⁴ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 55.

1999

Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG) vom 19.12.1998

Wichtige Inhalte:

- Wiedereinführung kieferorthopädischer Behandlung und der Zuzahlung für Zahnersatz (für ab 1979 Geborene)
- Kieferorthopädie wieder als Sachleistung
- Senkung der Eigenbeteiligung bei Arznei- und Verbandmitteln
- Streichung des „Krankenhaus-Notopfers“⁶⁵

2000

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKVRefG 2000) vom 22.12.1999

Wichtige Inhalte:

- Stärkung des „Hausarztmodells“: Gestattung von Boni und separatem Honorartopf
- Positivlisten mit Medikamenten, deren Kosten von GVK übernommen werden
- Stärkung ambulanter Behandlungen durch Kliniken – Integration der Versorgung
- Aufstockung der Präventionsleistungen (5 DM je Mitglied)
- Erschwerte Rückkehr in die GKV: Personen, die 55 Jahre oder älter sind, werden nicht mehr versicherungspflichtig, wenn das Einkommen unter die Krankenversicherungspflichtgrenze sinkt oder sie arbeitslos werden, sofern sie in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert waren.
- Erweiterter Standardtarif in der PKV: PKV-Unternehmen müssen Versicherten ab dem 55. Lebensjahr den Wechsel in den Standardtarif ermöglichen, falls deren Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze fällt, da diesen Personen die Rückkehr in die GKV nicht möglich ist. Überschreitet das Einkommen die Versicherungspflichtgrenze, kann der Wechsel ab dem 65. Lebensjahr erfolgen.
- Gesetzlicher Zuschlag bei PKV: Ab 1.1.2000 ist ein zehnpromzentiger Zuschlag für Neukunden (von 21 bis 60 Jahren) vorgeschrieben, der als Altersrückstellung zur Beitragsstabilität im Alter ab dem 65. Lebensjahr gutgeschrieben wird.

(Die Einführung eines Globalbudgets für die gesamte GKV wurde – als Erweiterung der sektoralen Budgetierung⁶⁶ – geplant, jedoch nicht umgesetzt.)⁶⁷

⁶⁵ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.

⁶⁶ siehe GSG, S. 18.

⁶⁷ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Sacher (2004) S. 14 f.

2003

Gesetz zur Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.4.2002

Inhalt:

- Umstellung auf Vergütungsform nach einem bereits vorhandenen DRG-System („DRG: Diagnosis Related Groups. Sammelbezeichnung für diagnosebezogene Fallpauschalensysteme“⁶⁸), Einigung zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern auf australisches AR-DRG-System⁶⁹

2004

Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003

Wichtige Inhalte:

- Streichung von Leistungen (Brillen, Kontaktlinsen, Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung, Entbindungsgeld, Sterilisation, nicht verschreibungspflichtige Arznei)
- Finanzierung des Krankengelds nur noch durch Versicherte über einen Zusatzbeitrag (0,9 Prozent) – kein Arbeitgeberanteil
- Eigenanteil der Versicherten von zehn Prozent (maximal 10 Euro) bei zuzahlungspflichtigen Leistungen, 10 Euro je Krankenhaustag (maximal 28 Tage im Jahr)
- 10 Euro je Quartal Eigenanteil für ambulante Behandlung („Praxisgebühr“)
- Kostenerstattung ermöglicht
- Selbstbehalt-Tarife und Beitragsrückerstattung für freiwillig Versicherte ermöglicht
- Finanzierung des Mutterschaftsgeldes aus Steuermitteln
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (nicht vollständig umgesetzt)
- GKV bietet in Kooperation mit PKV Zusatzversicherungen an⁷⁰

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz sind Maßnahmen ergriffen worden, die teilweise von den Grundprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung abweichen. So wurde die paritätische Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei der Finanzierung des Krankengeldes aufgegeben. Die Arbeitgeber wurden entlastet während die Arbeitnehmer stärker belastet wurden. Daneben wurde der GKV gestattet, das

⁶⁸ Simon (2010), S. 56.

⁶⁹ Vgl. Simon (2010), S. 260.

⁷⁰ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Sacher (2004), S. 23; Simon (2010), S. 57 ff.

Prinzip der Kostenerstattung der PKV anzuwenden sowie Selbstbehalt-Tarife und Beitragsrückerstattungen einzuführen. Die direkte Zusammenarbeit zwischen Unternehmen der GKV und PKV-Unternehmen wurde ermöglicht und wird genutzt. Insgesamt sollte mit diesem Gesetz vor allem eine Entlastung der angespannten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenkassen erreicht werden, damit diese zum einen Schulden abbauen und um zum anderen den Beitragssatz für die Versicherten herabsetzen konnten, der in der Folge tatsächlich um durchschnittlich 0,1 Prozentpunkt sank.⁷¹

3.1.3 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 und die darauf folgenden Reformgesetze

Nach der deutschen Wiedervereinigung wurde die Finanzierung des Gesundheitssystems weiterhin reformiert. Nach Inkrafttreten eines Gesetzes wurde die nächste Reform auf den Weg gebracht. Die stärksten Veränderungen brachte das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.3.2007 mit sich. Es war die umfangreichste Reform mit grundlegender Bedeutung für die heutige Situation im deutschen Gesundheitssystem. Aus diesem Grund soll es in diesem Kapitel ausführlich betrachtet werden. Die einzelnen Teil-Reformen dieses Gesetzes traten zu verschiedenen Zeitpunkten in Kraft, beginnend am 1.4.2007. Die wichtigsten Inhalte werden hier genannt.

Strukturreform der GKV

- Seit dem 1.7.2008 gibt es einen Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Er vertritt alle Kassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Bisherige Bundesverbände wurden zu Gesellschaften Bürgerlichen Rechts.
- Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten können fusionieren.⁷²

Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag

- Seit dem 1.1.2009 wird die GKV über einen Gesundheitsfonds finanziert. Dieser wird gespeist aus Beitragseinnahmen der GKV und einem Bundeszuschuss. Die Kassen erhalten aus dem Fonds Pauschalen für ihre Versicherten. Für Versicherte mit schweren Erkrankungen werden Zuschläge zugestanden (Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich).

⁷¹ Vgl. Sacher (2004), S. 23; Simon (2010), S. 58.

⁷² Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 60.

- Kassen, die mit den Zahlungen des Gesundheitsfonds nicht auskommen, können von den Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen, der nicht paritätisch erhoben wird. (Der reguläre Beitrag wird von Versicherten und Arbeitgebern gezahlt.)⁷³

Gesetzlich festgelegter Beitragssatz

- Der Beitragssatz für die GKV wird vom BMG zum 1.1.2009 mit einem einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent festgelegt. 7,3 Prozent tragen die Arbeitgeber, 8,2 Prozent die Arbeitnehmer (plus 0,9 Prozent für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall seit dem GMG 2004).
- Für freiwillig versicherte Selbstständige gilt ein Beitragssatz von 14,9 Prozent.⁷⁴

Leistungskürzung

- Für freiwillig versicherte Selbstständige entfällt das Krankengeld. Kassen bieten ersatzweise Wahltarife an, teilweise mit nach Alter gestaffelten Beiträgen.⁷⁵

Allgemeine Krankenversicherungspflicht

- Ab dem 1.1.2009 gilt eine Versicherungspflicht für alle Einwohner in Deutschland.⁷⁶

Erschwerter Wechsel in PKV

- Angestellte konnten erst zur PKV wechseln, wenn die Versicherungspflichtgrenze in drei Jahren nacheinander überschritten wurde⁷⁷ (2010 wieder abgeschafft).

Basistarif in der PKV

- Seit 1.1.2009 ist die PKV verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, in den alle Antragsteller, die nicht der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen, ohne Gesundheitsprüfung aufgenommen werden müssen (Kontrahierungszwang).
- Die maximale Beitragshöhe für diesen Tarif ist gesetzlich vorgeschrieben: Durchschnittlicher Höchstbeitrag der GKV.⁷⁸
- Für alle anbietenden PKV-Unternehmen ist die Teilnahme an einem Ausgleichssystem – analog Risikostrukturausgleich bei der GKV – verpflichtend (§12g VAG).

⁷³ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 60.

⁷⁴ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.

⁷⁵ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 69.

⁷⁶ Vgl. Simon (2010), S. 61.

⁷⁷ Vgl. Simon (2010), S. 61.

⁷⁸ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 61.

Portabilität von Altersrückstellungen in der PKV

- Beim Wechsel eines Versicherten zu einem anderen PKV-Unternehmen werden die Altersrückstellungen in Höhe des Basistarifs auf das neue Unternehmen übertragen. Dies gilt für Neuverträge ab dem 1.1.2009.
- Versicherte mit Bestandsverträgen konnten bis 30.6.2009 einmalig eine Übertragung der Altersrückstellungen bei Versicherer-Wechsel vornehmen lassen.⁷⁹

Wahltarife in der GKV

- Seit dem 1.4.2007 können gesetzliche Krankenkassen allen Versicherten Kostenersatzung, Selbstbehalte, Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen und Zusatzleistungen anbieten.⁸⁰

Vergütungssystem und Altersgrenze für Ärzte

- Durch die Einführung regionaler Gebührenordnungen wird die bisherige Budgetierung ersetzt.
- Die Vergütung wird morbiditätsorientiert.
- Die Zulassung für Kassenärzte endet nach Vollendung des 68. Lebensjahres.⁸¹

Vertragswettbewerb

- Krankenkassen dürfen mit Ärzten Sonderverträge vereinbaren, die von den Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abweichen.⁸²

Leistungserweiterungen

- Kosten für Schutzimpfungen nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und geriatrische Rehabilitation nach ärztlicher Verordnung
- Kosten für Vater- oder Mutter-Kind-Kuren bei medizinischer Notwendigkeit
- Erleichterter Zugang zu ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern, insbesondere für spezialisierte Leistungen bei schweren Erkrankungen
- Verpflichtendes Angebot der hausarztzentrierten Versorgung an die Versicherten⁸³

⁷⁹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2007), o.S.

⁸⁰ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.

⁸¹ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 61 ff.

⁸² Vgl. AOK-Bundesverband (2013).

⁸³ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 61.

Nach Verabschiedung dieses umfassenden Gesetzes erfolgten weitere Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Wesentlichen der Ergänzung, Korrektur und Konkretisierung des GKV-WSG dienten. Sie sollen hier kurz mit den wichtigsten Inhalten Erwähnung finden.

Das **Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 diente der Vorbereitung des Gesundheitsfonds. Es regelte die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Art und Höhe) und den Ausgleich zu hoher oder zu niedriger Zuweisungen. Der Zeitpunkt für die Verpflichtung zur hausarztorientierten Versorgung wurde festgeschrieben. Das Gesetz bestimmte die Insolvenzfähigkeit aller Kassen ab 2010.⁸⁴

Mit dem **Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009** (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.3.2009 wurde Krankenhäusern ein Anspruch auf die Beteiligung der Krankenkassen an erhöhten Lohn- und Personalkosten zugestanden. Zusätzlich entstand ein Förderprogramm, über das sich Krankenkassen bis 90 Prozent an der Schaffung zusätzlicher Stellen zur Verbesserung des Pflegedienstes in den Krankenhäusern beteiligen. Das Gesetz beinhaltet auch die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische Abteilungen und Krankenhäuser ab 2013. Diese waren bislang davon ausgenommen.⁸⁵

Das zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Entwicklung im Jahr 2008 aufgelegte sogenannte **zweite Konjunkturpaket** beinhaltete folgende auf das Gesundheitswesen wirkende Maßnahmen:

- Absenkung des Beitragssatzes zur Entlastung der Lohnnebenkosten auf 14 Prozent zum 1.7.2009
- Erhöhung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds zur Vermeidung von Einnahmenverlusten bei den Kassen nach der Beitragssenkung
- Förderung von Krankenhausinvestitionen auf Bundesebene unter der Bedingung von Zuschüssen auf Länderebene⁸⁶

Mit dem **Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften** vom 17.7.2009 wurde – neben einigen Änderungen zur Versorgung mit Arzneimitteln –

⁸⁴ Vgl. Simon (2010), S. 64.

⁸⁵ Vgl. Simon (2010), S. 66.

⁸⁶ Vgl. Simon (2010), S. 67.

eine wichtige Korrektur des GKV-WSG vorgenommen. Freiwillig versicherte Selbstständige erhielten wieder die Möglichkeit, Krankengeld im Rahmen der regulären GKV-Leistungen mit einem Beitragssatz von 14,9 Prozent in Anspruch zu nehmen. Zusätzliche Wahltarife dürfen nicht in Abhängigkeit vom Versichertenalter kalkuliert werden, da dies der regulären einkommensabhängigen Beitragserhebung der GKV widerspricht.⁸⁷

Nach dem Wechsel zur derzeitigen Regierungskoalition aus CDU und FDP wurden weitere Gesetze erlassen, die die Krankenversicherungen betreffen.

Zum 1.1.2010 wurde mit dem **Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen** (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) vom 16. Juli 2009 ermöglicht, die Krankenversicherungsbeiträge (gesetzlich und privat) steuerlich geltend zu machen.

Das **Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22.12.2010 beinhaltet im Wesentlichen die Erleichterung zum Eintritt in die PKV. Der im GKV-WSG festgelegte Wegfall der Versicherungspflicht nach Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Jahren wurde wieder auf ein Jahr verkürzt. Daneben wurde Begrenzung für Zusatzbeiträge der GKV abgeschafft sowie der GKV-Beitrag auf 15,5 Prozent angehoben.⁸⁸

Mit dem **Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV-VStG) vom 1.12.2011 wurden vor allem Anreize für Ärzte zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten geschaffen.⁸⁹

Ab dem 1.1.2013 gibt es die sogenannte Praxisgebühr nicht mehr. Dies wurde mit dem **Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen** vom 9.11.2012 beschlossen.⁹⁰

⁸⁷ Vgl. AOK-Bundesverband (2013), o.S.; Simon (2010), S. 69 f.

⁸⁸ Vgl. Dicke et al. (2012), S. 18.

⁸⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2011), o.S.

⁹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012): Pressemitteilung – Bundestag beschließt Assistenzpflegegesetz und Abschaffung der Praxisgebühr, o.S.

3.2 Allgemeiner Überblick: Die aktuellen Gegebenheiten im Krankenversicherungssystem

In Deutschland besteht ein duales Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Es gilt eine allgemeine Krankenversicherungspflicht.

GKV

In der GKV pflichtversichert sind etwa 90 Prozent der Bevölkerung. Diese Versicherungspflicht in der GKV besteht für Arbeitnehmer, die ein Arbeitsentgelt zwischen 450 und 4.350 Euro monatlich erhalten, sowie für Auszubildende.⁹¹ Darüber hinaus sind pflichtversichert: Leistungsbezieher der Bundesagentur, Landwirte, selbständige Künstler und Publizisten, Studenten und Rentner, die bei Renteneintritt GKV-Versicherte waren.⁹² Angehörige sind in der GKV beitragsfrei mitversichert.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird nach dem Solidaritätsprinzip im Umlageverfahren finanziert. Die eingenommenen Beiträge werden direkt zur Erbringung der Leistung verwendet. Der Beitragssatz wird vom Gesetz vorgegeben und in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten erhoben. Es erfolgt eine paritätische Finanzierung mit Beteiligung der Arbeitgeber am Beitrag. Der vom Arbeitgeber zu zahlende Anteil beträgt 0,9 Prozentpunkte weniger als der Anteil der Arbeitnehmer, weil diese den Beitrag für die Krankentagegeld-Versicherung allein aufbringen. Die Beiträge fließen in einen Gesundheitsfonds. Dieser zahlt pauschale Beträge je Versicherten sowie Zu- und Abschläge, die sich nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheiten errechnen, an die GKV-Unternehmen. Bei Bedarf wird der Gesundheitsfonds aus Steuermitteln bezuschusst. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Zusatzbeiträge, deren Höhe sie selbst festlegen, bei ihren Versicherten zu erheben.⁹³

Grundsätzlich herrscht das Sachleistungsprinzip, bei dem der Versicherte die Gesundheitsleistung in Anspruch nimmt, ohne selbst dafür zu zahlen.⁹⁴ Die Gesundheitsleistungen sind in einem einheitlichen Leistungskatalog definiert. Versicherte leisten Zahlungen bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten sowie bei zusätzlichen selbstgewählten Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen – IgeL), die die Krankenkassen nicht übernehmen, beispielweise Reiseimpfungen.

⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013): Versicherte/Arbeitnehmer, o.S.

⁹² Vgl. Dicke et al. (2012), S. 28 f.

⁹³ Vgl. Dicke et al. (2012), S. 13.

⁹⁴ Vgl. Dicke et al. (2012), S. 7 ff.

PKV

Die private Krankenvollversicherung wird per Vertrag geschlossen. Diese Möglichkeit besteht für nicht pflichtversicherte Personen.

Die Finanzierung erfolgt nach dem Äquivalenzprinzip. Das bedeutet, die Einnahmen müssen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen decken. Den Rahmen zur Beitragskalkulation bilden gesetzliche Regelungen (Kalkulationsverordnung).

Die Beiträge werden nach bestimmten Vorschriften und im Kapitaldeckungsverfahren so kalkuliert, dass ein Teil des Beitrages nicht für die unmittelbare Leistung, sondern als Altersrückstellung verwendet wird, um hohe Beitragssteigerungen im Alter zu vermeiden.⁹⁵ Für jede versicherte Person wird ein Beitrag erhoben. Arbeitnehmer erhalten für die Beiträge zur PKV einen Zuschuss vom Arbeitgeber.

Der Versicherungsschutz wird in verschiedenen Tarifen angeboten mit Unterschieden beim Leistungsumfang und bei den Selbstbehalten.

3.3 Die Problemfelder des heutigen Krankenversicherungssystems

3.3.1 Steigende Kosten im Gesundheitswesen

Trotz der Reformbemühungen verschiedener Regierungen wächst das Problem der Kosten unseres Gesundheitssystems seit den 1970er Jahren. Aussagekräftiger als absolute Zahlen ist der Anstieg der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und der Ausgaben pro Einwohner. Tabelle 6 zeigt die Entwicklung.

Gesundheitsausgaben	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anteil am BIP in %	10,1	10,4	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3
Je Einwohner in Euro	2.290	2.590	2.920	2.990	3.090	3.220	3.410	3.530	3.590

Tabelle 6: Indikatoren der Gesundheitsausgabenrechnung von 1995 bis 2011

Quelle: Entnommen aus Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit Ausgaben 2011, S. 34

Eine zusätzliche Betrachtung dieser Werte im europäischen Vergleich zeigt, dass Deutschland (neben Frankreich) die höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt hat, siehe Abbildung 1.

⁹⁵ Vgl. Dicke et al. (2012), S. 10.

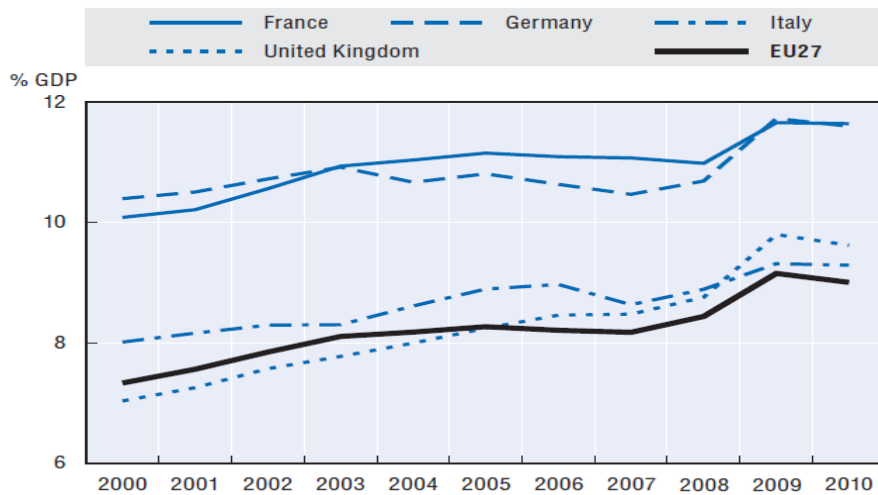


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP, europäischer Vergleich von 2000 bis 2010

Quelle: Entnommen aus OECD (2012), S. 4.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems gelingt in den letzten Jahren nicht mehr allein durch Beitragseinnahmen, sondern wird aus Steuermitteln mitgetragen. Abbildung 2 zeigt diese Entwicklung. Ab 2009 wurde der mit dem GKV-WSG eingeführte Gesundheitsfonds aus Steuermitteln bezuschusst.

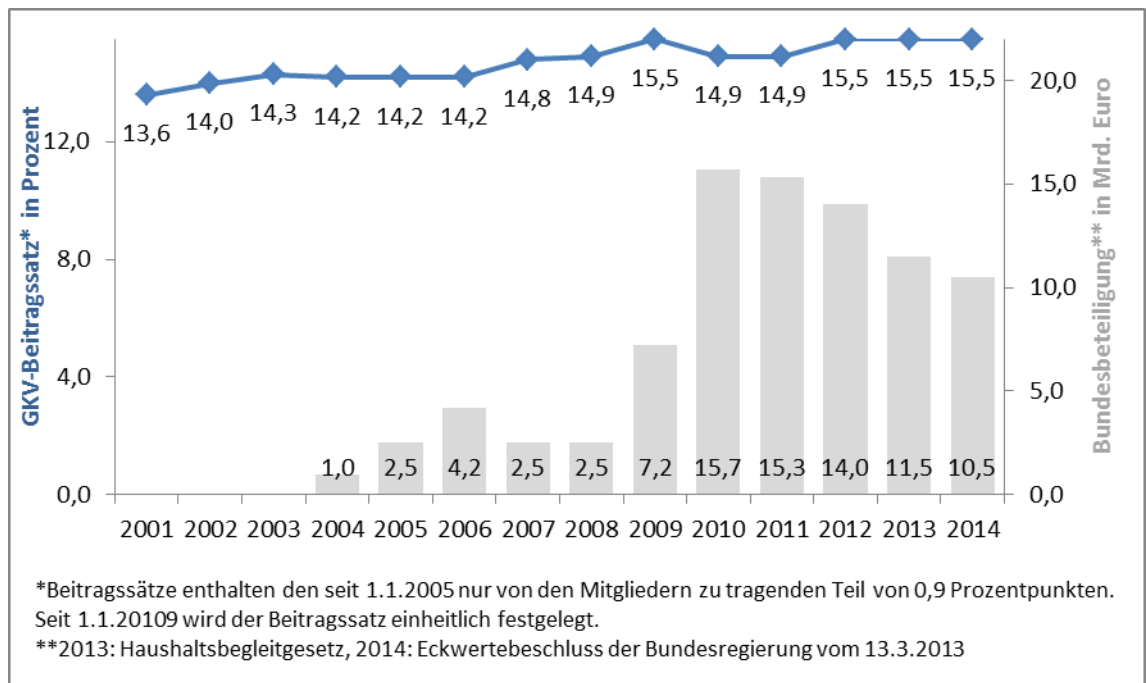


Abbildung 2: Entwicklung des GKV-Beitragssatzes und der Bundesbeteiligung
 Quelle: Entnommen aus GKV-Spitzenverband (2013).

Laut Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) ist auch künftig mit steigenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu rechnen. Als Ursachen dafür werden einerseits angebotsseitige Determinanten genannt: Angebotsinduzierte Nachfrage, medizinisch-technischer Fortschritt, negative Preisstruktureffekte und die sogenannte Defensivmedizin (Ablehnung risikoreicher Behandlungen durch Ärzte aus Furcht vor juristischen Konsequenzen). Auf der Nachfrageseite wurden folgende Einflussfaktoren identifiziert: Demographische Entwicklung, Veränderung des Krankheitsspektrums, die gestiegene Anspruchshaltung und der Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme (Moral-hazard, siehe Punkt 3.3.6). Während die Mehrkosten aufgrund des Demografischen Wandels (auf den an anderer Stelle näher eingegangen wird) vom SVR Gesundheit als einziger in gewissem Maße kalkulierbarer Effekt angesehen wird, sind Schätzungen der Mehrkosten der anderen genannten Determinanten nur mit großen Unsicherheiten möglich.⁹⁶

3.3.2 Die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Akzeptanz des Finanzierungssystems

Die Messung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in Deutschland und damit die Beurteilung seiner Qualität stellt sich als äußerst schwierig dar. Laut SVR Gesundheit gibt es hierzu Auffassungen mit sehr unterschiedlichen Tendenzen:

- Seine Leistungsfähigkeit wird einerseits als weltweit vorbildlich eingeschätzt. Gründe sind: Universeller Krankenversicherungsschutz, flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen, hoher Versorgungsstandard, freie Arztwahl und der im internationalen Vergleich umfangreiche Leistungskatalog mit geringen Selbstbeteiligungen und relativ geringen Rationierungen.
- Andererseits erscheint der prozentuale Anteil am BIP für Kosten des Gesundheitswesens in Deutschland hoch im Vergleich zur Lebenserwartung (und Lebensqualität). Basis für die Ansicht sind OECD-Untersuchungen, die diese Werte in Relation zueinander setzen. Die Aussagekraft dieser These wird allerdings dadurch relativiert, dass ein vergleichsweise niedriges Wachstum des BIP ebenso unberücksichtigt bleibt wie die Entwicklung der Lebenserwartung.⁹⁷

⁹⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 22.

⁹⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 15 f.

Der SVR Gesundheit kommt bei seinen Untersuchungen trotz dieser Widersprüche zu der Auffassung, dass eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland möglich ist und das Ziel von Reformen sein sollte.⁹⁸

Wie soeben ausgeführt lässt sich die Versorgungsqualität nicht direkt, sondern nur über Indikatoren messen. Interessant kann in diesem Zusammenhang sein, wie die Versicherten die Qualität der Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Aus diesem Grund wird das Stimmungsbild bei den Versicherten hier im gleichen Kapitel wie die Qualität der Gesundheitsversorgung betrachtet. Es lässt sich eine positive Tendenz bei der Akzeptanz erkennen.

Das Institut für Demoskopie Allensbach führt im Auftrag der MLP AG regelmäßig repräsentative Studien im Rahmen eines Gesundheitsreports durch. Es befragt Ärzte und Bevölkerung unter anderem nach der Qualität der Gesundheitsversorgung. 2008 sahen 60 Prozent der Bevölkerung eine Verschlechterung und 5 Prozent eine Verbesserung. Die Beurteilungen haben sich 2012 positiv verändert: auf 39 Prozent bei der wahrgenommenen Verschlechterung und 9 Prozent bei der wahrgenommenen Verbesserung. Abbildung 5 zeigt die Ergebnisse.

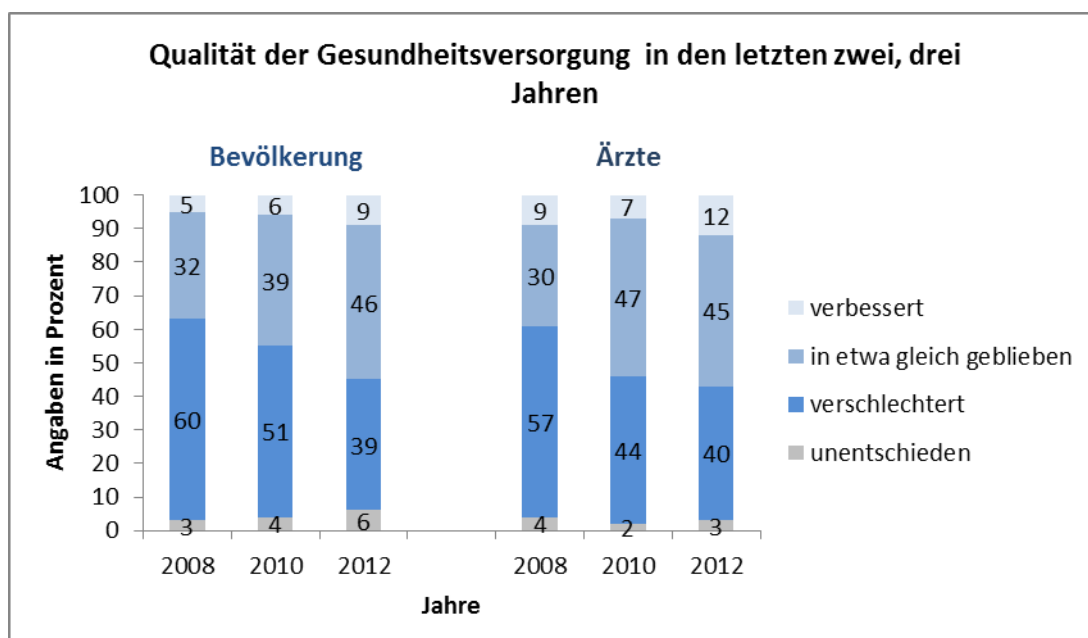


Abbildung 3: Die Qualität der Gesundheitsversorgung, Befragung vom IfD Allensbach zum MLP Gesundheitsreport 2012

Quelle: Entnommen aus Institut für Demoskopie Allensbach (2012), S. 6.

⁹⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 17.

In den Untersuchungen der letzten Jahre wurden wiederholt Fragen nach den Erwartungen an das Krankenversicherungssystem in den nächsten zehn Jahren gestellt. Die Antworten fielen relativ gleichmäßig skeptisch aus, wie Tabelle 7 zeigt. (Die Fragen wurden in 2010 und 2012 nicht gestellt.)

Erwartung für die nächsten zehn Jahre...	2007	2008	2009	2011
Steigende Beiträge, GKV immer teurer	84	82	80	79
Mehr Zuzahlung für Medikamente	81	76	78	79
Tendenz zur Zwei-Klassen-Medizin	78	69	72	79
Tendenz zu weiteren Reformen	74	67	60	73
Kassen bieten nur noch Grundversorgung	72	64	60	58
Ärzte haben weniger Zeit für Patienten	68	62	67	61
Versorgung auf heutigem Niveau nicht mehr für alle möglich	66	61	59	57

Tabelle 7: Erwartungen der Bevölkerung für die nächsten zehn Jahre im Krankenversicherungssystem (Antworten in Prozent der Befragten)

Quellen: In Anlehnung an Institut für Demoskopie Allensbach (2007, 2008, 2009, 2011).

Tatsächlich ist es durch die Reformen der letzten Jahrzehnte in der GKV zu Leistungskürzungen und verstärkter Eigenbeteiligung der Versicherten gekommen, die durchaus als Qualitätsminderung wahrgenommen werden und weitere Einschränkungen erwarten lassen. Dennoch ist bemerkenswert, dass sich die Grundhaltung der Bevölkerung zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems trotz Leistungskürzungen und trotz Skepsis im Hinblick auf die Erwartungen der nächsten Jahre wieder verbessert hat. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse des MLP Gesundheitsreports 2012.

Die Ambivalenz der Bevölkerung zwischen Skepsis einerseits und positiver Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung andererseits findet sich auch darin wieder, dass die Akzeptanz des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung von unterschiedlichen Interessengruppen in verschiedene Richtungen ausgelegt wird. Ein eindeutiges Bild der Unzufriedenheit kann jedoch nicht objektiv bestätigt werden.

Lediglich im Hinblick auf die Beibehaltung der beiden Systeme GKV und PKV nebeneinander scheint es eine Tendenz in der Bevölkerung zu geben. Eine kürzlich erschienene bevölkerungsrepräsentative Studie der TNS Infratest Finanzforschung ergab, dass

57 Prozent der Befragten die Beibehaltung der beiden Krankenversicherungssysteme nebeneinander ablehnen. Lediglich 39 Prozent sind für die Beibehaltung.⁹⁹

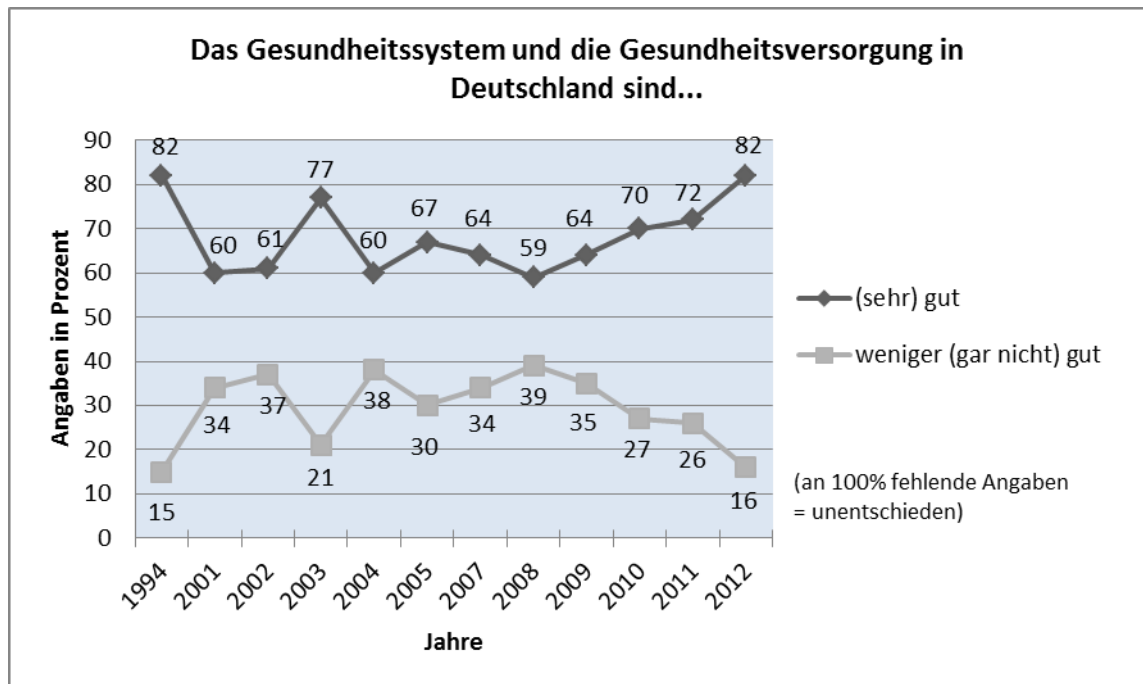


Abbildung 4: Befragungen vom IfD Allensbach beim MLP Gesundheitsreport zur Einschätzung der Qualität des Gesundheitssystems in Deutschland von 1994 bis 2012
 Quelle: Entnommen aus Institut für Demoskopie Allensbach (2012), S. 3.

3.3.3 Der demografische Wandel

Seit circa 150 Jahren steigt die Lebenserwartung in Deutschland um etwa drei Monate pro Jahr. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Nach Modellrechnungen steigt die Lebenserwartung bei Neugeborenen bis zum Jahr 2060 um sieben bis acht Jahre bis auf 89,2 Jahre. Gleichzeitig verzeichnet Deutschland seit Mitte der 1970er Jahre eine geringe Geburtenrate von 1,4 Kindern je Frau. Eine Quote von 2,1 wäre für den Erhalt der Elterngeneration notwendig. Daraus ergibt sich, dass die Bevölkerung in Deutschland zurückgeht, bis 2060 auf 65 bis 70 Millionen. Gleichzeitig wird es mehr alte und weniger junge Menschen geben, so dass voraussichtlich im Jahr 2030 etwa 29 Prozent und im Jahr 2060 etwa 34 Prozent 65 Jahre und älter sein werden.¹⁰⁰

Der Demografische Wandel hat in mehrfacher Hinsicht Einfluss auf das Gesundheitswesen. Zum einen ist mit steigenden Kosten für den zunehmenden Bedarf an Gesundheitsleistungen durch ältere Menschen zu rechnen. Zum anderen nimmt die Anzahl der

⁹⁹ Vgl. TNS Infratest (2013), o.S.

¹⁰⁰ Vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder (2013), o.S.

Beitragszahler ab, ebenso das Beitragsaufkommen, da dies an die Erwerbstätigkeit gebunden ist und die Beiträge der GKV, die den überwiegenden Anteil zur Finanzierung des Gesundheitssystems trägt, in Abhängigkeit vom Einkommen erhoben werden. Darüber hinaus verstärkt die Abnahme der Erwerbstätigen den derzeit bereits herrschenden Personalmangel bei Pflegekräften. Bereits im Jahr 2011 gaben 37,2 Prozent der Krankenhäuser an, Probleme bei der Stellenbesetzung im Pflegedienst zu haben. Zwei Jahre zuvor waren es noch 16,2 Prozent.¹⁰¹ Details zur Beantwortung der Frage nach Stellenbesetzungsproblemen durch Krankenhäuser zeigt Abbildung 5.

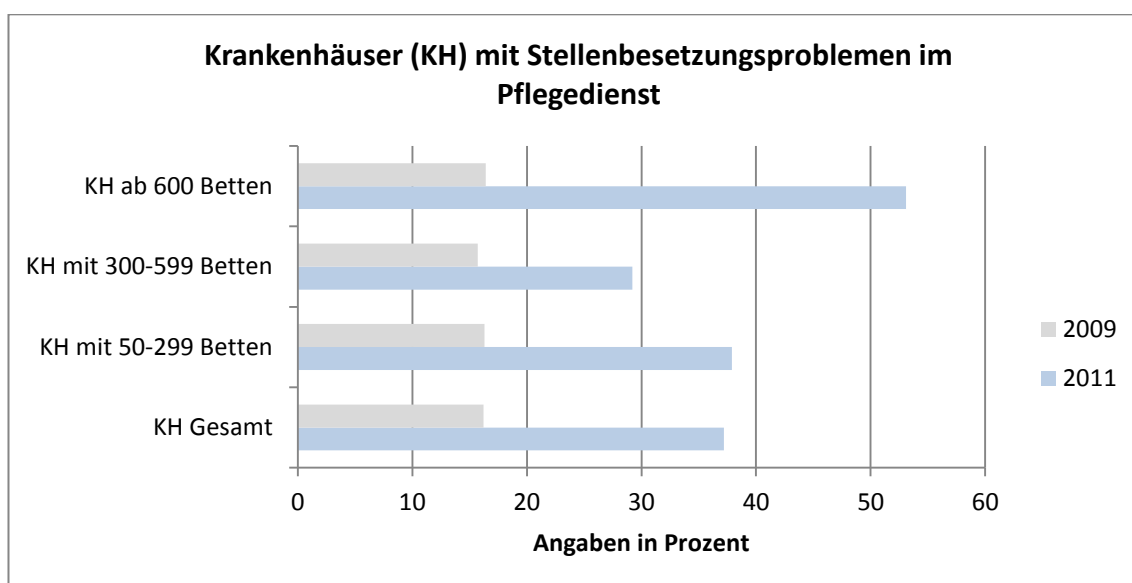


Abbildung 5: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst
 Quelle: Entnommen aus Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2011), S. 6.

3.3.4 Die ärztliche Versorgung/Arztdichte

In den Medien ist immer wieder von fehlenden Ärzten in ländlichen Gebieten zu hören. Der Versorgungsatlas vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gibt erstmalig mit einer Erhebung für das Jahr 2010, publiziert im Jahr 2012, genaue Auskunft über die Arztdichte in ganz Deutschland. Die Abbildung 6 zeigt, dass es starke Schwankungen zwischen ländlichen Gegenden, insbesondere in den neuen Bundesländern, und Ballungszentren gibt. Es ist eine Unterversorgung in Teilen Deutschlands erkennbar.

¹⁰¹ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2011), S. 6.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010 (nach Arztgruppen)

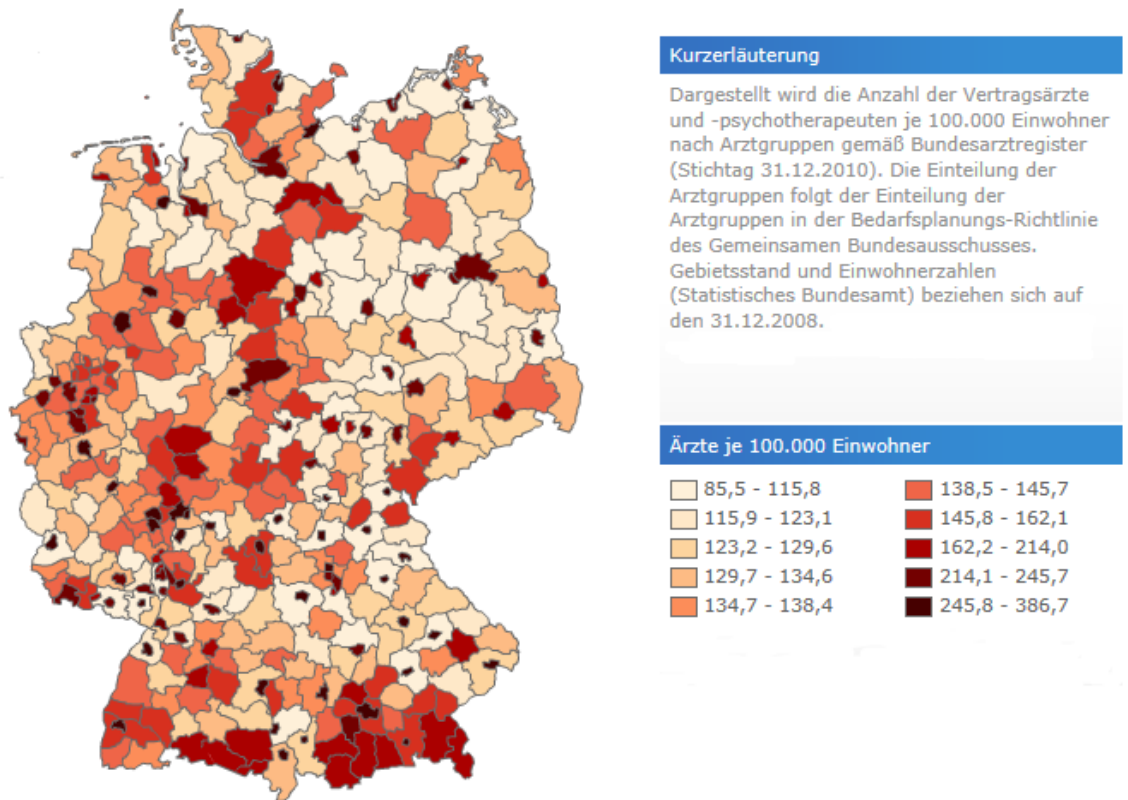


Abbildung 6: Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010
 Quelle: Entnommen aus Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2013).

Das Bundesministerium für Gesundheit sieht im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel einen wachsenden Bedarf an Ärzten, nicht nur wegen der steigenden Zahl älterer Menschen mit erhöhter Nachfrage nach ärztlicher Versorgung, sondern auch wegen der gleichzeitigen Alterung der Ärzteschaft. Während im Jahr 1995 noch 24,8 Prozent der Ärzte unter 35 Jahre alt waren, ist deren Anteil auf 17,4 Prozent im Jahr 2011 gesunken.¹⁰²

Der zuvor schon erwähnte MLP Gesundheitsreport bestätigt, dass ein Ärztemangel teilweise wahrgenommen wird. In der Befragung von 2012 geben 58 Prozent der befragten Ärzte von Städten/Regionen mit unter 100.000 Einwohnern an, dass es bereits einen Ärztemangel gäbe. Abbildung 7 zeigt die Ergebnisse.

¹⁰² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013): Ärztliche Versorgung, o.S.

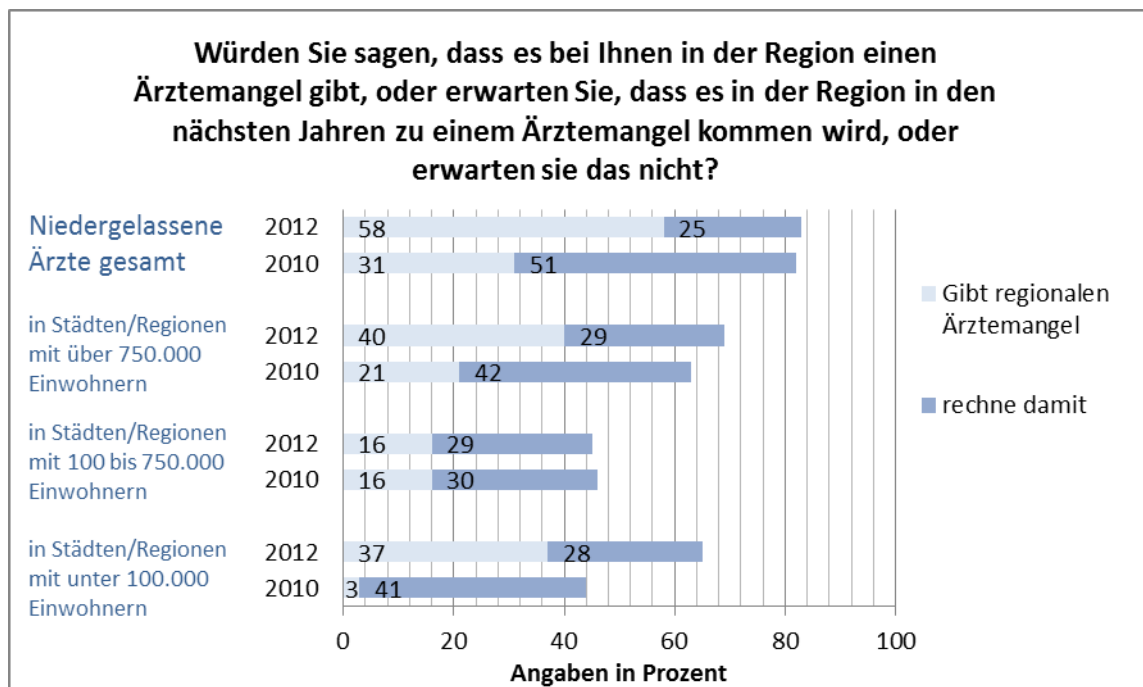


Abbildung 7: Befragung des IfD Allensbach beim MLP Gesundheitsreport zur Einschätzung von regionalem Ärztemangel

Quelle: Entnommen aus Institut für Demoskopie Allensbach (2012), S. 23.

3.3.5 Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

In der Untersuchung Krankenhaus Barometer 2012 des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) geben knapp 31 Prozent der Krankenhäuser Verluste im Wirtschaftsjahr 2011 an. Im 2011 waren es 21 Prozent der Krankenhäuser. Gleichzeitig ist der Anteil der Krankenhäuser mit einen Jahresüberschuss von 68 Prozent auf gut 55 Prozent gesunken. Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse dieser Befragung.

Während die Vergleichszahlen vom Jahr 2009 auf 2010 noch als auf kritischem Niveau stabil bezeichnet wurden, ist aktuell von einer merklichen Verschärfung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser die Rede. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag ist von 2010 auf 2011 deutlich angestiegen. Die Tabelle 8 zeigt die Entwicklung in den letzten Jahren.

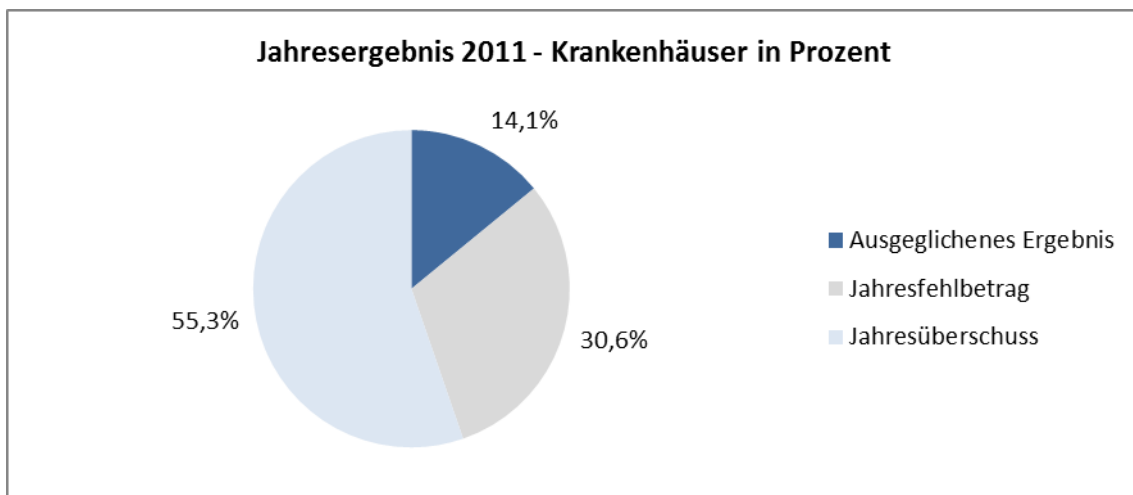


Abbildung 8: DKI-Befragung – Jahresergebnis Krankenhäuser 2011 (Antworten in Prozent der Befragten)

Quelle: Entnommen aus Deutsches Krankenhausinstitut (2012), S. 92.

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat sich - nach einer Erholungsphase in den Jahren 2008 bis 2010 – wieder verschlechtert. Die zwischenzeitliche Verbesserung der Jahresergebnisse führt das DKI auf die endgültige Einführung des Fallpauschalen-Systems und eine damit verbundene Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zurück.¹⁰³ Die Frage, warum sich diese Verbesserung nicht nachhaltig stabilisierend ausgewirkt hat, untersucht das DKI nicht.

Jahr	Jahresüberschuss	Ausgeglichenes Ergebnis	Jahresfehlbetrag
2005	46,7	16,8	32,8
2006	55,3	14,9	28,0
2007	51,8	17,4	29,6
2008	61,6	16,3	19,7
2009	68,0	11,0	21
2010	68,0	11,0	21
2011	55,3	14,4	30,6

Tabelle 8: Jahresergebnisse der Krankenhäuser in Deutschland von 2005 bis 2011 (Angaben in Prozent der Befragten)

Quelle: In Anlehnung an Deutsches Krankenhausinstitut (2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012).

Probleme bei den Bemühungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern bereiten die permanente Überkapazität sowie negative Preisstruktureffekte.

¹⁰³ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut (2010), S. 119.

Überkapazität: Krankenhäuser halten ständig Betten und hochwertige medizinische Ausstattung vor, die nicht ausgelastet sind. Das ist erforderlich, um die medizinische Versorgung bundesweit garantieren zu können, bereitet jedoch wirtschaftliche Probleme, da die Versorgungsbereitschaft auch ohne Inanspruchnahme Kosten verursacht. Der Abbau von Überkapazitäten wird als Instrument zur Kosteneinsparung in etlichen Veröffentlichungen genannt. Die exakte Bedarfsplanung, ist jedoch im Gesundheitsbereich nicht in dem Maß realisierbar, dass Überkapazitäten komplett abgebaut werden können. Es besteht immer auch die Gefahr der Unterversorgung, denn Behandlungsbedarf bei Krankheit ist nicht präzise planbar.¹⁰⁴

Negative Preisstruktureffekte: Diese – ebenfalls kaum vermeidbaren – Effekte ergeben sich aus einem höheren Anstieg der Kosten für medizinische Versorgung gegenüber der allgemeinen Preisentwicklung. Das liegt vor allem daran, dass die Lohnentwicklung ähnlich wie in anderen Wirtschaftsbereichen verläuft, die Produktivität jedoch kaum oder langsamer zunimmt. Zurückzuführen ist dies auf den hohen notwendigen Personaleinsatz, der durch technologischen Fortschritt nicht ersetzt werden kann.¹⁰⁵

3.3.6 Das moral-hazard-Phänomen

Aufgrund der „Kostenexplosion“ der 1970er Jahre entstand ein ökonomisches Problembewusstsein im Gesundheitswesen, das als Ausgangspunkt für gesundheitsökonomische Forschung angesehen wird. In dieser Wissenschaftsdisziplin wird das moral-hazard-Phänomen diskutiert. Die anglo-amerikanische Theorie besagt, dass ein beitragsfinanziertes Versicherungssystem grundsätzlich durch Überinanspruchnahme gekennzeichnet ist. Das Verhalten der Versicherten richtet sich auf Nutzenmaximierung aus, insbesondere, wenn ein zusätzlicher Konsum nicht mit Mehrkosten für den Einzelnen verbunden ist. Es gibt einerseits die Auffassung, dass dieses Verhalten im Krankenversicherungssystem kaum erkennbar sei, da Patienten keinen tatsächlichen Nutzen aus der Überinanspruchnahme zögen.¹⁰⁶ Andererseits existiert die Meinung, dass es tatsächlich ein moral-hazard-Verhalten gibt und es sich in Form von unnötiger Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen widerspiegelt, die die Kosten der Krankenversicherer künstlich in die Höhe treibt.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Vgl. Hajen et al. (2010), S. 83.

¹⁰⁵ Vgl. Hajen et al. (2010), S. 83.

¹⁰⁶ Vgl. Andreas (1994), S. 45 ff.

¹⁰⁷ Vgl. Busse/Schreyögg/Tiemann (), S. 31 f.

4 Die Reformansätze zur künftigen Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland

4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Gründe für weitere Reformpläne

Bei Betrachtung der zuvor identifizierten Problemfelder bei der künftigen Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems kommt vor allem zwei Bereichen eine besondere Bedeutung zu.

Die demografische Entwicklung führt dazu, dass vielen Leistungsempfängern auf der einen Seite weniger Beitragseinnahmen auf der anderen Seite gegenüber stehen werden. Gleichzeitig ist zu befürchten, dass diese Entwicklung zu einem Personalmangel bei Ärzten und Pflegekräften führen wird.

Die schlechte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist in Koppelung mit den bereits vorhandenen Personalbeschaffungsproblemen und dem künftig erwarteten Personalmangel der zweite große Problembereich. Hinzu kommt die gewünschte Versorgungsleistung – auch mit moderner Ausstattung – und die damit verbundene permanente Überkapazität. Geforderte Einsparungsmaßnahmen auf der einen Seite stehen hier einem erhöhten Finanzbedarf zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung auf der anderen Seite gegenüber.

Die politischen Parteien begründen ihre Reformvorschläge, je nach politischem Lager, weitestgehend mit diesen Argumenten:

- Dauerhafte und flächendeckende Sicherung der medizinischen Versorgung, auch im Hinblick auf den demografischen Wandel
- Kostenanstieg im Gesundheitssystem vermeiden
- „Zwei-Klassen-Medizin“ abschaffen

4.2 Die Bürgerversicherung nach aktuellen Plänen der SPD

Die Gestaltung des Krankenversicherungssystems nach dem Prinzip der sogenannten Bürgerversicherung wird seit dem Jahr 2002 diskutiert. Aktuell wurde das Vorhaben der Einführung einer Bürgerversicherung auf dem Bundesparteitag der SPD 2011 beschlossen. Das Thema ist derzeit in den Medien sehr stark präsent. Da es nach der

kommenden Bundestagswahl eine Regierungsbeteiligung der SPD geben könnte, wird diese Variante der Bürgerversicherung hier ausführlich betrachtet.¹⁰⁸

Leistungsträger

Die GKV wird zur Bürgerversicherungs-Kasse.

PKV-Unternehmen können Bürgerversicherungstarife zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten wie die GKV. Versicherte können innerhalb eines Jahres ab deren Einführung in die Bürgerversicherung wechseln. Altersrückstellungen sind portabel (in verfassungsmäßigem Rahmen).

Die Krankenversicherer existieren weiterhin als Körperschaften öffentlichen Rechts, als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und als Aktiengesellschaften.

Alle Kassen unterliegen einem risiko- und altersunabhängigen Kontrahierungszwang.

Personenkreis

Versicherte in der Bürgerversicherung sind automatisch alle jetzt gesetzlich Krankenversicherte und alle zukünftig neu hinzukommende Versicherte. Die Bürgerversicherung ist künftig die einzige Krankenvollversicherung. Es gilt das Prinzip der Familienmitversicherung.

Jetzige PKV-Versicherte können die bestehenden Verträge beibehalten. Bestandsversicherungen in der PKV müssen aus deren Beiträgen und Altersrückstellungen gedeckt werden ohne Anspruch auf Mittel aus dem Gesundheitsfonds. Ein Wechsel in die Bürgerversicherung ist innerhalb eines Jahres nach deren Einführung möglich.

Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt solidarisch, überwiegend über Beiträge, jedoch mit dynamisiertem Steuerbeitrag. Die Dynamik wird erzeugt, indem der Steuerzuschuss gemäß Veränderungsrate der Umsatzsteuer-Einnahmen angepasst wird. Die Zinsabgeltungssteuer wird angehoben, um das Aufkommen für einen dynamisierten Steuerbeitrag zu erhöhen. Kapitalerträge werden damit indirekt einbezogen.

¹⁰⁸ Vgl. SPD (2011), S. 145 ff.

Der Gesundheitsfonds bleibt erhalten als Finanzausgleich unter allen Bürgerversicherungsanbietern.

Der RSA wird gestärkt für die gesamte Bürgerversicherung.

Praxisgebühren und Zuzahlungen bleiben bestehen (und/oder werden wieder eingeführt).

Beitragserhebung

Die paritätische Finanzierung wird beibehalten. Der Beitrag ist prozentual auf die gesamte Lohnsumme (Einkünfte) zu zahlen. Die Arbeitgeber führen den Beitrag (ohne Beitragsbemessungsgrenze) an den Gesundheitsfonds ab. Die Arbeitnehmer zahlen ihren Beitragsanteil unter Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze, die nach bisherigem Verfahren jährlich neu festgesetzt wird.

Für Selbstständige wird die Untergrenze für Berechnung des Mindestbeitrages abgesenkt. Der Beitrag wird ab 400,01 Euro monatlich prozentual vom Einkommen berechnet (derzeit ab 2.021,25 Euro).

Der Beitragssatz wird von den Kassen individuell festgelegt.

Leistungen

Es gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip.

Der Leistungskatalog der GKV ist Grundlage (Weiterentwicklung in Selbstverwaltung). Sogenannte IGeL-Leistungen (Selbstzahlung durch Versicherte, beispielsweise für bestimmte Impfungen) sollen geprüft und gegebenenfalls zurückgeführt werden.

Zusätzliche Planung

Ein Dialog für den Übergang in einen einheitlichen solidarischen Versicherungsmarkt soll geführt werden.

Eine einheitliche Honorarordnung wird eingeführt.

4.3 Die Gesundheitsprämie (Kopfpauschale) nach früheren Plänen der CDU

Dieses Modell basiert auf einem Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, die unter Leitung des Bundespräsidenten a.D. Prof. Dr. Roman Herzog am 3.2.1993 vom Bundesvorstand der CDU eingesetzt wurde.¹⁰⁹

Leistungsträger

GKV-Unternehmen bleiben bestehen. Es soll ein wettbewerbsorientiertes, unterschiedliches Tarifangebot geben.

PKV-Unternehmen bleiben bestehen.

Personenkreis

Die Pflichtversicherung in GKV bis zur Versicherungspflichtgrenze bleibt bestehen.

Es gilt das Prinzip der Familienmitversicherung.

Finanzierung

Nach anfänglicher Finanzierung aus Beiträgen nach dem bisherigen GKV-Modell ist der Übergang zu einem Prämienmodell geplant. Dieser wird über etwa 10 Jahre mit Bildung eines aus den Beiträgen finanzierten Kapitalstocks erfolgen.

Für Bezieher kleiner Einkommen soll bei der Erbringung der Beiträge ein sozialer Ausgleich aus Steuermitteln erfolgen.

Beitragserhebung

Die paritätische Finanzierung wird teilweise aufgehoben. Der Arbeitgeberanteil wird auf 6,5 Prozent abgesenkt und festgeschrieben. Der Beitragssatz wird vom Erwerbseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze ohne Berücksichtigung anderer Einkunftsarten berechnet.

Bei mitversicherten Ehegatten wird ein Splitting eingeführt. Hohe Einkommen über der Bemessungsgrenze werden mindestens teilweise in die Beitragserhebung einbezogen. Während Kindererziehungszeiten und bei Pflege von Angehörigen soll dies entfallen.

¹⁰⁹ Vgl. CDU (2003), S. 15 ff.

Der Beitragssatz wird von den Kassen zunächst individuell festgelegt. Bei Umstieg in das Prämienmodell wird der zuvor erwähnte Kapitalstock aufgelöst und zur Bildung von Altersrückstellungen für über 45-jährige Versicherte verwendet.

Die Prämien werden ab Umstellung als Einheitsprämie versicherungsmathematisch für alle Versicherten berechnet und würden bei etwa 264 Euro monatlich liegen.

Es soll Beitragsrückerstattungen, beispielsweise einen Präventions-Bonus, geben.

Leistungen

Versicherte können wählen zwischen Standard-Krankenversicherungsschutz, Zusatzleistungen gegen höheren Beitrag oder durch Selbstbeteiligung reduzierte Beiträge.

Krankengeld wird aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen und in private Verantwortung überführt. Arbeitgeber werden gesetzlich verpflichtet dies zu versichern.

Leistungen für Zahnbehandlungen werden aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen und in private Verantwortung überführt. Die Versicherten können diese bei der GKV (gegen Pauschalbeitrag) oder wahlweise bei der PKV versichern.

Zusätzliche Planung

Im ambulanten Bereich soll das Kostenerstattungsprinzip gelten. Sonderregelungen für Beamte, Abgeordnete und Regierungsmitglieder werden abgebaut.

Anmerkungen zu den Vorschlägen

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP wurde nicht die Einführung der Gesundheitsprämie vereinbart. Lediglich an diese Vorschläge angelehnte Planungen fanden Eingang in den Vertrag:¹¹⁰

- Wettbewerb der Krankenversicherer
- Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten
- Weitestgehende Gestaltung des Krankenversicherungsschutzes durch Versicherte
- Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge und festgeschriebener Arbeitgeberanteil (Entkoppelung der Beitragszahlung von den Lohnzusatzkosten)

¹¹⁰ Vgl. CDU (2009), S. 84 ff.

4.4 Die Bürgerpauschale nach den Vorschlägen des SVR Wirtschaft

Der 2004 im Jahresgutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung veröffentlichte Vorschlag einer sogenannten Bürgerpauschale stellt eine Kombination von Elementen aus den beiden zuvor beschriebenen Reformmodellen dar.¹¹¹

Leistungsträger

GKV-Unternehmen und PKV-Unternehmen bleiben bestehen wie bisher.

Personenkreis

Es gilt die allgemeine Versicherungspflicht zur Grundversorgung mit einem der GKV entsprechenden Leistungskatalog.

Die Mitversicherung von Kindern erfolgt bis zum 20. Lebensjahr beitragsfrei.

Nicht erwerbstätige Ehepartner sind nicht beitragsfrei mitversichert.

Finanzierung

Diese soll überwiegend über das Umlageverfahren durch eine Pauschalprämie von den Versicherten erfolgen. Darüber hinaus soll ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich erfolgen.

Für Versicherte mit geringem Einkommen sind Zuschüsse aus Steuermitteln geplant, die durch Lohnerhöhung (siehe Beitragserhebung) erzielt werden sollen.

Zur künftigen Finanzierbarkeit (demografischer Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt) soll das Umlageverfahren durch ein individuelles Kapitaldeckungsverfahren ergänzt werden. Jeder Versicherte spart nach dem Modell der Riester-Rente oder in einem Sparplan mit Gewährung regelmäßiger späterer Auszahlung. Die Ersparnisse sollen zur „Beitragsglättung“ im (nicht näher benannten) Alter eingesetzt werden. Diese Ansparbeträge werden bei Versicherten mit geringem Einkommen gegebenenfalls ebenfalls aus Steuermitteln bezuschusst.

¹¹¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), S. 529 ff.

Beitragserhebung

Eine Pauschalprämie wird von jedem Einwohner ab Vollendung des 20. Lebensjahres erhoben. Die Höhe wird von jedem Versicherer für alle seine Versicherten festgelegt und darf nicht nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen variieren.

Arbeitgeber zahlen keinen Anteil zum Krankenversicherungsbeitrag. Der bisher gezahlte Anteil soll in einen Lohnbestandteil umgewandelt werden. Rentenversicherungsträger zahlen keine Beiträge. Der bisher gezahlte Anteil soll als Rente an die Bezieher ausgezahlt werden.

Leistungen

Der bisherige Leistungskatalog der GKV soll für die Bürgerpauschale beibehalten werden. Das Krankengeld wird aus dem Leistungskatalog herausgenommen.

Zusatzversicherungen können frei ausgehandelt und abgeschlossen werden.

Zusätzliche Planung

Es besteht ein Kontrahierungszwang für alle Versicherer.

Der Arzneimittelmarkt soll liberalisiert werden, um den Wettbewerb zu fördern und so Kosteneinsparungen zu erzielen.

Die ärztliche Versorgung soll liberalisiert werden. Eine Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen soll erfolgen. Ziel ist eine Stärkung des Wettbewerbs, um Einsparungen bei den Leistungsausgaben zu erzielen.

Anmerkungen

Mit dem GKV-WSG 2007 wurden Teile der im Jahresgutachten 2004/2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bereits umgesetzt. Dazu zählen die allgemeine Versicherungspflicht und der Basistarif mit Kontrahierungszwang, den die PKV-Unternehmen verpflichtend anbieten.

4.5 Weitere Reformvorschläge

Es gibt weitere und ergänzende Ideen zur Reformierung des Krankenversicherungssystems von politischen Parteien, von Verbänden und Stiftungen. Hier soll lediglich die Reformvorschläge der politischen Parteien mit möglicher Regierungsbeteiligung nach der kommenden Bundestagswahl betrachtet werden.

Die Grünen

Die Partei Die Grünen unterstützt die Pläne der SPD zur Einführung der Bürgerversicherung. Sie nimmt für sich in Anspruch, als Bündnis 90/Die Grünen im Jahr 2002 diese Reformmodell unter dem Begriff der Bürgerversicherung entworfen zu haben. Folgende Abweichungen vom SPD-Modell sind festzustellen:¹¹²

- Gesundheitsfonds, Zuzahlungen und Selbstbehalte gehören nicht zur Bürgerversicherung
- Mitfinanzierung der Bürgerversicherung über einen Bundeszuschuss

Die Linke

Die Partei Die Linke schlägt ebenfalls eine Bürgerversicherung als Reform des Krankenversicherungssystems vor, jedoch mit anderen Ausprägungen. Die Abweichungen vom SPD-Modell sind:¹¹³

- Beitragsberechnung auf sämtliche Einkünfte ohne Beitragsbemessungsgrenze
- Häufige Beitragszahlung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern
- Abschaffung von Zuzahlungen und Zusatzbeiträgen
- Abschaffung der PKV als Vollversicherung

Die FDP

Die FDP lehnt ihre Vorschläge an das CDU-Konzept an, jedoch mit Abweichungen:¹¹⁴

- Pflicht zur Versicherung von Regelleistungen, zusätzlichen Wahlleistungen
- Zusatzversicherungen
- Generell freie Wahl der Krankenkasse, Grundversorgung mit Kontrahierungszwang
- Abschaffung des Gesundheitsfonds

¹¹² Vgl. Die Grünen (2010), S. 11 ff.

¹¹³ Vgl. Die Linke (2013), o.S.

¹¹⁴ Vgl. FDP (2013), o.S.

5 Die Zukunft der privaten Krankenversicherer

5.1 Die Auswirkungen bisheriger Reformen im Gesundheitssystem auf die PKV

Bereits in Kapitel 2.4 wurde ausgeführt, dass die privaten Krankenversicherungen parallel zu den gesetzlichen Krankenkassen entstanden. Sie boten den vom Gesetzgeber als nicht pflichtversichert bestimmten (weniger „schutzbedürftigen“) Personen Krankenversicherungsschutz an. Während bei der GKV der soziale Aspekt im Vordergrund steht, waren die privaten Krankenkassen von Beginn an gewinnorientiert tätig. Sie kalkulieren ihre Beiträge nach dem Äquivalenzprinzip, also mit einem Ausgleich zwischen Ausgaben für Versicherungsleistungen und Beitragseinnahmen.¹¹⁵

Trotz der ökonomischen und damit wettbewerbsorientierten Ausrichtung der privaten Krankenversicherungsunternehmen waren diese von Beginn an in einem regulierten Markt tätig. Bereits mit dem VAG von 1901 wurde der freie Marktzugang durch ein Genehmigungssystem eingeschränkt. Die Besonderheiten der Branche begründeten Wettbewerbsbeschränkungen, die vor allem durch einheitliche Versicherungsbedingungen, branchenweite Zusammenarbeit und Rückversicherungsvorgaben Sicherheit und Transparenz für die Versicherten mit sich bringen sollten.¹¹⁶

Auch aufgrund der Tatsache, dass die privaten Krankenversicherer ihre Produkte nur den nicht versicherungspflichtigen Personen anbieten konnten, befand sich die PKV von Beginn an in einer gewissen Abhängigkeit von der GKV, beziehungsweise von der Gesetzgebung zur Sozialversicherung. Das Marktpotenzial für die PKV-Unternehmen wurde und wird durch die Sozialgesetzgebung entscheidend beeinflusst. Die wichtigsten Auswirkungen von Gesetzen und Reformen werden im Folgenden betrachtet.

Mit dem 2. KVÄG und der darin enthaltenen Regelung zum Arbeitgeber-Zuschuss von freiwillig GKV- oder PKV-Versicherten entsteht ein Vorteil für die PKV-Unternehmen. Gleichzeitig kommt das Verfahren laut Heinze (Richter am Bundessozialgericht) dem rechtlichen Charakter der Sozialleistung nahe und stellt so die Einbeziehung der PKV in das Ordnungsschema der sozialen Krankenversicherung dar, denn es bezieht auch nicht Versicherungspflichtige in den für schutzwürdig gehaltenen Personenkreis ein.¹¹⁷

¹¹⁵ Vgl. Sacher (2004), S. 2; Thielbeer (1999), S. 24.

¹¹⁶ Vgl. Heinze (1976), S. 31.

¹¹⁷ Vgl. Heinze (1976), S. 20.

Jede Ausdehnung der Pflichtversicherung auf weitere Personenkreise, was zum einen durch Neudefinition versicherungspflichtiger Gruppen, zum anderen durch Anhebungen der Versicherungspflichtgrenzen geschah, verkleinerte die Anzahl der potenziellen Kunden für die PKV.

Mit dem GRG von 1989 wurden erste Leistungseinschränkungen in der GKV festgeschrieben. Weitere Leistungen der GKV fielen mit Wirksamwerden des GSG von 1993 und des BeitrEntlG von 1996 weg. Das eröffnete den PKV-Unternehmen die Möglichkeit, neue Zusatzversicherungen anzubieten, mit denen GKV-Versicherte entstandene Leistungslücken auf freiwilliger Basis schließen konnten.¹¹⁸

Das GKVRefG 2000 erschwerte die Rückkehrmöglichkeit von PKV-Versicherten in die GKV durch den Wegfall der Versicherungspflicht für Personen ab dem 55. Lebensjahr. Die Entscheidung für die Versicherung in der PKV wurde damit praktisch zu einer „Lebensentscheidung“. Es kann angenommen werden, dass sich der Kreis der potentiellen Interessenten dadurch verkleinerte. Gleichzeitig wurde die PKV mit diesem Gesetz verpflichtet, den Wechsel in den Standardtarif für Versicherte ab 55 Jahren zu ermöglichen wegen der zuvor beschriebenen Änderung für diese Altersgruppe.¹¹⁹ Dies stellt wiederum – mit der Verpflichtung Versicherungsschutz für einen „schutzwürdigen“ Personenkreis anzubieten – eine Einbeziehung der PKV in die Erfüllung sozialpolitischer Aufgaben dar.

Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden die PKV-Unternehmen verpflichtet, ihren Versicherten eine Pflegeversicherung anzubieten, die die gleichen Leistungen wie die soziale Pflegeversicherung der GKV enthält.¹²⁰ Damit wurden die PKV-Unternehmen wiederholt direkt von der staatlichen Sozialpolitik in deren Aufgabenerfüllung involviert.

Das GKV Modernisierungsgesetz von 2004 ermöglichte Kooperationsverträge zwischen PKV- und GKV-Unternehmen. Solche Vereinbarungen wurden zwischen etlichen Kassen getroffen. Damit wurde den privaten Krankenversicherern praktisch ein neuer Vertriebsweg eröffnet.¹²¹ Das wirkte sich positiv auf die Anzahl der Zusatzversi-

¹¹⁸ Vgl. Sacher (2004), S. 14.

¹¹⁹ Vgl. Sacher (2004), S. 15.

¹²⁰ Vgl. Simon (2010), S. 55.

¹²¹ Vgl. Sacher (2004), S. 23

cherungen bei den PKV-Unternehmen aus. Von 2003 auf 2004 wurde die Zuwachsrates für diese Verträge mehr als verdoppelt. Die Tabelle 9 zeigt die Entwicklung.

Jahr	Zusatzversicherungen Verträge insgesamt	Zugänge im Vergleich zum Vorjahr, absolut	Zugänge im Vergleich zum Vorjahr in Prozent
2000	13.892.000		
2001	14.073.000	181.000	1,30%
2002	14.161.000	88.000	0,63%
2003	14.684.000	523.000	3,69%
2004	15.897.900	1.213.900	8,27%
2005	17.087.800	1.189.900	7,48%
2006	18.400.500	1.312.700	7,68%
2007	20.009.400	1.608.900	8,74%
2008	20.983.200	973.800	4,87%
2009	21.478.400	495.200	2,36%
2010	21.919.400	491.000	2,29%
2011	22.498.900	429.500	2,41%

Tabelle 9: Anzahl der Zusatzversicherungsverträge in der PKV insgesamt von 2000 bis 2011
Quelle: In Anlehnung an Verband der privaten Krankenversicherung e.V. : Zahlenberichte der
Privaten Krankenversicherung 2001/2002 bis 2011/2012.

Massive Änderungen für die PKV-Unternehmen brachte das GKV-WSG mit sich. Der verpflichtende Basistarif mit Kontrahierungszwang und gesetzlichem Höchstbeitrag ist eine massive Regulierung für Angebot, Beitragskalkulation sowie Risikoselektion der PKV. Dieser Eingriff begründet die Notwendigkeit des unternehmensübergreifenden Ausgleichssystems, das – analog dem Risikostrukturausgleich in der GKV – mit dem Basistarif für die PKV eingeführt wurde, weil andernfalls unkalkulierbare Risiken für einzelne Unternehmen entstehen könnten.

Die PKV-Unternehmen befürchteten zunächst Belastungen durch starken Andrang auf den Basistarif, vor allem auch durch die parallel eingeführte allgemeine Versicherungspflicht. Die Nachfrage nach dem Basistarif war im Verhältnis zur Gesamtzahl der Vollversicherten jedoch gering. Der Großteil der ab 2009 im Basistarif-Versicherten kam aus dem Bestand der PKV-Unternehmen, wie Tabelle 10 zeigt.

Vollversicherung in der PKV	2009	2010	2011
Im Basistarif versicherte Personen	13.500	21.000	26.100
Davon aus Nichtversicherung	5.200	7.300	8.600
Vollversicherte insgesamt	2.055.300	2.045.600	2.050.300

Tabelle 10: Versicherte im Basistarif und in der Krankenvollversicherung in der PKV insgesamt von 2009 bis 2011

Quelle: In Anlehnung an Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Zahlenberichte der Privaten Krankenversicherung 2009/2010 bis 2011/2012.

Eine stärkere Auswirkung auf den Bestand in der PKV hatte der erschwerte Zugang, der ab dem 1.2.2007 galt. Angestellte konnten erst in die PKV wechseln, wenn ihr Einkommen drei Jahren nacheinander über der Versicherungspflichtgrenze lag. Das spiegelt sich in der nahezu halbierten Zuwachsrate der PKV-Krankheitsvollversicherung des Jahres 2007, dargestellt in Tabelle 11. Die derzeitige Regierung hat die Regelung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (§1, Abs. 2) wieder geändert, so dass die Versicherungsfreiheit mit Ablauf des Jahres beginnt, in dem das Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet (wenn das Einkommen auch im Folgejahr diese Grenze übersteigt). Ein Anstieg der Vollversicherten in der PKV nach dieser Änderung kann derzeit nicht belegt werden. Zahlenmaterial ist lediglich bis zum Jahr 2011 zugänglich.

Vollversicherte in der PKV	Insgesamt	Zugang im Vergleich zum Vorjahr, absolut	Zugang im Vergleich zum Vorjahr, prozentual
2004	8.259.400	149.000	1,84
2005	8.373.000	113.600	1,38
2006	8.489.100	116.100	1,39
2007	8.549.000	59.900	0,71
2008	8.639.300	90.300	1,06
2009	8.810.900	171.600	1,99
2010	8.895.500	84.600	0,96
2011	8.976.400	80.900	0,91

Tabelle 11: Versicherte und Zugänge in der Krankenvollversicherung der PKV von 2004 bis 2011

Quelle: In Anlehnung an Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Zahlenberichte der Privaten Krankenversicherung 2004/2005 bis 2011/2012.

Durch die im GKV-WSG verankerte Portabilität der Altersrückstellungen wurde auch der Wettbewerb der Unternehmen untereinander verstärkt. Diese Mitnahmemöglichkeit erleichtert die Wechselmöglichkeit innerhalb der PKV. Während es bis dato eher darum ging, diejenigen als Kunden zu gewinnen, die erstmalig in die PKV eintreten, kommen seither auch Personen in Betracht, die bereits in der PKV versichert sind. Damit erwei-

terte sich der Kreis potenzieller Kunden. Gleichzeitig verstärkte sich der Druck zu Kundenbindungsmaßnahmen, um der Abwanderung zu konkurrierenden PKV-Unternehmen vorzubeugen.

Eine weitere neue Konkurrenzsituation erwuchs den PKV-Unternehmen durch neue Möglichkeiten der GKV-Unternehmen, ihren Versicherten fakultative Wahltarife für Zusatzleistungen anzubieten, die nicht im Katalog der GKV enthalten sind. Damit treten die Krankenversicherer aus den beiden unterschiedlichen Systemen in direkten Wettbewerb zueinander, denn das Angebot von Zusatzversicherungen, auch als Ergänzung für GKV-Versicherte, war bis dahin den PKV-Unternehmen vorbehalten. Obwohl dieser Effekt vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt war, denn das GKV-WSG sollte den Wettbewerb der GKV-Unternehmen untereinander verstärken, muss angenommen werden, dass sich diese Maßnahmen auf die Entwicklung der Zusatzversicherungen bei den PKV-Unternehmen auswirkte.¹²² Die Tabelle 9 zeigt, dass die Zuwachsrate für diese Verträge vom Jahr 2008 auf das Jahr 2009 um mehr als die Hälfte sank.

5.2 Die aktuelle Situation der PKV

Die privaten Krankenversicherer können Ihre Leistungen zur Krankenvollversicherung denjenigen Personen anbieten, die nicht in der GKV pflichtversichert sind. Zusatzversicherungen werden allen angeboten. Dazu zählen Zusatzversicherungen für ambulante Behandlungen (Heilpraktiker, Zuschüsse für Brillen und Medikamente), Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhaustagegeld), Zahnzusatzversicherungen (Zuzahlung für Zahnersatz, Inlays, Kieferorthopädie), Krankentagegeldversicherungen für PKV-Versicherte, Pflegeergänzungs-Versicherungen (zusätzlich zur Pflegepflichtversicherung).¹²³

Es werden Verträge zwischen dem Versicherer und den Versicherten geschlossen, wobei die Krankenversicherer grundsätzlich nicht verpflichtet sind, einen Versicherungsvertrag zu schließen. Es wird eine Risikoprüfung durchgeführt. Der Antragsteller beantwortet dem Versicherer Fragen zum Gesundheitszustand und der Versicherer entscheidet, ob der Antrag angenommen, abgelehnt oder gegen Mehrbeitrag angenommen wird. (In den letzten Monaten sind Abweichungen von einigen Versicherern eingeführt worden, die unter Punkt 5.5.1.1 beschrieben werden.)

¹²² Vgl. Marko (2009), S. 109 ff.

¹²³ Vgl. Dicke et al. (2012), S. 93 f.

Der PKV liegt das Kostenerstattungsprinzip zugrunde – im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip bei der GKV. Die Versicherten zahlen die Rechnung für Gesundheitsleistungen selbst und bekommen einen Teil der Kosten oder die gesamten Kosten vom Versicherer erstattet.

Die Kalkulation der Beiträge erfolgt auf Basis der Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden und zur Berechnung der Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung – KalV) vom 18.11.1996. Darin wurden die im Jahr 1951 erlassenen Richtlinien für die Aufstellung technischer Geschäftspläne in der Krankenversicherung und alle seither hinzugekommenen Ergänzungen und Anordnungen zusammengefasst. Das mathematische Modell, nach dem die PKV arbeitet, wird darin verbindlich beschrieben.¹²⁴

Wie bereits unter Punkt 3.1 angesprochen ist das Äquivalenzprinzip Grundlage für die Beitragskalkulation. Die Einnahmen müssen die Leistungsausgaben decken. Je umfassender die Versicherungsleistung, desto höher ist der Beitrag. Es besteht also ein Zusammenhang zwischen der Beitragshöhe, dem Versicherungsschutz und dem Alter, denn mit steigendem Alter der Versicherten werden Gesundheitsleistungen stärker in Anspruch genommen.¹²⁵ (Die Einbeziehung des Geschlechts der Versicherten in die Kalkulation ist aufgrund einer EUgH-Entscheidung seit 2013 nicht mehr zulässig.¹²⁶)

Es besteht Gestaltungsfreiheit im Hinblick auf die angebotenen Leistungen bei der Vereinbarung von Selbstbeteiligungen und Zusatzleistungen. Entsprechend bieten die Krankenversicherer unterschiedliche Tarife mit verschiedenen Beiträgen und Leistungspaketen an. Beitragsanpassungsklauseln ermöglichen eine Anhebung der Beiträge auch bei bestehenden Verträgen, sofern sich die Ausgaben für Leistungen erhöhen.¹²⁷ Da die Beiträge für jeden Tarif separat kalkuliert werden, führen etwaige Beitragsanpassungen zu unterschiedlichen Beitragserhöhungen in den verschiedenen Tarifarten. Alle Beiträge der Versicherten eines Tarifes werden den Ausgaben dieses Tarifes gegenübergestellt. Insbesondere wenn ein Tarif nicht mehr aktiv angeboten wird und keine jungen, gesunden Versicherten mehr hinzukommen, führt dies zu stark

¹²⁴ Vgl. Rudolph (2009), S. 71.

¹²⁵ Vgl. Dicke et al. (2012), S. 67 ff.

¹²⁶ Vgl. Gerichtshof der Europäischen Union (2011), o.S.

¹²⁷ Vgl. Rudolph (2009), S. 21.

steigenden Beiträgen. Jedoch auch bei Tarifen, zu denen immer neue Versicherte hinzukommen, steigen die Beiträge für die Versicherten durch Anpassungen im Verlauf der Zeit an. So betrug die jährliche Beitragssteigerung in den Jahren 2000 bis 2010 durchschnittlich 5,2 Prozent.¹²⁸ Die jährlichen Steigerungen zeigt Tabelle 12.

Jahr	Beitragserhöhung in Prozent
2000	4,01
2001	4,94
2002	6,17
2003	7,63
2004	7,50
2005	3,89
2006	4,92
2007	3,69
2008	3,93
2009	3,37
2010	7,27

Tabelle 12: Statistik der BaFin zur durchschnittlichen Beitragssteigerung in der PKV
Quelle: Entnommen aus Deutscher Bundestag (2012), S. 2.

Eine Ausnahme von den Verfahrensweisen im Hinblick auf Beitragskalkulation, Risikoprüfung und Leistungsumfang ist der Basistarif. Hier sind maximaler Beitrag, Leistungsumfang und Kontrahierungszwang gesetzlich vorgeschrieben (GKV-WSG).

Um die Beiträge für die über Jahre oder Jahrzehnte in der PKV versicherten Personen nicht in solche Höhen steigen zu lassen, dass sie – insbesondere mit fortschreitendem Alter der Versicherten – einen Großteil des Einkommens aufzehren, gibt es Alterungsrückstellungen. Diese entstehen durch das Kapitaldeckungsverfahren, indem ein Teil der Beiträge am Kapitalmarkt angelegt wird und die daraus erzielten Gewinne verwendet werden, um spätere Beitragserhöhungen abzumildern. In der Beitragskalkulation wird dies wie folgt umgesetzt: Für jüngere Versicherte wird ein höherer Beitrag verlangt, als nach den Leistungsausgaben nötig wäre. Ein sogenannter Sparanteil ist im Beitrag enthalten. Diesen Sparanteil legt der Versicherer am Kapitalmarkt an bis er benötigt wird. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Versicherungsunternehmen mit den Kapitalanlagen aus solchen Sparanteilen mindestens einen Zinsertrag von 3,5 Prozent erwirtschaften (sogenannter rechnungsmäßiger Zinssatz – Rechnungszins). Aus dem Wert aller Sparanteile, verzinst mit den 3,5 Prozent, wird eine Deckungsrückstellung gebildet, die Alterungsrückstellung. Diese wird später verwendet, um Versi-

¹²⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (2012), S. 2.

cherten ab dem 65. Lebensjahr einen niedrigeren Beitrag ermöglichen zu können als nach den Leistungsausgaben für sie erhoben werden müsste.¹²⁹

Zum Zeitpunkt der allgemeinen Festlegung des Rechnungszinses von 3,5 Prozent wurden durchschnittlich Kapitalmarktzinsen von über 7 Prozent erzielt.¹³⁰ Zur Abmilderung von Beitragserhöhungen aufgrund der Inflation sollen von dem den Rechnungszins übersteigenden Anteil der Kapitalerträge 90 Prozent ebenfalls den Alterungsrückstellungen gutgeschrieben werden. Der Anteil davon, der auf den gesetzlichen Zuschlag von zehn Prozent entfällt (GKVRefG 2000), wird sofort den Alterungsrückstellungen gutgeschrieben.¹³¹

Seit der Finanzkrise im Jahr 2008 ist es zunehmend schwieriger hohe Renditen für Kapitalanlagen zu erwirtschaften. Mit dieser Problematik sehen sich auch die PKV-Unternehmen konfrontiert. Im Zuge der Umstellung auf die sogenannten Unisex-Tarife, die durch die EuGH-Rechtsprechung seit dem 1.1.2013 erforderlich wurden, haben etliche von ihnen den Rechnungszins für Neuverträge bereits unter die 3,5-Prozent-Marke gesenkt. Es handelt sich zumeist um eine Absenkung auf 2,75 Prozent. Grundlage für die Absenkung war eine Empfehlung der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV)¹³². Eine Absenkung in dieser Höhe zieht eine Beitragssteigerung von 3 bis 6 Prozent nach sich,¹³³ denn kalkulatorisch muss die fehlende Verzinsung des Kapitals durch höheren Kapitaleinsatz für die Alterungsrückstellungen ausgeglichen werden. Höhere Einnahmen sind nur über die laufenden Beiträge zu erzielen. So werden Beitragserhöhungen sowohl bei Neuverträgen als auch bei bestehenden Verträgen nötig.

Laut Jahresbericht 2012 der Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht konnten nicht alle Krankenversicherer den Rechnungszins aus Kapitalanlagen finanzieren.¹³⁴ Nach Angaben des Brancheninformationsdienstes VersicherungsJournal.de sind bundesweit 18 PKV-Unternehmen davon betroffen (von insgesamt 49 zugelassenen Unternehmen¹³⁵).¹³⁶ Diese Problematik kann zu weiteren Rechnungszins-Absenkungen führen und damit zu weiteren Beitragsanhebungen.

¹²⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (1996), S. 14 ff.

¹³⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (1996), S. 22.

¹³¹ Vgl. Rudolph (2009), S. 37 f.

¹³² DAV: berufsständische Vertretung der Versicherungs- und Finanzmathematiker

¹³³ Vgl. Deutscher Bundestag (2013), S. 2 ff.

¹³⁴ Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2012), S. 112.

¹³⁵ Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2012), S. 91.

¹³⁶ Vgl. Lier (2013), o.S.

Daraus ergibt sich eine doppelte Belastung für die Beitragskalkulation bei den PKV-Unternehmen. Sie haben auf der einen Seite – ebenso wie die GKV – den Kostensteigerungen im Gesundheitssystem Rechnung zu tragen. Das können sie über Leistungsreduzierung und/oder über Beitragsanhebung tun.¹³⁷ Auf der anderen Seite hat das Kapitaldeckungsverfahren durch die anhaltende Niedrigzinsen am Kapitalmarkt nicht mehr die Stabilität, die über Jahrzehnte garantiert zu sein schien. Dieser Aspekt lässt sich – vor allem mit Blick auf die Alterungsrückstellungen – nur über höhere Beitragseinnahmen ausgleichen.

5.3 Strategische Analyse zur Auswirkung möglicher künftiger Reformen

5.3.1 Die Bürgerversicherung

Bei Einführung dieses Modells könnten die PKV-Unternehmen Neukunden die Krankenvollversicherung mit der jetzt möglichen Tarifauswahl nicht mehr anbieten. Es gäbe einen „Einheitstarif“ von PKV- und GKV-Unternehmen in gleicher Weise. Jeder Antragsteller müsste versichert werden (Kontrahierungszwang). Damit gäbe es zwischen PKV- und GKV-Unternehmen keinen Unterschied im Hinblick auf neu hinzukommende Krankenvollversicherte. Lediglich die Beiträge könnten vermutlich individuell kalkuliert werden. Konkrete Informationen zur Möglichkeit der Beitragsfindung bei den PKV-Unternehmen gibt es nicht in den Reformplänen. Die Gewinnung von Neukunden wäre demnach nur im direkten Wettbewerb zu den GKV-Unternehmen möglich.

Das Prinzip Familienversicherung soll in der Bürgerversicherung gelten, ebenso eine einheitliche Honorarordnung. Für die PKV-Unternehmen ergeben sich daraus völlig neue Beitragskalkulationsgrundlagen, denn bisher gilt das Kostenerstattungsprinzip und es wird für jede versicherte Person ein Beitrag erhoben.

Wettbewerbsvorteile könnten PKV-Unternehmen theoretisch durch bessere Leistungsangebote oder niedrigere Beiträge im Unterschied zur GKV erzielen. Ob das praktisch ebenfalls möglich ist, erscheint in Anbetracht der vereinheitlichten Honorarordnung, des Kontrahierungszwangs und der Familienversicherung fraglich. Diese Vorgaben lassen kaum Spielraum für günstige Beitragskalkulationen.

¹³⁷ Eine Maßnahme zur Kostensenkung wäre die Vereinbarung von niedrigen Honoraren mit der Ärzteschaft. Hierzu gibt es Bestrebungen, deren Betrachtung jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit sein soll.

Die bestehenden Krankenvollversicherungen könnten zwar bestehen bleiben. Jedoch kämen keine neuen Versicherten hinzu. Das würde dazu führen, dass die Versicherungsgemeinschaft nach einigen Jahren nur aus älteren Personen besteht, die einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen hätten. Da die Leistungsausgaben durch die Beitragseinnahmen gedeckt werden müssen, würde dieser Zustand zu einer immensen Beitragssteigerung bei bestehenden Verträgen führen. Daher ist zu erwarten, dass die meisten Versicherten bei Einführung der Bürgerversicherung von der Wechselmöglichkeit innerhalb des ersten Jahres Gebrauch machten und die bisherigen Krankenvollversicherungsverträge aufgaben, um in die Bürgerversicherung zu wechseln. Diejenigen Versicherten, die dies nicht täten, müssten mit stark steigenden Beiträgen rechnen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich nur eine geringe Anzahl einkommensstarker Personen dafür entscheiden würde.

Die beiden soeben beschriebenen Komponenten sprechen dafür, dass kaum Anreize für Versicherte sowohl für den Neuabschluss von Bürgerversicherungsverträgen als auch für die Beibehaltung bestehender Krankenvollversicherungen in der PKV gesetzt werden könnten.

Als weiterer Aspekt für die Betrachtung der Auswirkungen ist die anzunehmende Akzeptanz der PKV-Unternehmen und seiner Produkte. Da bei Einführung der Bürgerversicherung die PKV praktisch zum „Auslaufmodell“ erklärt würde, werden sich Kunden und potentielle Kunden schwer damit tun, sich für einen Verbleib oder Neuabschluss bei PKV-Unternehmen zu entscheiden. Dies würde die Wettbewerbsfähigkeit im Vergleich zur GKV zusätzlich beeinträchtigen.¹³⁸

Derzeit stammen 73 Prozent der Beitragseinnahmen der PKV-Unternehmen aus den Krankenvollversicherungen.¹³⁹ Mit Einführung der Bürgerversicherung käme dieses bisherige Geschäftsfeld praktisch zum Erliegen. Aussagen über Veränderungen bei den Zusatzversicherungen werden im Reformkonzept nicht getroffen. Es ist daher zu vermuten, dass diese Verträge auch künftig als Leistungserweiterung nach dem bisherigen Prinzip angeboten werden können. Eine Kompensation des Krankenvollversicherungsgeschäfts dürfte hierdurch jedoch nicht kurzfristig zu erzielen sein. Deshalb würde die Einführung der Bürgerversicherung einen massiven Arbeitsplatzabbau bei den

¹³⁸ Vgl. Paquet (2013), S. 66 ff.

¹³⁹ Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2012), S. 111.

PKV-Unternehmen nach sich ziehen. Es wird davon ausgegangen, dass es in der PKV etwa 60.000 bis 67.000 Beschäftigte gibt. Die exakte Ermittlung dieser Zahl ist aufgrund der Tatsachen schwierig, dass die Beschäftigten nicht alle direkt bei den PKV-Unternehmen angestellt sind, sondern beispielsweise auch in ausgelagerten Servicegesellschaften oder als selbstständige Vermittler, deren Einkommen stark auf dem Vertrieb von Krankenversicherungen basiert.¹⁴⁰ Die Annahme, dass Arbeitsplätze mindestens in dem Maß verloren gehen, der dem Anteil der Einnahmen durch das Krankenvollversicherungsgeschäft entspricht (73 Prozent), ist vermutlich zutreffend. Durch Krankenzusatzversicherungen lassen sich vergleichsweise deutlich geringere Einnahmen erzielen und es sind weniger Arbeitskräfte nötig, weil es mit weniger Akquisitions- und Verwaltungsaufwand zu betreiben ist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Einführung der Bürgerversicherung nach den Plänen der SPD das Ende der PKV nach sich ziehen würde. Es wäre für kein privates Unternehmen lohnenswert, im Wettbewerb zur GKV eine Bürgerversicherung zu gleichen Konditionen anzubieten. Neue Krankenvollversicherungsverträge würden nicht abgeschlossen. Dadurch würde den PKV-Unternehmen der größte Teil ihrer Existenzgrundlage entzogen. Eine kurzfristige Kompensation des Verlustes der Krankenvollversicherungen durch Zusatzversicherungen erscheint kaum möglich. Nur wenn Zusatzkrankenversicherungen bei Einführung der Bürgerversicherungen durch Auslagerungen von Leistungen aus der GKV gefördert würden, wäre eine Kompensation in nennenswertem Maß denkbar.¹⁴¹

5.3.2 Die Gesundheitsprämie

Das im Jahr 2003 erarbeitete Modell der Gesundheitsprämie als Grundlage für eine Reform des Krankenversicherungssystems brächte für die PKV-Unternehmen keine bedrohlichen Änderungen mit sich. Der rechtliche Rahmen für die Gewinnung möglicher Neukunden bliebe unverändert.

Bei Erarbeitung dieses Reform-Vorschlages gab es noch keine allgemeine Versicherungspflicht und keinen verpflichtenden Basistarif. Es kann jedoch angenommen werden, dass es bei den aktuell bestehenden Rahmenbedingungen bliebe.

¹⁴⁰ Vgl. Paquet (2013), S. 55.

¹⁴¹ Vgl. Paquet (2013), S. 75 f.

Der Reformvorschlag setzt unter anderem auf eine Verbesserung der Gesundheitsleistungen durch mehr Wettbewerb, auch zwischen GKV und PKV. Für die PKV-Unternehmen einschränkende Bedingungen wären deshalb nicht zu erwarten. Durch den Vorschlag, die Leistungen Krankentagegeld und Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen und in private Verantwortung zu überführen, würde sich neues Potenzial für Zusatzversicherungen eröffnen. Das Tarifangebot bei den PKV-Unternehmen würde durch den neu entstehenden Bedarf eine erhebliche Erweiterung erfahren. Es könnten neue Produkte für die Versicherung von Zahnbehandlung entstehen, die aktuell nur als Zusatz zur Grundversorgung angeboten wird. Auch die Versicherung des Krankentagegelds als Zusatz zum GKV-Schutz wäre ein völlig neues Produkt. Der Bedarf an beiden Produkten bestünde dann quasi bei allen Versicherten.

Im Hinblick auf die Akzeptanz der PKV würden sich die neue Wettbewerbssituation zur GKV und der erhöhte Bedarf an Zusatzversicherungen positiv auswirken. Mit der politischen Entscheidung für mehr Wettbewerb und mehr Eigenverantwortung unter stärkerer Einbeziehung der PKV würde gezeigt, dass die politisch Verantwortlichen Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit der PKV haben. Dies hätte eine Signalwirkung auf die Versicherten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Neigung zum Abschluss von Verträgen bei PKV-Unternehmen begünstigt würde.

Aufgrund jahrzehntelanger Expansion in der PKV gelten die Arbeitsplätze in der Branche als sicher.¹⁴² Die Beschäftigungssituation in der PKV-Branche würde durch eine Reform nach dem Modell der Gesundheitsprämie weiter stabilisiert. Es entstünde Potential für neue Arbeitsplätze. Der Fortbestand der bestehenden Strukturen würde den Bestand der Krankenvollversicherung festigen. Der stärkere Wettbewerb und die bessere Akzeptanz könnte für eine verstärkte Nachfrage bei Krankenvollversicherungen sorgen, was wiederum Beschäftigungszuwachs zur Folge hätte. Aus den stark erweiterten Möglichkeiten für Krankenzusatzversicherungen ergäbe sich ebenfalls eine Grundlage für mehr Beschäftigung. Es kann also davon ausgegangen werden, dass mehr Arbeitsplätze in der PKV entstünden.

¹⁴² Vgl. Paquet (2013), S. 60.

5.3.3 Die Bürgerpauschale

Da dieses Reformmodell eine Mischung aus Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie ist, brächte es einige Veränderungen, jedoch keine Existenzbedrohung für die PKV mit sich. Teile des Modells sind bereits umgesetzt worden. Die allgemeine Versicherungspflicht, die seinerzeit vorgeschlagen wurde, besteht bereits. Der Basistarif, den die PKV anbietet, lässt sich mit der Mindestversicherung gleichsetzen, die im Konzept des Sachverständigenrats angestrebt wird.

Allerdings wird von einer Mindestversicherung ausgegangen, die von gesetzlichen und privaten Krankenkassen angeboten wird, also der Idee der Bürgerversicherung nahekommt. Ob dieses Betätigungsfeld für die PKV-Unternehmen attraktiv wäre, lässt sich nicht mit Sicherheit vorhersagen, da Detailangaben in dem Konzept fehlen. Allerdings wird betont, dass Zusatzversicherungen frei ausgehandelt und abgeschlossen werden können. Je nach praktischer Umsetzung dieses Gedankens, könnte es bedeuten, dass eine Strategie der Grundsicherung in Kombination mit Zusatzleistungen dem jetzigen bereits vorhandenen Tarifangebot der PKV sehr nahe käme.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Modelle der Gesundheitsprämie und der Bürgerpauschale die PKV insgesamt festigen bis stärken würde. Die Geschäftsfelder würden erweitert und es bestünde Spielraum für Expansion.

5.4 Zukunftsperspektiven für die PKV

5.4.1 Zu erwartende Reformen aufgrund der aktuellen politischen Stimmung

Nach der aktuellen Forsa-Umfrage (Stand 20.6.2013) zum möglichen Ergebnis der Bundestagswahl im September 2013 kann damit gerechnet werden, dass die CDU wieder mehrheitlich an der Regierung beteiligt sein wird.¹⁴³ Dies lässt die Prognose zu, dass eine Reform des Krankenversicherungssystems nach dem Vorschlag der SPD in der kommenden Legislaturperiode nicht durchgeführt wird.

Die CDU setzt in ihrem Wahlprogramm, das unter dem Namen Regierungsprogramm 2013-2017 erschienen ist, keinen Fokus auf eine umfassende Reform des Krankenversicherungssystems. Vielmehr wird die Kombination von Solidarität und Eigenverantwortung betont und eine „Einheitsversicherung“ abgelehnt. Herausgestellt wird die gute

¹⁴³ Vgl. Spiegel Online (2013), o.S.

Finanzsituation der GKV und für eine Entlastung der Beitragszahler plädiert.¹⁴⁴ Das Programm lässt den Schluss zu, dass selbst in einer großen Koalition nicht mit einer umfassenden Reform des Krankenversicherungssystems zu rechnen wäre.

Da vor allem die künftigen Probleme im Gesundheitssystem im Hinblick auf Versorgung und Finanzierbarkeit allen politischen Parteien bekannt sind, werden weitere Reformen dennoch unvermeidbar sein. Aus diesem Grund sollten sich PKV-Unternehmen darauf einstellen und ihre Strategien entsprechend ausrichten. Von unveränderten Rahmenbedingungen auszugehen – auch wenn in der kommenden Legislaturperiode keine tiefgreifende Reform zu erwarten ist – wäre strategisch falsch.

5.4.2 Umfrage unter PKV-Unternehmen über Strategien zum Thema Bürgerversicherung

Obwohl aufgrund der aktuellen Wählerstimmung nicht kurzfristig mit Einführung einer Bürgerversicherung nach SPD-Plänen zu rechnen ist, befasst sich die PKV-Branche mit dem Thema. Durch politische Debatten ist es immer wieder in den Medien präsent. Da dieses Modell starke Veränderungen in der PKV mit sich brächte, wurde anlässlich dieser Arbeit eine Umfrage unter 31 PKV-Unternehmen durchgeführt. Es sollte herausgefunden werden, ob die Unternehmen das Thema als wichtig einschätzen und ob es Strategien oder Maßnahmen gibt, für die mögliche Einführung der Bürgerversicherung.

Allein vier Versicherer beteiligten sich an der Umfrage, beantworteten jedoch nicht jede Frage. So lassen sich aus dem Ergebnis, das im Anhang dargestellt ist, weder detaillierte Schlussfolgerungen ziehen, noch repräsentative Aussagen treffen.

Die starke Ablehnung der Teilnahme (zehn Befragte) sowie die Nichtreaktionen (17 Befragte) lassen den Rückschluss zu, dass das Thema Bürgerversicherung von den Unternehmen mit großer Vorsicht betrachtet wird. Verwertbare Angaben sind hierzu nicht gemacht worden. Es kann nur vermutet werden, dass die PKV-Unternehmen den Eindruck vermeiden möchten, sie könnten der Einführung der Bürgerversicherung mit Strategien und Maßnahmen begegnen, die ihre Existenz sichern könnten. Möglicherweise sollen keine Argumente geliefert werden, die die Befürwortern der Bürgerversicherung unterstützen könnten.

¹⁴⁴ CDU (2013), Gemeinsam für Deutschland erfolgreich – Regierungsprogramm 2013-2017, S. 74 ff.

5.5 Strategien und Maßnahmen zur Zukunftssicherung der PKV-Unternehmen

5.5.1 Festigung des derzeitigen Systems

5.5.1.1 Öffentliche Wahrnehmung

Eines der an der Umfrage teilnehmenden Unternehmen hat als Strategie zur etwaigen Einführung der Bürgerversicherung, die eine vollständige Änderung des jetzigen Systems mit sich brächte, angegeben, dass es seine Öffentlichkeitsarbeit darauf ausrichtet die Bürgerversicherung zu verhindern und gegebenenfalls eine Verfassungsklage dagegen anstreben würde.

Etliche PKV-Unternehmen verbreiten positive Nachrichten, wie zum Beispiel Beitragsstabilität, niedrigere Verwaltungskosten als in der GKV, gute Unternehmensratings durch Analysehäuser, positive Unternehmensergebnisse und Zuwächse bei Umsatz und Versicherten. Diese Strategie wird auch intensiv vom Verband der privaten Krankenversicherer verfolgt, der bei seinen Veröffentlichungen immer wieder darauf verweist, dass der Erhalt des aktuellen Systems der Qualität des deutschen Gesundheitssystems zuträglich sei.¹⁴⁵

Es gibt derzeit vier PKV-Unternehmen in Deutschland, die eine Aufnahmegarantie für Angestellte anbieten, die erstmalig die Versicherungspflichtgrenze überschreiten. Das ist eine Neuerung dieses Jahres und eine Abkehr von der strengen Risikoprüfung, die bislang in der PKV-Branche praktiziert wurde. Die betroffenen Unternehmen begrenzen diese Aufnahmegarantie zwar zeitlich und behalten sich Risikozuschläge vor¹⁴⁶, dennoch wird mit dieser Strategie ein möglicherweise zukunftssträchtiger Weg beschritten. Der Vorwurf der sogenannten „Rosinenpickerei“ wird zumindest in gewissem Maß entkräftet. Kritiker sehen die strenge Gesundheitsprüfung vor Vertragsschluss und die teilweise Ablehnung von Anträgen bei der PKV als Gründe für wirtschaftliche Vorteile gegenüber der GKV und als Indizien für unsolidarisches Handeln.

Darüber hinaus gibt es Zusatzversicherungen, wie beispielsweise bei der Signal Krankenversicherung a.G., bei denen Kinder beitragsfrei mitversichert werden.¹⁴⁷ Einzelne PKV-Unternehmen bieten Zusatzversicherungen an, bei denen auf die Gesundheitsprüfung verzichtet wird, so beispielsweise die Continentale Krankenversicherung

¹⁴⁵ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2013): Rechenschaftsbericht 2012, S. 34 ff.

¹⁴⁶ Vgl. AssCompact (2013), o.S.

¹⁴⁷ Vgl. Signal Krankenversicherung a.G. (2013), o.S.

a.G.¹⁴⁸ Ebenso wie bei der Aufnahmegarantie wird durch solche Angebote ein positives Image erzeugt.

Es ist zu empfehlen, dass die PKV-Unternehmen diesen Beispielen folgen und durch eine zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit und kulante Angebote an die Versicherten für eine positive Wahrnehmung sorgen. Das kann zur Stabilisierung des derzeitigen Systems beitragen, denn Vertrauen ist ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Wahl des Versicherers oder von Produkten und ein Instrument gegen die Abwanderung von Versicherten.

5.5.1.2 Abschlusskosten-Reduzierung

Während die Verwaltungskosten in der PKV branchenweit bei 2,45 Prozent (im Jahr 2011) lagen und seit dem Jahr 1975 nahezu stetig reduziert wurden¹⁴⁹, wurden als Abschlusskosten 7,95 Prozent der Beitragseinnahmen aufgewendet.¹⁵⁰ Hier offenbart sich ein erhebliches Einsparungspotenzial, das die Unternehmen nutzen sollten. Einsparungen bei den Abschlusskosten könnten als Beitragsreduzierung an die Versicherten weitergegeben werden. Die Wettbewerbsfähigkeit würde dadurch verbessert.

Der größte Anteil der Abschlusskosten entsteht durch Abschlussprovisionen. Diese werden Vermittlern für Gewinnung neuer Kunden gezahlt. Laut § 12 (7) VAG dürfen Vermittler bis zu neun Monatsbeiträge als Provision für die substitutive Krankenversicherung (Krankenvollversicherung) erhalten. Diese relativ hohe Verdienstmöglichkeit verleitet zur Abwerbung von Kunden bei den PKV-Unternehmen untereinander. Die sogenannte Umdeckung innerhalb der PKV hat für einzelne Unternehmen eventuell Vorteile, erhöht jedoch nicht den Bestand an Krankenvollversicherungen insgesamt. Wenn die Abwerbung provisionsorientiert erfolgt, hat dies für Versicherte häufig keine Vorteile. Das kann zusätzlichen Imageschaden nach sich ziehen.

Eine Reduzierung der Abschlussprovision hätte also mehrere Vorteile. Unnötige Wanderungen zwischen den PKV-Unternehmen würden vermieden, gleichzeitig auch die dafür aufzuwendenden Abschluss und Verwaltungskosten. Beiträge könnten reduziert und so die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der GKV gestärkt werden. Imageschäden durch unnötige Abwerbung würden vermieden.

¹⁴⁸ Vgl. Continentale Krankenversicherung a.G. (2013), o.S.

¹⁴⁹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2012): Zahlenbericht der PKV 2011/2012, S. 68.

¹⁵⁰ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2012): Zahlenbericht der PKV 2011/2012, S. 93, S. 101.

5.5.1.3 Beitragsstabilität

Stark steigende Beiträge bei älteren Versicherten sind ein Problemfeld in der PKV. Die Tarifpolitik wurde bislang bei einigen PKV-Unternehmen so betrieben, dass preiswerte „Einsteigertarife“ für Neukunden angeboten wurden, um zahlreiche Personen mit günstigen Konditionen ansprechen zu können. Diese wurden neu aufgelegt, während ältere bestehende Tarife mit bereits angehobenen Beiträgen nicht mehr angeboten wurden. Das ist mit Nachteilen für die „geschlossenen Tarife“ verbunden, denn wenn keine Versicherten mehr hinzukommen, die Tarifgemeinschaft kleiner wird und altert, steigen die Beiträge für die verbleibenden Versicherten überdurchschnittlich, weil die Einnahmen die Leistungsausgaben decken müssen. Diese Produktpolitik sorgt zu Recht für Kritik.

Die PKV-Unternehmen sollten auch auf die Beitragsstabilität für ältere Versicherte großen Wert legen. Entsprechende Kalkulationen sollten fester Bestandteil der Tarifpolitik sein. Insbesondere mit Blick auf das niedrige Zinsniveau für Kapitalanlagen, das bereits eine Belastung für die Kalkulation der Alterungsrückstellungen darstellt und sich zu einem anhaltenden Problem entwickeln könnte, müssen zusätzliche Wege gefunden werden, die für relativ stabile Beiträge im Versicherungsverlauf sorgen.

Neben diesen kalkulatorischen Gesichtspunkten, kann Beitragsstabilität durch reduzierte Leistungsausgaben herbeigeführt werden. Dies kann durch Anreize für ein gesundheitsbewusstes und kostensparendes Verhalten (beispielsweise die Übernahme von Vorsorgeuntersuchungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt, Vereinbarung von Selbsthalten, günstige Nichtraucher tarife, Bonifikation bei Nichtinanspruchnahme der Versicherung) gefördert werden. Solche Angebote sollten bei der Tarifgestaltung umfangreich berücksichtigt werden.

5.5.2 Stärkung des Geschäftsfeldes der Krankenzusatzversicherungen

Die Orientierung der PKV-Unternehmen auf Krankenvollversicherungen und Zusatzversicherungen sind unterschiedlich ausgeprägt.¹⁵¹ Betrachtet man die PKV-Branche insgesamt, liegt der Schwerpunkt auf den Krankenvollversicherungen, denn 73 Prozent der Beitragseinnahmen sind diesen zuzurechnen.¹⁵²

¹⁵¹ Vgl. Paquet (2013), S. 48.

¹⁵² Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2012), S. 111.

Durch die Konzentration auf den Sektor der Krankenvollversicherung, der durch das GKV-Finanzierungsgesetz wieder gestärkt wurde, indem der Zugang von der GKV zur PKV erleichtert wurde, ist der Bereich der Zusatzversicherungen nicht im Fokus der PKV-Unternehmen. Einige Versicherer haben sich jedoch durch Kooperationen mit GKV-Unternehmen bereits neue Kundengruppen erschlossen. Im Bereich der Kooperationen dürfte vor allem Potenzial zur Neukundengewinnung ohne hohe Abschlusskosten liegen. Aber auch unabhängig von Kooperationen mit der GKV sollten PKV-Unternehmen Zusatzversicherungs-Produkte anbieten, die dem Bedarf der GKV-Versicherten entsprechen. Es könnte sinnvoll sein, einen Teil der Abschlusskosten, die derzeit für die Gewinnung von Krankenvollversicherten eingesetzt werden, für das Marketing im Bereich der Zusatzversicherungen einzusetzen. So ließe sich dieses Geschäftsfeld ausbauen und wäre langfristig möglicherweise stabiler als die Hauptkonzentration auf die Krankenvollversicherung. Selbstverständlich muss in diesem Segment mehr in den Erhalt der Verträge investiert werden als bei der Krankenvollversicherung, denn die Zusatzversicherung ist eher ein „Luxus-Produkt“, auf das nahezu alle hier Versicherten auch verzichten könnten.

5.5.3 Ausbau weiterer Geschäftsfelder

5.5.3.1 Betriebliche Krankenversicherung

Ein vergleichsweise noch junges Betätigungsfeld für die PKV-Unternehmen ist die betriebliche Krankenversicherung. Bislang wird sie von 15 PKV-Unternehmen in Deutschland angeboten. Bei dieser Versicherungsart wird zwischen einem PKV-Unternehmen und einem Betrieb ein Gruppenvertrag abgeschlossen. Dadurch können die Arbeitnehmer Krankenzusatzversicherungen zu günstigen Konditionen, mit vereinfachter oder ohne Gesundheitsprüfung erhalten. Häufig werden die Beiträge vom Arbeitgeber übernommen. Da dies Prinzip als Arbeitgeber-Angebot ein Mittel zur Mitarbeiterbindung darstellt, wird der betrieblichen Krankenversicherung mit Blick auf den zu erwartenden Fachkräftemangel ein erhebliches Potenzial zugesprochen. Derzeit ist das Beitragsaufkommen in diesem Segment noch gering (unter 50 Millionen Euro in 2012). Ein Grund dafür könnte die bis 2011 herrschende Unsicherheit sein, ob die Ausgaben der Arbeitgeber als Sachzuwendung für die Arbeitnehmer anzusehen ist. Dies hat der BFH im April 2011 bejaht.¹⁵³ Von etlichen PKV-Unternehmen wird hier jedoch großes Potenzial gesehen. So kann neben den bislang angebotenen Krankenvollversicherungen

¹⁵³ Vgl. Bundesfinanzhof (2011).

und Krankenzusatzversicherungen ein weiteres Geschäftsfeld erschlossen und ausgebaut werden.¹⁵⁴

5.5.3.2 Pflegezusatzversicherung

Analog dem Konzept der Krankenzusatzversicherungen bieten die PKV-Unternehmen Pflegezusatzversicherungen an. Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden von Versicherten durch Abschluss der Zusatzversicherung „aufgestockt“. Die Anzahl dieser Verträge bei den PKV-Unternehmen haben sich seit 2001 von 655.700 bis 2011 nahezu verdreifacht auf 1.880.400.¹⁵⁵

Seit dem 1.1.2013 gibt es eine staatliche Förderung für bestimmte Pflegezusatzversicherungen (sogenannter Pflege-Bahr). Diese beträgt für Produkte, die bestimmte Mindestanforderungen erfüllen, 60 Euro jährlich, wenn der Versicherte mindestens 120 Euro jährlich als Beitrag aufwendet.¹⁵⁶ Seither haben die PKV-Unternehmen bis Mai 2013 nach Angaben des PKV-Verbandes 125.000 solcher Förderverträge abgeschlossen. Die Nachfrage sei besonders bei jungen Menschen groß.¹⁵⁷

Dies zeigt, dass die staatliche Förderung der Pflegezusatzversicherung zu einer Sensibilisierung für dieses Thema bei den Versicherten führt. Das Problembewusstsein wird erhöht und damit die Abschlussbereitschaft für derartige Verträge. Die PKV-Unternehmen sollten diese Tendenzen für den Ausbau des Geschäftsfeldes nutzen. So kann auch dieses Segment gestärkt werden und zu Mehreinnahmen führen. Darüber hinaus können damit positive Imageeffekte entstehen, die auch andere Versicherungsnachfrage, wie zum Beispiel für Krankenzusatzversicherungen, nach sich ziehen kann.

6 Fazit

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein Gesundheitssystem mit hohem Niveau. Der allgemeine Krankenversicherungsschutz, das nahezu flächendeckende Angebot, ein hoher Versorgungsstandard, die freie Arztwahl und der Leistungskatalog mit geringen Selbstbehalten sind Qualitätsmerkmale. Gleichzeitig ist das deutsche System gemessen an den Ausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt teuer. Seit den 1970er Jahren wird von der Kostenexplosion im Gesundheitssystem

¹⁵⁴ Vgl. Wichert (2012), in VersicherungsJournal Extrablatt 3/2012, S. 4-6.

¹⁵⁵ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2012): Zahlenbericht der PKV 2011/2012, S. 92 f.

¹⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013): Private Pflegevorsorge – Kabinett beschließt Durchführungsverordnung, o.S.

¹⁵⁷ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2013), o.S.

gesprochen und es werden permanent neue Maßnahmen ergriffen, die Kostensteigerungen aufhalten sollen, um die Finanzierbarkeit des Systems nachhaltig zu sichern. Dennoch erhöhten sich Ausgaben für die Gesundheit in Deutschland weiterhin. Als Hauptgrund für einen künftigen befürchteten Anstieg wird immer wieder der demografische Wandel und das Problem der überalterten Gesellschaft mit erhöhtem Bedarf an Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig weniger werdenden Beitragszahlern ausgemacht. Mit dem demografischen Wandel geht auch die Besorgnis einher, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen werden und strukturschwache Regionen einer Unterversorgung ausgesetzt sein können. Der Einsatz hochentwickelter moderner Medizintechnik und die kaum vermeidbare Überkapazität vor allem der Krankenhäuser sind weitere Kostentreiber.

Reformen der Sozialversicherungssysteme gab es zu jeder Zeit und wird es weiterhin geben, denn keine Reform kann alle Problemfelder gleichzeitig nachhaltig lösen und neu hinzukommende Faktoren vorausschauend einbeziehen. Da die Gesundheitspolitik alle Bewohner betrifft, ist das Interesse daran in der Bevölkerung groß und wird durch die Medien häufig aufgegriffen. Politische Akteure nehmen sich auch aus wahltaktischen Gründen gern dieser Thematik an.

Momentan stehen sich zwei Strategien bei den Reformvorschlägen gegenüber: Einerseits die Vereinheitlichung des Versicherungsschutzes mit Erweiterung der Einnahmehasis für die GKV, die unter dem Begriff der Bürgerversicherung beschrieben wird. Andererseits ein Konzept zur Verstärkung des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV sowie zwischen den Unternehmen innerhalb der Systeme, das auch auf mehr Eigenverantwortung der Versicherten setzt.

Das Modell der Bürgerversicherung würde den PKV-Unternehmen defacto die Existenzgrundlage entziehen, denn Krankenvollversicherungen könnten nicht mehr angeboten werden und die Gründung von Bürgerversicherungs-Kassen wäre für die PKV unattraktiv, weil unwirtschaftlich. Es würde ein Großteil der Arbeitsplätze in den PKV-Unternehmen verloren gehen. Eine teilweise Kompensation könnte über andere Produkte erzielt werden. Jedoch ist es für die PKV am sinnvollsten, sich gegen die Einführung der Bürgerversicherung einzusetzen.

Bei anderen Reformkonzepten würden sich durch die Förderung von Wettbewerb und Eigenverantwortung neue Produktfelder für die PKV eröffnen. Eine Existenzgefährdung der Unternehmen bestünde nicht. Es wäre – im Gegenteil – eine Stärkung ihrer Position durch den Wettbewerb zu erwarten.

In jedem Fall ist es für die PKV-Unternehmen sinnvoll, sich weitere Geschäftsfelder zu erschließen, denn es ist zu erwarten, dass aus den bereits angesprochenen Gründen auch in Zukunft das Thema Reformen auf der Agenda der Politik stehen wird.

Unabhängig von etwaigen Reformkonzepten muss die PKV ihren Fokus auf solide Beiträge setzen. Das Kapitaldeckungsprinzip hat wegen der anhaltend niedrigen Kapitalmarktzinsen nicht mehr die Stabilität der Vergangenheit. Eine konsequent realistische Beitragskalkulation, die Ausschöpfung von Einsparungspotenzialen, vor allem bei den Abschlusskosten, sowie eine nachhaltige Produktpolitik sind angeraten, um hohen Beitragssteigerungen, vor allem bei älteren Versicherten, vorzubeugen. Andernfalls wird die PKV mit Imageschäden zu kämpfen haben. Diese könnten auch ohne den Einfluss politischer Entscheidungen auf lange Sicht zur Abschaffung der PKV führen, weil sie den Zugang zu neuen Kunden erschweren oder unmöglich machen.

Mit Blick auf das Gesundheitssystem im Allgemeinen ist festzustellen, dass das derzeitige Krankenversicherungssystem eine hohe Leistungsfähigkeit hat. Jedes Reformkonzept kann neue Probleme mit sich bringen. Eine Kombination von Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragseinnahmen und Maßnahmen zu mehr Effizienz des Systems aus den verschiedenen Reformvorschlägen scheint am ehesten geeignet den künftigen Problemen zu begegnen. Die Wettbewerbsstärkung bei einer einheitlichen Grundversorgung einerseits und die Entkoppelung der Krankenkasseneinnahmen von den Lohnkosten andererseits können durchaus zu einer Stabilisierung des Systems führen, jedoch immer mit Transferleistungen aus Steuereinnahmen. Eine Verstärkung des Wettbewerbs bei den Leistungsanbietern (zum Beispiel Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie) wird zur Kostendämpfung beitragen können. Auch das Setzen von Anreizen zu effizientem Verhalten der Versicherten sollte bei weiteren Reformen Beachtung finden. Wenngleich die Rationalität der Patienten in der konkreten Krankheitssituation teilweise eingeschränkt ist, ließe sich doch bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein gewisses Effizienzpotential nutzen, also das moral-hazard-Phänomen minimieren.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit lassen den Schluss zu, dass kein Konzept den künftigen Problemen schon jetzt nachhaltig entgegenwirken kann. Es ist zu vermuten, dass das Krankenversicherungssystem auch in Zukunft von Reformen geprägt sein wird.

Ungeachtet der weiterhin notwendigen Anpassungen im Krankenversicherungssystem hätte die Politik auch die Option, dem demografischen Wandel mit einer konsequenten und nachhaltigen Familienpolitik zu begegnen. In Anbetracht der zahlreichen zu erwartenden Probleme – nicht nur bei der Gesundheitspolitik – erscheint es sinnvoll, nicht allein gegen die Symptome, sondern auch gegen eine Ursache des demografischen Wandels zu agieren, gegen die niedrige Geburtenrate.

Literaturverzeichnis

- Andreas, Heike (1994): Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik in der Bundesrepublik Deutschland, Botermann & Botermann Verlag: Köln.
- AOK-Bundesverband (1993): 1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), URL: http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/geschichte/index_00516.html
Abruf am 29.5.2013.
- AOK-Bundesverband (2013): Geschichte der GKV-Reformen, URL: <http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/geschichte>, Abruf am 29.5.2013.
- AssCompact (2013): PKV-Angebot für Angestellte mit Vorerkrankungen wächst, URL: <http://www.asscompact.de/article/pkv-angebot-fuer-angestellte-waechst/im-fokus/y/contentpool/57428?psidnt=262438>, erschienen am 24.6.2013, Abruf am 24.6.2013.
- Baumann, Meret (2008): Das Solidaritätsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Schulthess Juristische Medien AG: Zürich.
- Brüss, Manfred (2012): So hoch fallen die Beitragsanpassungen in der PKV aus, URL: <http://www.versicherungsjournal.de/-111672.php>, erschienen am 23.4.2012, Abruf am 9.6.2013.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2012): Jahresbericht 2012, URL: http://www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Jahresbericht/dl_jb_2012.pdf?__blob=publicationFile&v=2, Abruf am 10.6.2013.
- Bundesfinanzhof (2011): Urteil VI R 24/10 URL: <http://juris.bundesfinanzhof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bfh&Art=en&sid=874896b38213e05f551f499acff746eb&nr=23970&pos=0&anz=1>, erschienen am 14.4.2011, Abruf am 24.6.2013
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Eine flächendeckende bedarfsgerechte medizinische Versorgung bleibt auch in Zukunft in ganz Deutschland gesichert, URL: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Pressemittellungen/2011/2011_4/111201_Medizinische_Versorgung_in_Deutschland.pdf, erschienen am 1.12.2011, Abruf am 2.6.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Broschüre Daten des Gesundheitswesens, Stand Juli 2012, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2012.pdf, erschienen Juli 2012, Abruf am 25.5.2013.

- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Pressemitteilung – Bundestag beschließt Assistenzpflegegesetz und Abschaffung der Praxisgebühr, URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_04/121109_PM_75_Assistenzpflegegesetz_und_Abschaffung.pdf, erschienen am 9.11.2012, Abruf am 2.6.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Aufgaben und Organisation der GKV, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>, erschienen am 4.2.2013, Abruf am 27.5.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Ärztliche Versorgung, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html>, Abruf am 2.6.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz), URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform.html>, Abruf am 1.6.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Private Pflegevorsorge – Kabinett beschließt Durchführungsverordnung, URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-04/verordnung-zur-privaten-pflegevorsorge.html>, erschienen am 28.11.2012, Abruf am 23.6.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Versicherte/Arbeitnehmer, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/versicherte/arbeitnehmer.html>, Abruf am 23.6.2013.
- CDU (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Dokumente/herzogkommission.pdf erschienen am 23.9.2003, Abruf am 3.6.2013.
- CDU (2009): Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, URL: <http://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>, erschienen am 26.10.2009, Abruf am 6.6.2013.
- CDU (2013): Pressemitteilung: Mitglieder-Abstimmung zum Regierungsprogramm abgeschlossen, URL: <http://www.cdu.de/artikel/mitglieder-abstimmung-zum-regierungsprogramm-abgeschlossen>, erschienen am 4.6.2013, Abruf am 20.6.2013.
- CDU (2013): Gemeinsam für Deutschland erfolgreich – Regierungsprogramm 2013-2017, URL: http://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/cdu_regierungsprogramm_2013-2017.pdf, erschienen am 24.6.2013, Abruf am 24.6.2013

- Continental Krankenversicherung a.G. (2006): Continentale Studie, Gesundheitsreform 2006, Die Meinung der Bevölkerung, URL: http://www.continentale.de/cipp/continentale/lib/all/lob/return_download,ticket,guest/bid,1852/no_mime_type,0/~-/Continentale-Studie_2006.pdf, erschienen im September 2006, Abruf am 2.6.2013.
- Continental Krankenversicherung a.G. (2013): Produktangebot StartLine, URL: <http://www.continentale.de/cipp/continentale/lib/pub/tt,oid,13787/lang,1/ticket,guest>, Abruf am 22.6.2013
- Demografieportal des Bundes und der Länder (2013): Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes, Zusammenfassung, URL: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/Berichte/BMI_Demografiebericht.html, Abruf am 2.6.2013.
- Deutscher Bundestag (1996): Drucksache 13/4945, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/049/1304945.pdf>, erschienen am 18.6.1996, Abruf am 10.6.2013.
- Deutscher Bundestag (2012): Drucksache 17/9330, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709330.pdf>, erschienen am 17.4.2012, Abruf am 9.6.2013.
- Deutscher Bundestag (2013): Drucksache 17/11997, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/119/1711997.pdf>, erschienen am 2.1.2013, Abruf am 19.6.2013.
- Deutsches Ärzteblatt (2006): Warnung vor Defensivmedizin, Jahrgang 103, Heft 30, URL: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=52200>, erschienen 28.7.2006, Abruf am 2.6.2013.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2006): Krankenhaus Barometer 2006, URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2006.pdf>, erschienen im September 2006, Abruf am 3.6.2013.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2007): Krankenhaus Barometer 2007, URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2007.pdf>, erschienen im September 2007, Abruf am 3.6.2013.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2008): Krankenhaus Barometer 2008, URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2008.pdf>, erschienen im September 2008, Abruf am 3.6.2013.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2009): Krankenhaus Barometer 2009, URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2009.pdf>, erschienen im September 2009, Abruf am 3.6.2013.

- Deutsches Krankenhausinstitut (2010): Krankenhaus Barometer 2010, URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2010.pdf>, erschienen im September 2010, Abruf am 3.6.2013.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2011): Krankenhaus Barometer 2011, URL: https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus_barometer_2011.pdf, erschienen September 2011, Abruf am 3.6.2013.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2012): Krankenhaus Barometer 2012, URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf>, erschienen im September 2012, Abruf am 3.6.2013.
- Dicke, Volker/Fiege, Marcel/Härle, Ilona/ Lullies, Dirk/Saidole, Kurt/Schmitt, Jörg /Sommerreißer, Martin (2012): Kranken- und Unfallversicherungen, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe.
- Die Grünen (2010): Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität, Beschluss der 32. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz, URL: http://www.gruene-partei.de/cms/default/dokbin/362/362228.g01zugang_teilhabe_praevention_gruene_ge.pdf, erschienen im November 2010, Abruf am 6.6.2013.
- Die Linke (2013): Themen A-Z, Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung URL: <http://www.linksfraktion.de/themen/buergerinnen-buergerversicherung-solidarische>, Abruf am 6.6.2013.
- Eberle, Gudrun (1997): Bleibt uns die soziale Krankenversicherung erhalten? Von der Bismarck'schen Konzeption zur 3. Stufe der Gesundheitsreform, Asgard-Verlag, Dr. Werner Hippe KG:, Sankt Augustin.
- FDP (2013): Häufig gestellte Fragen rund um die Gesundheitspolitik und Antworten aus Sicht der FDP-Bundestagsfraktion, URL: <http://www.daniel-bahr.de/Fragen-zur-Gesundheitspolitik/10515b2611>, Abruf am 6.6.2013.
- Geißler, Heiner (1976): Die Neue Soziale Frage, Verlag Herder KG: Freiburg im Breisgau.
- Gerichtshof der Europäischen Union (2011): Rechtssache C-236/09, URL: <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=124670&pageIndex=0&doclang=DE&mode=req&dir=&occ=first&part=1>, erschienen am 1.3.2011, Abruf am 9.6.2013.
- GKV-Spitzenverband (2013) : Zahlen und Grafiken, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp#lightbox, Abruf am 1.6.2013.

- Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald (2010): Gesundheitsökonomie: Strukturen - Methoden – Praxis, 5. Auflage, Kohlhammer GmbH: Stuttgart.
- Heinze, Helmut (1976): Zum Beitragszuschuss – Rechtliche Gestaltung und Problematik einer Sozialleistung für Rentner an der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung e.V.: Köln.
- Herder-Dorneich, Philipp (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2007): MLP-Gesundheitsreport 2007, URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/446080/data/presentation-2007.pdf>, erschienen am 21.11.2007, Abruf am 3.6.2013.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2008): MLP-Gesundheitsreport 2008, URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/446088/data/presentation-2008.pdf>, erschienen am 26.11.2008, Abruf am 3.6.2013.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2009): MLP-Gesundheitsreport 2009, URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/446100/data/presentation-2009.pdf>, erschienen am 5.8.2009, Abruf am 3.6.2013.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2010): MLP-Gesundheitsreport 2010, URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/464712/data/presentation.pdf>, erschienen am 25.11.2010, Abruf am 3.6.2013.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2011): MLP-Gesundheitsreport 2011, URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/490176/data/presentation.pdf>, erschienen am 23.11.2011, Abruf am 3.6.2013.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2012): MLP-Gesundheitsreport 2012/2013, URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/534846/data/presentation.pdf>, erschienen am 23.11.2011, Abruf am 3.6.2013.
- Kleis, Friedrich (1928): Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, Verlag der „Arbeiter-Versorgung“: Berlin
- Lier, Monika (2013): Zinstief verteuert PKV-Altbestände auf breiter Front, URL: <http://www.versicherungsjournal.de/-115548.php>, erschienen am 29.5.2013, Abruf am 19.6.2013.
- Marko, Volker (2009): Private Krankenversicherung nach GKV-WSG und VVG Reform, Verlag C. H. Beck: München.
- Merkens, Günther/von Birgelen, Werner (1991): Die private Krankenversicherung 1. Auflage, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG: Sankt Augustin.

- OECD (2012): Health at a Glance (2012): Europe 2012, Health expenditure in relation to GDP, URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8112121ec053.pdf?expires=1370110159&id=id&accname=guest&checksum=715B625F7C184CA33B4C6F74DAB02320>, erschienen am 16.11.2012, Abruf am 1.6.2013.
- Paquet, Robert (2013): Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_284.pdf, erschienen im April 2013, Abruf am 20.6.2013.
- Peters, Horst (1978): Die Geschichte der sozialen Versicherung, 3. Auflage, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG: Sankt Augustin.
- Rudolph, Jürgen (2009): Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif: Aufgaben des Aktuars in der privaten Krankenversicherung im Wandel der Zeiten, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe.
- Sacher, Peter (2004): Private Kranken- und Pflegeversicherung: Produktorientierte Qualifikationen, 3. Auflage, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2003): Gutachten 2003, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Kurzfassung, URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurz-f-de03.pdf, erschienen im Februar 2003, Abruf am 2.6.2013.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2012): Sondergutachten 2012, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Kurzfassung, URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurz-fassung.pdf, erschienen im Juni 2012, Abruf am 2.6.2013.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) (2004): Jahresgutachten 2004/2005, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, URL: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04_gesa.pdf, erschienen am 17.11.2004, Abruf am 23.6.2013.
- Schewe, Dieter (2000): Geschichte der sozialen und privaten Versicherung im Mittelalter in den Gilden Europas, Duncker und Humblot: Berlin.
- Schug, Albert (2011): Der Versicherungsgedanke und seine historischen Grundlagen, V&R unipress: Göttingen.
- Signal Krankenversicherung AG (2013): Produktangebot Isifair, URL: http://www.signal-iduna.de/Versicherungen/Gesundheit/Privater-Schutz-fuer-IKK-Versicherte/Produkt-details/ISifair_Alles_aus_einer_Hand_n.php, Abruf am 22.6.2013.

- Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland, 3. Auflage, Verlag Hans Huber Hogrebe AG: Bern.
- SPD (2011): Beschlussbuch des Bundesparteitags 2011, URL: http://www.spd.de/linkableblob/23182/data/beschlussbuch_bpt_2011.pdf erschienen am 6.12.2011, Abruf am 3.6.2013.
- Spiegel-Online (2013): Jahrestief bei Forsa: SPD fällt in Umfrage auf 22 Prozent, URL: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/spd-faellt-in-forsa-umfrage-auf-jahrestief-a-906561.html>, erschienen am 19.6.2013, Abruf am 20.6.2013
- Statistisches Bundesamt (2012): Statistisches Jahrbuch, Deutschland und International Les 2012, URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2012.pdf?__blob=publicationFile, erschienen im Oktober 2012, Abruf am 1.6.2013.
- Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit Ausgaben 2011, URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?__blob=publicationFile erschienen am 4.4.2013, Abruf am 25.5.2013.
- Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ausgaben, Kosten, Finanzierung, URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2241, Abruf am 29.5.2013.
- Thielbeer, Markus (1999): Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen einer Deregulierung in der privaten Krankenversicherung: eine ordnungsökonomische Analyse, Verlag P.C.O.: Bayreuth.
- TNS Infratest (2013): Pressemitteilung - Bundesbürger blicken sorgenvoll auf ihre Krankenversicherung, URL: <http://www.tns-infratest.com/Presse/presseinformation.asp?prID=3206>, erschienen am 3.6.2013, Abruf am 10.6.2013.
- Töns, Hans (1985): Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen, Verlag der Ortskrankenkassen: Bonn.
- Universität Duisburg-Essen (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Dokumente/herzogkommission.pdf, erschienen am 29.9.2003, Abruf am 5.6.2013.
- Verband der Ersatzkassen e. V. (2013): Geschichte der Selbstverwaltung, URL: http://www.vdek.com/ueber_uns/Selbstverwaltung/Historie.html, Abruf am 20.5.2013.

- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2002): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2001/2002, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2001_2002.pdf, erschienen im Oktober 2002, Abruf am 1.6.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2003): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2002/2003, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2002_2003.pdf, erschienen im Oktober 2003, Abruf am 1.6.2013
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2004): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2003/2004, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2003_2004.pdf, erschienen im Oktober 2004, Abruf am 1.6.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2005): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2004/2005, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2004_2005.pdf, erschienen im Oktober 2005, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2005_2006.pdf, erschienen im Oktober 2006, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2007): Gesundheitsreform 2007, Neuregelungen für die PKV, URL: http://www.pkv.de/publikationen/info_broschueren/gesundheitsreform_auswirkungen_auf_die_pkv.pdf, erschienen im August 2007, Abruf am 30.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2006_2007.pdf, erschienen im Oktober 2007, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2007_2008.pdf, erschienen im Oktober 2008, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2008_2009.pdf, erschienen im Oktober 2009, Abruf am 31.5.2013.

- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2010): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf, erschienen im Oktober 2010, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2011): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/broschueren/zahlenbericht_2010_2011.pdf, erschienen im Oktober 2011, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2012): Der private Krankenschutz im Sozialrecht, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/broschueren/pkv-im-sozialrecht_2012.pdf, erschienen im Januar 2012, Abruf am 30.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2011_2012.pdf, erschienen im Oktober 2012, Abruf am 31.5.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2013): Pressemappe zur Jahrestagung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung am 19. Juni 2013, URL: <http://www.pkv.de/presse/pressearchiv/2013/pressemappe-pkv-jahrestagung-2013-ii.pdf>, erschienen am 19.6.2013, Abruf am 23.6.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2013): Rechenschaftsbericht 2012, URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/pkv-rechenschaftsbericht-2012.pdf, erschienen im Mai 2013, Abruf am 22.6.2013.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2013): Zahlen zur privaten Krankenversicherung, URL: <http://www.pkv.de/zahlen>, Abruf am 1.6.2013
gelesen 1.6.2013, 21.10 Uhr.
- Wichert, Björn (2012): Aufbruch in einen neuen Markt; in VersicherungsJournal Extra-
blatt, Heft 3/2012, Seite 4-6.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2013): Kennziffern der vertragsärztlichen Versorgung, URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=1&uid=20>
Abruf am 2.6.2013.

Anhang: Umfrage unter PKV-Unternehmen – Strategien zur möglichen Bürgerversicherung

Es wurden eine Umfrage unter 31 PKV Unternehmen durchgeführt. Diese wurde am 10.6.2013 per E-Mail an die Pressestellen verschickt mit der Bitte um Rückäußerung bis zum 17.6.2013. Folgende Unternehmen wurden angeschrieben:

Allianz Deutschland AG, Alte Oldenburger Krankenversicherung AG, ARAG SE, AXA Konzern AG, Barmenia Versicherungen, Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G., Consal Beteiligungsgesellschaft AG, Debeka Gruppe, DEVK Versicherungen, Die Continentale Krankenversicherung a.G., ERGO Direkt Versicherungen, ERGO Versicherungsgruppe AG, Gothaer Versicherungsbank VVaG, Hallesche Krankenversicherung a.G., HanseMerkur Versicherungen, Generali Holding AG, HUK-Coburg Versicherungsgruppe, Inter Versicherungsgruppe, Landeskrankenhilfe V.V.a.G., LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G., Mannheimer AG Holding, Mecklenburgische Versicherung a.G., Münchener Verein Versicherungen, Nürnberger Versicherungen, R+V Versicherung AG, SIGNAL IDUNA Gruppe, Süddeutsche Krankenversicherung a.G., UKV - Union Krankenversicherung AG, uniVersa Lebensversicherung a.G., VGH Versicherungen, Wüstenrot & Württembergische AG (W&W AG).

Diese Fragen wurden gestellt:

1. Falls die sogenannte Bürgerversicherung nach den derzeitigen Plänen der SPD eingeführt wird, rechnen sie mit Auswirkungen auf Ihr Unternehmen?
2. Welche Strategien haben Sie bereits entwickelt, um etwaigen Auswirkungen auf Ihr Unternehmen durch Einführung der Bürgerversicherung zu begegnen?
3. Welche Maßnahmen haben Sie bereits ergriffen, um etwaigen Auswirkungen auf Ihr Unternehmen durch Einführung der Bürgerversicherung zu begegnen?
4. Rechnen Sie bei eventueller Einführung der Bürgerversicherung mit einem Personalabbau in Ihrem Unternehmen?

Dies sind die Ergebnisse:

- Keine Reaktion: 17 Unternehmen
- Ablehnung der Teilnahme aus inhaltlichen Gründen: 8 Unternehmen
- Ablehnung der Teilnahme aus Gründen grundsätzlicher Art: 2 Unternehmen
- Beantwortung der Fragen, zum Teil nicht aller Fragen: 4 Unternehmen

Um die befragten Unternehmen zur Teilnahme an der Umfrage zu motivieren, wurde Vertraulichkeit zugesichert. Aus diesem Grund werden die Antworten ohne Namensnennung dargestellt.

1. Frage

Drei der antwortenden Unternehmen bejahen die Frage nach Auswirkungen auf das Unternehmen durch Einführung der Bürgerversicherung. Ein Unternehmen gibt an, dass aufgrund des Fehlens von detaillierten Plänen zur Einführung der Bürgerversicherung keine Einschätzung vorgenommen werden kann.

2. Frage

Drei der antwortenden Unternehmen bejahen die Frage nach der Entwicklung von Strategien. Ein antwortendes Unternehmen lässt diese Frage unbeantwortet. Ein Unternehmen gibt an, Strategien entwickelt zu haben, nennt diese jedoch nicht. Entwickelte Strategien sind:

- Verstärkte Kooperation mit einem konkreten GKV-Unternehmen
- Öffentlichkeitsarbeit und politisches Engagement gegen die Einführung der Bürgerversicherung
- Ankündigung einer Verfassungsklage (Berufsfreiheit, Art. 12 GG¹⁵⁸)

3. Frage

Eines der antwortenden Unternehmen gibt an, keine Maßnahmen entwickelt zu haben. Zwei der antwortenden Unternehmen lassen diese Frage unbeantwortet. Ein antwortendes Unternehmen gibt als Maßnahme an:

- Prozessoptimierung bei der Bearbeitung von Zusatzversicherungen

4. Frage

Eines der antwortenden Unternehmen rechnet mit einem Abbau von 5.000 Stellen im Innen- und Außendienst. Eines der antwortenden Unternehmen rechnet nicht mit einem Stellenabbau. Eines der antwortenden Unternehmen ließ die Frage unbeantwortet. Das vierte der antwortenden Unternehmen wollte keine Annahmen treffen und verwies auf die Untersuchung „Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung“ von Robert Paquet, die als Arbeitspapier der Hans-Böckler-Stiftung kürzlich erschienen ist.

¹⁵⁸ Vgl. Paquet (2013), S. 76

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig und ohne un-erlaubte Hilfe angefertigt worden ist, insbesondere dass ich alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, durch Zitate als sol- che gekennzeichnet habe. Ich versichere auch, dass die von mir eingereichte schriftli- che Version mit der digitalen Version übereinstimmt. Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgele- gen hat. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit der Öffentlichkeit zu- gänglich gemacht wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Digitalversion dieser Arbeit zwecks Plagiatsprüfung auf die Server externer Anbieter hoch geladen werden darf. Die Plagiatsprüfung stellt keine Zurverfügungstellung für die Öffentlichkeit dar.

Berlin, 1. Juli 2013