

Wettbewerb im Bereich der **privaten Krankenversicherungen**

Forschungsprojekt des Bundesministeriums für
Wirtschaft und Technologie

STUDIEN
BERICHT

Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Kranken- versicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung

*Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft
und Technologie*

Schlussbericht

Dr. Martin Albrecht

Dipl.-Vw. Christoph de Millas

Dipl.-Math. Susanne Hildebrandt

Anke Schliwen, MSc

in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup

Berlin, 25. Januar 2010

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Kontext, Ziel und Struktur des Forschungsprojekts	8
2	Herausforderungen für die PKV – Auswirkungen des demographischen Wandels.....	11
2.1	Steigende Lebenserwartung und altersabhängige Profile der Gesundheitsausgaben.....	11
2.2	Medikalisierungs- und Kompressionsthese	12
2.3	Unterschiedliche Auswirkungen des demographischen Wandels auf GKV und PKV?.....	21
2.4	Fazit	29
3	Strategien der PKV	31
3.1	Langfristiger Versicherungsschutz und "alterskonstante Prämien"	31
3.2	Prämienrisiken	32
3.3	Selbstbehalte	44
4	Wettbewerb gegenüber der Nachfrageseite auf dem PKV-Markt	48
4.1	Bisherige Erkenntnisse zur Prämienentwicklung in der PKV	48
4.2	Datengrundlage und Ansatzpunkte der empirischen Untersuchung	54
4.3	Prämienentwicklung im Zeitraum 1998 bis 2008	57
4.4	Prämienveränderungen in Abhängigkeit vom Prämienniveau und vom Marktalter der Tarife	64
4.5	Schwankungen im Ausmaß der Prämienanpassungen	77
4.6	Produktwettbewerb	78
5	Wettbewerb auf den Leistungsmärkten.....	82
5.1	Wettbewerb der Leistungsanbieter um privat versicherte Patienten	82
5.1.1	Rahmenbedingungen des Leistungswettbewerbs auf Gesundheitsmärkten	83
5.1.2	Unterschiede der Rahmenbedingungen des Leistungswettbewerbs zwischen PKV und GKV	84
5.1.3	Ansatzpunkte in der PKV zur Beeinflussung des Leistungswettbewerbs	88

5.1.4	Sektoraler Vergleich der Ausgaben zwischen PKV und GKV	90
5.1.5	Die These der „Quersubventionierung“ zwischen PKV und GKV	95
5.2	Wettbewerb um Leistungsverträge zwischen Leistungsanbietern und Versicherungsunternehmen.....	99
5.3	Wettbewerb und Versorgungsqualität	104
6	Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform	108
6.1	Einschränkung der Möglichkeiten eines Wechsels von der GKV in die PKV.....	108
6.2	Einführung eines verpflichtenden Basistarifs.....	111
6.2.1	Finanzielle Effekte der sozialpolitischen Ziele des Basistarifs	113
6.2.2	Finanzielle Effekte der wettbewerbspolitischen Ziele des Basistarifs.....	115
6.2.3	Einschätzung der tatsächlichen finanziellen Effekte.....	116
7	Fazit und wirtschaftspolitische Implikationen	124
	Literaturverzeichnis.....	132

Abbildungen

Abbildung 1: Mögliche Veränderung der Kopfschadensprofile bei steigender Lebenserwartung	16
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Veränderung der Kosten vor dem Tod bei Erhöhung der Lebenserwartung	21
Abbildung 3: Kopfschadensprofile der PKV nach Altersgruppe, 2004.....	22
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben je GKV Versicherten in Euro, 2004.....	22
Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten, 2009.....	24
Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsstruktur in der privaten Pflegeversicherung, 2008	24
Abbildung 7: Stornowahrscheinlichkeit, sonstige Versicherte, männlich, 2007	34
Abbildung 8: Anzahl der Versichertenwechsel zwischen PKV und GKV, 1970-2008	42
Abbildung 9: Kopfschadenverlauf Männer	47
Abbildung 10: Kopfschadenverlauf Frauen.....	47
Abbildung 11: Beitragsentwicklung in PKV und GKV, 1997-2008.....	49
Abbildung 12: Beitragsentwicklung in PKV und GKV, Veränderung gegenüber Vorjahr (in %), 1998-2008.....	50
Abbildung 13: Anzahl der in die Untersuchung einbezogenen Tarife, differenziert nach Einführungsjahr	56
Abbildung 14: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie typischer PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, <i>Männer</i>	58
Abbildung 15: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie typischer PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, <i>Frauen</i>	59
Abbildung 16: Beobachtete Kombinationen von Prämienniveau und nachfolgender Prämienentwicklung, jeweils prozentuale Abweichung bezogen auf die marktdurchschnittliche Prämie (Männer), 1998-2008.....	65
Abbildung 17: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „alte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, <i>Männer</i>	70
Abbildung 18: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „alte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, <i>Frauen</i>	70
Abbildung 19: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „mittelalte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, <i>Männer</i>	71
Abbildung 20: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „mittelalte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, <i>Frauen</i>	72
Abbildung 21: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „junge“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, <i>Männer</i>	73

Abbildung 22: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „junge“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, <i>Frauen</i>	73
Abbildung 23: Monatliche Prämien von "Billig-Tarifen", 2009	81
Abbildung 24: Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten in GKV und PKV, 1997-2008	91
Abbildung 25: Entwicklung der Ausgaben in GKV und PKV nach Einrichtungen (Arztpraxen), 1995-2007	92
Abbildung 26: Entwicklung der Ausgaben in GKV und PKV nach Einrichtungen (Apotheken, Krankenhäuser), 1995-2007.....	93
Abbildung 27: Ausgabenstruktur der PKV, 2007	94
Abbildung 28: Ausgabenstruktur der GKV, 2007	95
Abbildung 29: Altersprofil der Beiträge im Basistarif (Männer, Selbstbehalt 300 Euro) im Vergleich zu Normaltarif, 2008	120

Tabellen

Tabelle 1: Empirische Studien zur Analyse des Versteilerungseffekts.....	27
Tabelle 2: Entwicklung des Beitragssatzes/Ausgaben bis zum Jahr 2040/50	30
Tabelle 3: Altersabhängige Kopfschäden (ambulante Versorgung) für unterschiedliche Selbstbehaltstufen (in Euro)	45
Tabelle 4: Veränderung der durchschnittlichen Prämien für typische PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, <i>Zeitraum 1998 bis 2007/2008</i>	61
Tabelle 5: Jahresdurchschnittliche Veränderung der mittleren Prämien für typische PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, <i>Männer</i>	62
Tabelle 6: Prämienspannen typischer PKV-Tarife, Durchschnitt für Eintrittsalter 30-40, <i>in Euro</i>	63
Tabelle 7: Prämienspannen typischer PKV-Tarife, Durchschnitt für Eintrittsalter 30-40, <i>Quoten aus niedrigsten und höchsten Prämien in %</i>	64
Tabelle 8: Ergebnisse der Panelanalyse zum Zusammenhang von Prämienniveau und Prämienentwicklung, 1998-2008	67
Tabelle 9: Ergebnisse der Panelanalyse zum Zusammenhang von Prämienniveau und Prämienentwicklung (1998-2008), nach Alter der Tarife, <i>Männer</i>	75
Tabelle 10: Ergebnisse der Panelanalyse zum Zusammenhang von Prämienniveau und Prämienentwicklung (1998-2008), nach Alter der Tarife, <i>Frauen</i>	75
Tabelle 11: Durchschnittliche Standardabweichung der jährlichen Prämienveränderung nach Alter der Tarife, 1998-2008, <i>in %</i>	77

Tabelle 12:	Entwicklung der Ausgaben in GKV und PKV nach Einrichtungen, jahresdurchschnittliche Veränderungen 1995-2007	93
Tabelle 13:	Entwicklung des Nettozugangs aus der GKV in die PKV	110

1 Kontext, Ziel und Struktur des Forschungsprojekts

Die kontinuierlich steigende Lebenserwartung wird allgemein als ein wesentlicher Faktor betrachtet, der speziell im Gesundheitswesen die Wachstums- und Ausgabedynamik erhöht. Den Krankenversicherungssystemen entstehen hieraus große Herausforderungen mit Blick auf ihre finanzielle Stabilität. Krankenversicherungsunternehmen agieren stets auf zwei Märkten gleichzeitig:

- Auf dem Versicherungsmarkt (Nachfrageseite) konkurrieren sie um die Nachfrage von Versicherungsnehmern, die primär an einem möglichst "kostengünstigen" Versicherungsschutz interessiert sind.
- Auf dem Behandlungsmarkt (vorgelagerter Markt), auf dem im Versicherungsfall Leistungsansprüche eingelöst werden, treffen sie auf Patienten und Leistungsanbieter, die primär an hoher Leistungsqualität bzw. an möglichst "teuren" Lösungen interessiert sind.

Von einer wettbewerblichen Marktorganisation wird allgemein erwartet, dass sie im Vergleich zu alternativen Wirtschaftsordnungen mit der größten Wahrscheinlichkeit zu optimalen Lösungen der Zielkonflikte führt, die sich aus der beschriebenen Marktkonstellation ergeben.

Ein erklärtes politisches Ziel ist es daher, durch eine Stärkung des Wettbewerbs die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen und damit maßgeblich zu einer nachhaltigen Finanzierung in der Krankenversicherung beizutragen, die eine Nutzung der gesamtwirtschaftlichen Wachstums- und Wertschöpfungspotenziale der Gesundheitswirtschaft ermöglicht.

Der Gesetzgeber hat durch die jüngsten Gesundheitsreformen¹ die wettbewerblichen Spielräume insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) z. T. substanziell erweitert. Ein Schwerpunkt lag hierbei auf dem Bestreben, die Effizienz des Mitte der 1990er Jahre initiierten Wettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt (Kassenwahlfreiheit) vor allem dadurch zu steigern, dass dieser durch einen umfassenderen Wettbewerb auch auf der Leistungsseite (Selektivverträge) ergänzt wird.

¹ Hierzu zählen das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) sowie das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG).

Die Wettbewerbsbedingungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) unterscheiden sich teilweise deutlich von denen in der GKV, weil beiden Systemen unterschiedliche konzeptionelle Ansätze zur versicherungsökonomischen und versicherungstechnischen Bewältigung finanzieller Gesundheitsrisiken zugrunde liegen. Diese Unterschiede beziehen sich insbesondere auf die Rolle der Kapitaldeckung für die Finanzierung sowie auf das Verhältnis zu den Leistungsanbietern. Mit der jüngsten Gesundheitsreform (GKV-WSG) wurden auch Maßnahmen ergriffen, die den Wettbewerb in der PKV intensivieren sollen. Diese Maßnahmen sind weitgehend auf den Versicherungsmarkt beschränkt,² und es ist fraglich, welches Wettbewerbspotenzial mit ihnen verbunden ist.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie beauftragten Forschungsprojekts, den potenziellen Beitrag des Wettbewerbs zur Bewältigung der zukünftigen, insbesondere durch die demographische Entwicklung bedingten Herausforderungen in der PKV zu untersuchen.

Das Leitkriterium, anhand dessen der Wettbewerb und die Effizienz auf dem PKV-Markt beurteilt werden, ist die Stärkung der Kernfunktion des privaten Krankenversicherungsschutzes, nämlich der Schutz der Versicherten vor unerwünschten Einkommensschwankungen infolge von unsicheren, nicht planbaren und u. U. die eigene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit übersteigenden Gesundheitsaufwendungen.

Die Untersuchung gliedert sich in fünf Schritte:

1. Zukünftige Herausforderungen

Ausgangspunkt ist eine Bestandsaufnahme über die verfügbare Evidenz zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung, um die zukünftigen Herausforderungen der PKV zu spezifizieren.

2. Strategien der PKV

Es wird untersucht, welche strategischen Antworten das gegenwärtige Geschäftsmodell der PKV auf diese Herausforderungen gibt. Zu diesem Zweck wird die in der PKV vorherrschende Versicherungstechnik zum Umgang mit Ausgabenrisiken analysiert.

² Angesprochen ist hier die Erleichterung des Anbieterwechsels in der PKV durch die teilweise Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen in Verbindung mit der Einführung des Basistarifs.

3. Ist-Analyse des Wettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt

Im Rahmen einer empirischen Analyse wird geprüft, inwieweit sich Belege für die (verbreitete) These finden lassen, dass der Wettbewerb insbesondere um PKV-Bestandskunden gravierende Mängel aufweist.

4. Ist-Analyse des Wettbewerbs auf den Leistungsmärkten

Im Mittelpunkt stehen hierbei der institutionelle Rahmen der Leistungsregulierung sowie ein Vergleich mit der GKV im Hinblick auf die These, dass die PKV für ihre Versicherten "Überzahlungen" an die Leistungsanbieter tätige und damit die GKV "quersubventioniere". Darüber hinaus werden die Wettbewerbsbedingungen mit Blick auf die Versorgungsqualität geprüft.

5. Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform

Die Wirkungsanalyse bezieht sich auf die Einschränkung der Möglichkeiten eines Wechsels von der GKV in die PKV sowie auf die Einführung des Basistarifs in Verbindung mit einer partiellen Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen.

Abschließend werden aus den vorangehenden Untersuchungsschritten wirtschaftspolitische Implikationen diskutiert und Ansätze für die zukünftige Gestaltung der Wettbewerbsbedingungen für die PKV aufgezeigt.³

³ Da das Thema des Forschungsprojekts das Wettbewerbspotenzial *innerhalb* der PKV ist, werden Optionen einer Zusammenführung der Krankenversicherungssysteme von GKV und PKV nicht einbezogen.

2 Herausforderungen für die PKV – Auswirkungen des demographischen Wandels

2.1 Steigende Lebenserwartung und altersabhängige Profile der Gesundheitsausgaben

Die steigende Lebenserwartung bei einer gleichzeitig sinkenden Geburtenzahl führt in Deutschland – sowie in fast allen OECD-Ländern – zu einer grundlegenden Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung. Beispielsweise prognostiziert das Statistische Bundesamt, dass die Anzahl der über 65-Jährigen in Deutschland bis zum Jahre 2060 von 16,8 Millionen (2008) auf 21,9 Millionen ansteigen wird. Da die Gesamtbevölkerung gemäß dieser Prognose von 82 Millionen auf 64,7 Millionen sinkt, würde sich der Anteil der über 65-Jährigen von 20 % auf 34 % erhöhen. Der Anteil der über 80-Jährigen würde sich demnach bis 2060 von 5 % auf 14 % fast verdreifachen (Statistisches Bundesamt 2009b). Dieser demografische Wandel wird Auswirkungen auf die Höhe der zukünftigen Gesundheitsausgaben mit sich bringen, da die durchschnittlichen Pro-Kopf Gesundheitsausgaben stark altersabhängig sind. Während im Durchschnitt im ersten Lebensjahr relativ hohe Ausgaben anfallen, entstehen im Kinder-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter dagegen nur geringe Kosten. Ab Mitte 30 steigen die Ausgaben mit dem Alter dann stark an und flachen erst im hohem Alter wieder ab.⁴ Das altersspezifische Ausgabenprofil der Frauen unterscheidet sich vom dem der Männer durch die höheren Ausgaben im gebärfähigen Alter (vgl. Abbildung 3 und Abbildung 4).

Für die Analyse der Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben sind grundsätzlich zwei Effekte zu unterscheiden. Zum einen steigt der Anteil der Individuen in den höheren Altersklassen an, was allein infolge des altersabhängigen Profils der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben zu steigenden Gesundheitsausgaben führt. Dieser Ausgabeneffekt lässt sich relativ leicht prognostizieren, indem das altersspezifische Ausgabenprofil eines Basisjahres mit Hilfe von Bevölkerungs-

⁴ Die Abflachung des Ausgabenprofils im hohen Alter ist hauptsächlich auf die im deutschen System verankerte Trennung zwischen Gesundheits- und Pflegesystem zurückzuführen. Da für ältere Menschen v. a. Pflegekosten anfallen, führt eine alleinige Betrachtung der Gesundheitsausgaben zu einem abflachenden Ausgabenprofil. Bei einer Berücksichtigung der Pflegekosten würde das Ausgabenprofil auch in hohem Alter weiter ansteigen (Niehaus 2006).

prognosen auf die zukünftige Zusammensetzung der Bevölkerung übertragen wird. Dieser Effekt wird teilweise auch als "direkter demografischer Ausgabeneffekt" bezeichnet (vgl. Fetzer 2005; Kruse et al. 2003).⁵ Zum anderen stellt sich aber die Frage, ob die altersabhängigen Ausgaben- bzw. Kopfschadenprofile bei steigender Lebenserwartung im Zeitablauf tatsächlich konstant bleiben. Zusätzlich zu einer reinen, zumindest relativen, "Mehrbesetzung" der älteren Altersklassen muss also untersucht werden, ob bzw. wie sich die altersspezifischen Ausgabenprofile im Zeitablauf bei steigender Lebenserwartung verändern.

In der Literatur werden zu dieser Frage zwei konkurrierende Theorien diskutiert, die Medikalisierungsthese und die Kompressionsthese. In ihrer ursprünglichen Definition beziehen sich diese beiden Thesen auf eine reine Betrachtung der Veränderung der Lebensqualität bzw. der Morbidität aufgrund einer steigenden Lebenserwartung. In der theoretischen Diskussion und empirischen Überprüfung der beiden Thesen wird jedoch zunehmend die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den Mittelpunkt gestellt. Dabei werden die Gesundheitsausgaben als Morbiditätsindikator gedeutet und anhand der Gesundheitsausgaben Rückschlüsse auf die Morbidität gezogen. Im Folgenden werden die beiden Thesen kurz vorgestellt, um im Anschluss die Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben detailliert zu diskutieren und die vorhandenen empirischen Studien zu beschreiben.

2.2 Medikalisierungs- und Kompressionsthese

Gemäß der Medikalisierungsthese (oder auch Morbiditätsexpansionsthese) werden die durch die höhere Lebenserwartung gewonnenen Jahre in zunehmendem Maße in Krankheit und Behinderung verbracht (Gruenberg 1977; Krämer 1993; Verbrugge 1984). Durch den medizinischen Fortschritt können Menschen bei schwerer Erkrankung vor dem Tod bewahrt werden oder ihr Leben kann zumindest verlängert werden. Dadurch steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Krankheiten im Laufe dieses verlängerten Lebens auftreten. Die bessere Therapiebarkeit infolge des medizinisch-technischen Fortschritts führt damit dazu, dass die Menschen im Durchschnitt länger krank und therapiebedürftig sind. Der durchschnittliche Gesundheitszustand einer Bevölkerung kann sich so im Extremfall durch den medizinischen Fortschritt sogar zunehmend verschlechtern. Vorausset-

⁵ Der demografische Wandel wirkt dabei in gegenläufiger Weise. Zum einen steigt der Anteil älterer Menschen (c. p. Anstieg der Gesundheitsausgaben), zum anderen wird ein Rückgang der Gesamtbevölkerung erwartet (c. p. Rückgang der Gesundheitsausgaben) (vgl. Erbsland 1995: S. 31f.; Kruse et al. 2003: S. 22f.).

zung für eine steigende Lebenserwartung ist gemäß der Medikalisationsthese eine dauerhafte Medikation – nur zusätzliche Gesundheitsleistungen und damit steigende Kosten im Gesundheitssystem können somit die Lebenserwartung steigern.

Im Gegensatz dazu geht die Kompressionsthese (oder auch Morbiditätskompressionsthese) davon aus, dass Individuen die durch eine steigende Lebenserwartung gewonnenen Jahre vornehmlich in "guter Gesundheit" verbringen (Fries 1980). Es wird daher angenommen, dass die Menschen bis ins hohe Alter weitgehend gesund bleiben und sich Krankheit und Behinderung stets auf die Zeit kurz vor dem Tod konzentrieren. Die steigende Lebenserwartung führt also dazu, dass sich die krankheitsintensive Phase kurz vor dem Tod lediglich nach hinten verschiebt. Bei der Kompressionsthese wird zwischen der relativen und der absoluten Kompressionsthese unterschieden. Gemäß der relativen Kompressionsthese wird die Phase der altersbedingten Behinderung und Krankheit im Verhältnis zur gesamten Lebenszeit kürzer. Gemäß der absoluten Kompressionsthese kommt es sogar zu einer absoluten Verkürzung der Behinderungs- bzw. Krankheitsphase. Es wird dabei angenommen, dass sich die Zeitspanne zwischen dem erstmaligen Auftreten einer Erkrankung und dem Todeszeitpunkt verkürzt, da es durch Prävention und Gesundheitsförderung möglich wird, den Ausbruch einer Krankheit immer weiter hinauszuzögern.⁶

Betrachtet man vorerst nur die Entwicklung der Morbidität der Bevölkerung (beispielsweise gemessen anhand von Behinderungen, Pflegebedürftigkeit oder chronischen Krankheiten) ohne Berücksichtigung der Kosten, lassen sich zunächst mehr empirische Belege für eine Verschiebung der Morbiditätsphase ins höhere Alter finden als für die Gesamtzunahme der Morbidität in der älteren Bevölkerung.

In den betreffenden deutschlandweiten Studien, die auf allgemeinen Bevölkerungsstichproben wie dem Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP) oder Mikrozensusdaten beruhen, wurde vielfach eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und eine Kompression der Morbiditätsphasen vor dem Tod festgestellt (vgl. dazu Niehaus 2006: S. 16). So schlussfolgert

⁶ Unter dem Namen "bi-modaler Ansatz" wurde eine Synthese der Kompressions- und Medikalisationsthese formuliert (Deutscher Bundestag 2002: S. 184). Dieser geht davon aus, "dass sich sowohl der Gesundheitszustand zukünftiger Generationen verbessern als auch ein gleichzeitiger Anstieg beeinträchtigter und pflegebedürftiger Menschen stattfinden wird. Dies wird zudem korreliert sein mit der entsprechenden Schichtzugehörigkeit, so dass für Angehörige der Oberschicht eher die Kompressionsthese, während in den unteren Einkommensschichten eher die Medikalisationsthese gelten dürfte." (Ulrich 2003: S. 11-12)

eine viel zitierte Studie für Deutschland auf Basis von Mikrozensus-Daten: "Man kann zumindest für die jüngere Vergangenheit in der Bundesrepublik die weit verbreitete pessimistische These nicht länger aufrechterhalten, wir würden zwar immer älter, aber auch gleichzeitig immer kränker" (Dinkel 1998: S. 79). Auch Lauterbach und Stock (2001: S. 7) weisen darauf hin, dass der heute 65-Jährige durchschnittlich wesentlich gesünder sei als noch vor zehn Jahren.

Jedoch gibt es in jüngster Vergangenheit vermehrt Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung zunehmend verschlechtert, was in den zuvor genannten Studien nicht als Trend berücksichtigt wird. So steigt beispielsweise der Anteil der Bevölkerung mit Adipositas stetig an – vor allem bei Kindern finden sich zweistellige Zuwachsraten (Regenauer 2008). Mit Übergewicht gehen dabei zahlreiche Begleit- und Folgeerkrankungen einher (z. B. Diabetes mellitus Typ 2), die eine oft lebenslange Medikamentierung erfordern. Die Bevölkerung würde somit früher krank, aber dank der sich stetig verbessernden Gesundheitsleistungen trotzdem älter, so dass sie über einen langen Zeitraum versorgt werden müsste. Diese Hypothese würde für eine Entwicklung gemäß der Medikalisierungsthese entsprechen.

Die deutschlandweiten und kassenübergreifenden Studien stützen somit bezogen auf die Morbidität bislang empirisch die Kompressionsthese, allerdings ist für die Zukunft zu erwarten, dass ein größerer Anteil des Lebens wahrscheinlich in Krankheit verbracht wird.

Da die Frage nach der zukünftigen Ausgabenentwicklung bei einer steigenden Lebenserwartung von besonderer Bedeutung für die Finanzierbarkeit eines Gesundheitssystems ist, untersucht eine Vielzahl von empirischen Studien nicht die Morbidität der Bevölkerung, sondern die Entwicklung der altersabhängigen Ausgabenprofile im Zeitablauf. Beide Thesen haben vermeintlich unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Dabei wird angenommen, dass eine positive Entwicklung des Gesundheitszustandes, d. h. eine Kompression der Morbidität, mit geringeren Gesundheitsausgaben einhergeht, während eine zunehmende Morbidität, d. h. eine Medikalisierung, mit steigenden Gesundheitsausgaben in Verbindung gebracht wird.

Angenommen, die durchgezogene Linie in Abbildung 1 sei das derzeitige Ausgabenprofil. Dann könnte bei steigender Lebenserwartung das Ausgabenprofil entweder gleich bleiben ("Status quo-Hypothese"), sich auf die gepunktete Linie nach unten verschieben ("Kompressionsthese"), oder sich auf die gestrichelte Linien nach oben verschieben ("Medikalisierungsthese"). Bei einer monetären Kompression würden somit bei gleichem Lebensalter im Zeitablauf – zumindest in den mittleren und älteren Altersklassen – geringere Gesundheitsausgaben anfallen. Das Kopfschadensprofil ist

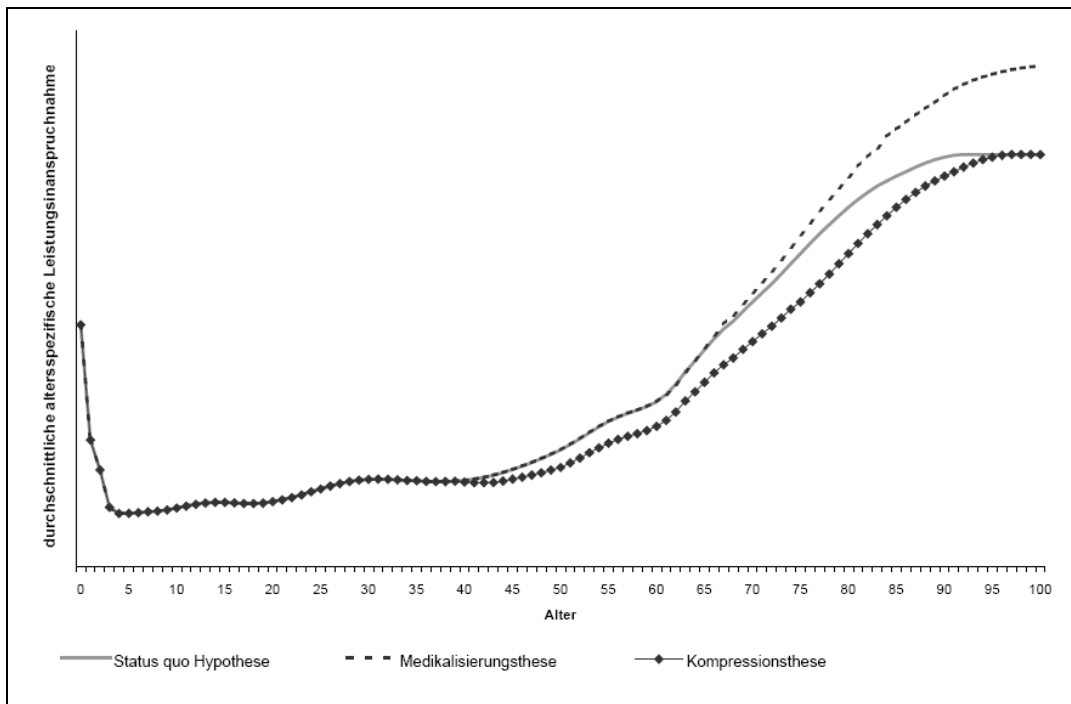
dabei lediglich horizontal gestreckt, und die altersspezifischen Ausgaben verschieben sich um eine gewisse Zeitspanne (in der Abbildung circa fünf Jahre) nach hinten. Das heißt, ein 85-Jähriger würde in Zukunft durchschnittlich so viele Ausgaben verursachen wie ein heute 80-Jähriger.

Die Medikalisierungsthese geht dagegen nicht nur von einer Verschiebung des altersabhängigen Ausgabenprofils nach oben aus, sondern von einer zusätzlichen "Versteilerung"⁷ des Ausgabenprofils in den höheren Altersklassen. Im Zeitablauf fallen also bei steigender Lebenserwartung immer mehr Gesundheitsausgaben – insbesondere in den höheren Altersklassen – an. Dieser Ausgabeneffekt kann jedoch durch unterschiedliche Ursachen auf der Lebensqualitätsebene hervorgerufen werden. Zum einen ist es möglich, dass die Menschen immer kränker werden und daher immer mehr Gesundheitsausgaben verursachen, zum anderen ist es aber auch möglich, dass die Menschen nicht (messbar) kränker werden, aber trotzdem immer mehr bzw. bessere oder durch den medizinisch-technischen Fortschritt teurere Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Auf der Ebene der Lebensqualität wäre dann eine Kompression der Morbidität bzw. Lebensqualität zu verzeichnen, auf der Ebene der Gesundheitsausgaben jedoch eine Medikalisierung, d. h. ein Kostenanstieg in den jeweiligen Altersklassen.

Der in Abbildung 1 dargestellte Zusammenhang von sinkenden Gesundheitsausgaben nach Kompressionsthese und steigenden Ausgaben nach Medikalisierungsthese ist nicht zwingend (Niehaus 2006: S. 18ff.), da auch eine hohe Lebensqualität oder ein relativ guter Gesundheitszustand mit hohen Gesundheitsausgaben einhergehen kann. Wirken die medizinischen Maßnahmen, kann dies zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen, aber trotzdem hohe Gesundheitsausgaben verursachen. Umgekehrt ist ebenso die Kombination von hoher Morbidität und geringen Gesundheitsausgaben möglich, wenn es beispielsweise der Gesundheitszustand von älteren Patienten nicht mehr zulässt, einen schweren operativen Eingriff vorzunehmen, und diese Patienten statt dessen eine wesentlich günstigere Alternativtherapie erhalten. So wird z. B. bei Nierenversagen im hohen Alter oftmals keine Transplantation mehr vorgenommen, sondern die Dialyse bis zum Tod des Patienten fortgesetzt. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Veränderungen der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes einerseits und Veränderungen der Gesundheitsausgaben andererseits existiert demnach nicht.

⁷ Der Begriff der "Versteilerung" des Ausgabenprofils geht auf Wasem (1995) zurück.

Abbildung 1: Mögliche Veränderung der Kopfschadensprofile bei steigender Lebenserwartung



Quelle: Fetzer 2005: S. 10

Trotzdem sollen die Argumente der jeweiligen Thesen in Bezug auf die Entwicklung der altersabhängigen Ausgabenprofile und ihre Gegenargumente im folgenden kurz dargestellt werden, um die thesengestützte Diskussion um die Ausgabenentwicklung nachvollziehen zu können.

Als ein Argument für die Medikalisierungsthese wird der medizinisch-technische Fortschritt angeführt. Dieser wird im Gesundheitswesen hauptsächlich durch Produktinnovationen und so genannte Add-on-Technologien bestimmt, was zu einem Kostenanstieg über die Zeit führt (Ulrich 2003; Wille und Ulrich 1991). In der Literatur herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass der medizinisch-technische Fortschritt zu höheren Kosten führt – nur über das Ausmaß des Kostenanstiegs wird diskutiert (Felder 2008). Eine explizite Unterscheidung zwischen medizinisch-technischem Fortschritt und Medikalisierung (im Sinne einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands bei steigender Lebenserwartung) ist bislang in der Literatur nicht zu finden (Niehaus 2006: S. 27). Eine Trennung wird vielfach auch nicht als sinnvoll erachtet, da für die zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems alle Ausgaben entscheidend sind, die aufgrund einer höheren Lebenserwartung zu erwarten sind. Auch sei eine Trennung deshalb problematisch, weil der medizinisch-technische Fortschritt selbst unmittelbar zu einer Morbiditätsexpansion beitragen könne, beispielsweise

wenn durch die Entwicklung eines Dialysegerätes ein Nierenpatient zu einem chronisch kranken Patienten werde (Niehaus 2006: S. 28).

Häussler und Albrecht (2007) merken zum Ausmaß des Kostenanstiegs durch die Zunahme an Gesundheitsleistungen an, dass sich der Trend der Versteigerung des Gesundheitsausgaben durch neue Leistungen nicht ewig fortsetzen wird und dass in bestimmten Bereichen eine Sättigung festzustellen ist. Behandlungsmöglichkeiten für ältere Patienten könnten nicht unendlich weit ausgedehnt werden, da die Grenzerträge ihrer Nutzen tendenziell sinken. Ebenso würde sich der technische Fortschritt nicht in allen medizinischen Bereichen gleich entwickeln. Unterschiedliche Entwicklungsgeschwindigkeiten, die weitgehend unabhängig vom Behandlungsbedarf zu sehen seien, führen eher zu Innovationszyklen als zu durchgehenden Trends. Im Jahr 2006 seien beispielsweise zu bösartigen Neubildungen sehr viel mehr Innovationen in der Entwicklung als für das Herz-Kreislauf-System. Des Weiteren stellen Häussler und Albrecht (2006) dar, dass für die Kostenentwicklung auch die Steigerung der Produktivität durch Innovationen berücksichtigt werden muss. Beispielsweise sinken die Gesamtausgaben für Krankheiten des Kreislaufsystems und Verletzungen infolge von Produktivitätserhöhungen, während im onkologischen Bereich die Innovationen und eine steigende Inzidenz zu stark zunehmenden Gesamtausgaben führen. Die finanziellen Auswirkungen von Innovationen können demnach nicht pauschal betrachtet werden, sondern je nach Krankheitsgruppe bzw. Entwicklungsstatus differenziert.

Befürworter der Kompressionsthese führen an, dass für die hohen Kopfschäden in den älteren Altersgruppen v. a. die hohen Ausgaben vor dem Tod ("Sterbekosten") verantwortlich sind. Da mit zunehmendem Alter die Sterberaten ansteigen, befindet sich in den höheren Altersklassen ein größerer Anteil von Personen, die im jeweiligen Folgejahr versterben werden. Die Ausgabenunterschiede zwischen alten und jungen Menschen lassen sich daher durch ihrer unterschiedliche Nähe zum Tod erklären. Es wird davon ausgegangen, dass nur die Nähe zum Tod, bzw. die Restlebenszeit, und nicht das kalendarische Alter für eine signifikante Erhöhung der Gesundheitskosten relevant sind (sog. "red-herring"-Hypothese). Laut der absoluten Kompressionsthese führt ein Rückgang der Sterbekosten für höhere Altersklassen somit bei einer steigenden Lebenserwartung unter sonst gleichen Bedingungen zu einer Verringerung der Leistungsausgaben. Insgesamt kann es daher bei steigender Lebenserwartung gemäß der Kompressionsthese sogar zu einem Rückgang der Gesundheitsausgaben kommen.

Empirisch wurde vielfach bestätigt, dass ein wesentlicher Teil der Ausgaben eines Patienten im letzten Lebensjahr anfallen (vgl. beispielsweise Hogan et al. 2001 und Lubitz und Riley 1993 für die USA oder Felder und Werblow 2008; Werblow et al. 2007 und Zweifel et al. 1999; 2001; 2004

für die Schweiz). Beispielsweise wird gemäß Felder (2008: S. 23) durchschnittlich im letzten Lebensjahr mehr als das Zehnfache des Betrags ausgegeben, der für einen überlebenden Menschen derselben Altersstufe anfällt. Andere Schätzungen gehen davon aus, dass mehr als 80 Prozent aller Gesundheitsausgaben, die ein Individuum im Laufe seines Lebens verursacht, in den letzten beiden Jahren vor dem Tod anfallen (vgl. Rürup 2007: S. 28). Zusätzlich ergibt sich durch die Verlagerung der Sterbekosten in das höhere Alter aufgrund der steigenden Lebenserwartung ein weiterer Effekt der Sterbekosten: In verschiedenen empirischen Studien wurde gezeigt, dass die Ausgaben im jeweils letzten Lebensjahr für ältere Menschen geringer sind als für jüngere. Insbesondere im hohen Alter wurde ein starker Rückgang der Ausgaben am Lebensende festgestellt (Felder 2008; Felder et al. 2000; Kruse et al. 2003; Schellhorn et al. 2000). Als mögliche Erklärungen werden angeführt, dass zum einen bei älteren Menschen manche Therapieformen kontraindiziert sind und aus medizinischen Gründen nicht mehr vorgenommen werden (beispielsweise Transplantationen), zum anderen werde in höheren Altersklassen eher rationiert (vgl. dazu Brockmann 2002).

Neben empirischen Untersuchungen zum Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Ausgabenentwicklung, die auf Basis von GKV-Daten durchgeführt wurden⁸ (vgl. dazu Rürup 2007) gibt es auch eine begrenzte Zahl von Studien zu dieser Frage auf der Grundlage von Daten der privaten Krankenversicherung (vgl. dazu Buchner 2002; Buchner und Wasem 2006; Niehaus 2006). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden im Folgenden kurz dargestellt.

Buchner (2002) und Buchner und Wasem (2006) haben Daten von rund 0,6 Millionen Versicherten im Alter zwischen 30 und 79 Jahren der Deutschen Krankenversicherung AG (DKV) für den Zeitraum von 1979-1996 bezüglich der Frage analysiert, ob die Gesundheitsausgaben für ältere Personen im Zeitverlauf schneller steigen als für jüngere Personen. Die Autoren bestätigen ihre Hypothese einer "Versteilerung" des Ausgabenprofils anhand drei unterschiedlicher Methoden (sog. Alterscut-Methode, altersgruppenspezifischen Ausgabensteigerungen, Kurvenapproximation), insbesondere für die 1980iger und 1990iger Jahre: Die Kopfschadensprofile der über 65-jährigen sind im Vergleich zu den Kopfschadensprofilen jüngerer und mittlerer Altersgruppen überproportional angestiegen.

⁸ Die Analyse der altersspezifischen Ausgabenprofile in der GKV ist erst ab dem Jahr 1994 aufgrund der Einführung des Risikostrukturausgleichs möglich, die die gesetzlichen Krankenkassen vorher keine altersspezifischen Ausgabenprofile kalkulieren durften (Buchner und Wasem 2006: S. 583).

Eine Kontrolle der Ergebnisse der DKV-Daten mit aggregierten Daten des PKV-Verbandes kann eine "Versteilerung" des Ausgabenprofils für die älteren Versicherten bestätigen. Buchner (2002) und Buchner und Wasem (2006) weisen als Problem ihrer Datenbasis daraufhin, dass es nicht auszuschließen sei, dass die Einführung neuer Tarife und Leistungsarten im betrachteten Zeitraum einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte. Eine explizite Betrachtung der Ausgaben vor dem Tod ist laut den Autoren auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht möglich. Wie Buchner (2002: S. 135) konstatiert, könnten die höheren Kosten in den letzten Lebensjahren sowie die höhere Sterblichkeit in den älteren Altersgruppen eine "Erklärungsmöglichkeit" für die "Profilversteilerung durch einen Anstieg der Kosten der Sterbenden im Vergleich mit den Kosten der Überlebenden" sein. Ebenso sei der technische Fortschritt, der in lebensbedrohlichen Situationen verstärkt zum Einsatz komme, eine der wesentlichen Ursachen für die Verteilerung. Auch wenn ein erheblicher Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Restlebenszeit in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte, geht Buchner (2002) davon aus, dass dieser Zusammenhang nicht die gesamte Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben erklären kann, sondern dass "beide Faktoren, Altersabhängigkeit und Abhängigkeit von der Restlebenszeit, beim Zustandekommen des Ausgabenprofils einen entscheidenden Einfluss haben" (S. 139). Auch Buchner und Wasem (2006) kommen zu dem Schluss, dass höhere Sterbekosten nicht allein für eine Verteilerung des Ausgabenprofils verantwortlich sein können.

Diese These wurde auch von weiteren Studien bestätigt. Beispielsweise zeigen Breyer und Felder (2006), dass der Effekt der Sterbekosten auf die Ausgabenprofile sehr viel geringer ist als der Ausgabenanstieg durch den medizinisch-technischen Fortschritt. Eine Vernachlässigung der Sterbekosten bei der Kalkulation der altersspezifischen Ausgabenprofile ist daher weniger gravierend für die Prognose der zukünftigen Ausgabenentwicklung als eine Vernachlässigung des Kostenanstiegs durch den medizinisch-technischen Fortschritt.

Niehaus (2006) wertete die Kopfschadensprofile eines großen privaten Krankenversicherers für 1,2 Millionen beihilfeberechtigte PKV-Versicherte für einen Zeitraum von zehn Jahren (1995-2004) aus. Die Kopfschadenprofile zeigten einen kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben in allen Altersklassen im Zeitablauf (mit Ausnahme der über 95-jährigen Männer, bei denen – wahrscheinlich aufgrund der sehr geringen Besetzung dieser Altersklasse – sehr hohe Schwankungen im Zeitablauf auftraten). Auch bei einer Berücksichtigung der allgemeinen jährlichen Inflationsrate liegen die Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben bei den über 30-jährigen deutlich über der allgemeinen jährlichen Inflationsrate. Daher konstatiert Niehaus (2006) für den betrachteten Zeitraum eine eindeutige monetäre

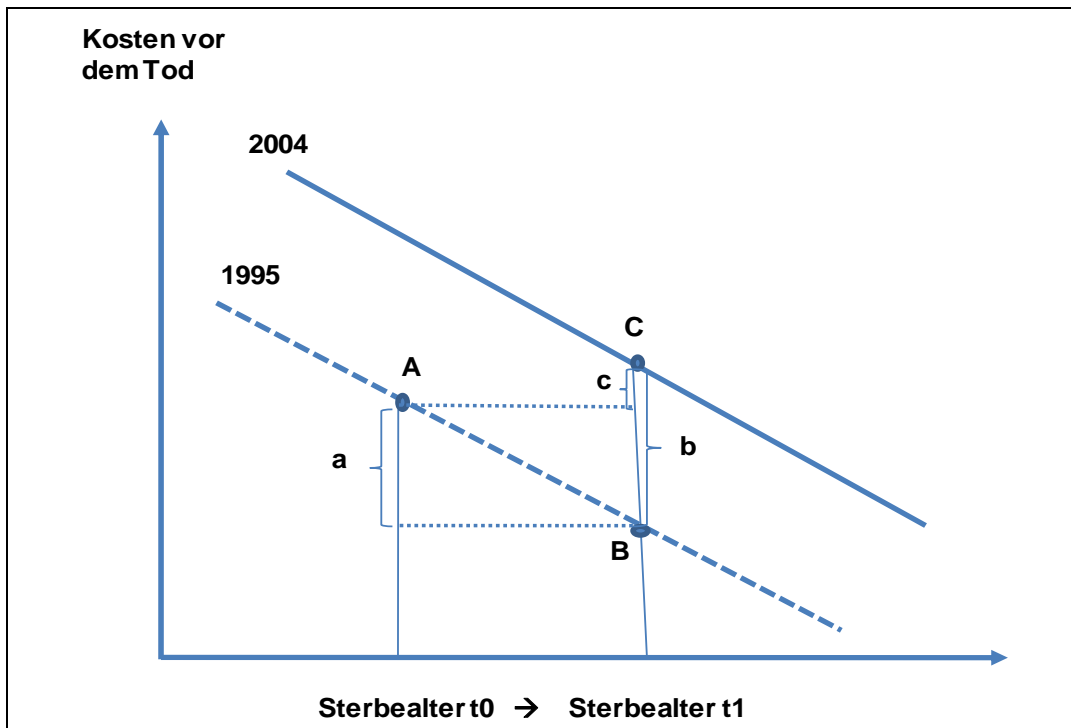
Medikalisierung (auch inflationsbereinigt). Eine separate Betrachtung des ambulanten Bereichs bestätigt diesen kontinuierlichen Anstieg der Kopfschäden über die Jahre in allen Altersklassen mit besonders hohen Steigerungsraten bei den über 55-jährigen. Im stationären Bereich dagegen haben sich die Kopfschäden nur bei den 0- bis 4-jährigen sowie bei den über 75-jährigen erhöht, die Kopfschadenprofile aller anderen Altersklassen im stationären Bereich blieben nahezu konstant. Bei den Frauen ist zusätzlich ein Anstieg der Schadenprofile im gebärfähigen Alter zu verzeichnen. Wird jedoch die allgemeine jährliche Inflationsrate berücksichtigt, ist im stationären Sektor nur bei den über 80-jährigen Männern und bei den über 85-jährigen Frauen eine Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben oberhalb der Inflationsrate festzustellen. Ein Vergleich mit den standardisierten Leistungsausgaben des Risikostrukturausgleichs (RSA) für den Zeitraum von 1998 bis 2004 führt prinzipiell zu vergleichbaren Ergebnissen, und es zeigt sich in allen Altersstufen ein Anstieg der Ausgaben.⁹ Die Ausgabensteigerungen pro Kopf verteilen sich sehr ähnlich in der PKV und GKV mit der Ausnahme der über 90-jährigen. In dieser Altersklasse ist der Anstieg der Kopfschäden in der PKV höher als in der GKV.

In einer weitergehenden Analyse untersuchte Niehaus (2006) auch die Sterbekosten der PKV-Versicherten. Es zeigt sich, dass die Ausgaben in den Jahren vor dem Tod erheblich über den Durchschnittswerten für die gesamten Versicherten lagen. Jedoch waren die Kopfschadensprofile auch bei einer Bereinigung um die Ausgaben innerhalb eines Jahres vor dem Tod stark altersabhängig. Das Kopfschadensprofil derjenigen, die die jeweils folgenden zehn Jahre überlebten, weist eine starke Altersabhängigkeit auf. Dies widerspricht den Ergebnissen von Zweifel et al. (1999), dass bei einer Berücksichtigung der Sterbekosten keine Altersabhängigkeit mehr zu beobachten sei. Auch zeigt Niehaus (2006) anhand einer Analyse der Sterbekosten, dass die durchschnittlichen Kosten vor dem Tod im Beobachtungszeitraum von zehn Jahren bei allen Altersklassen stetig angestiegen sind.¹⁰

⁹ Die einzige Ausnahme bildet dabei das Jahr 2004, da in diesem Jahr das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft getreten ist. Von 2003 auf 2004 ist ein Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen, der durch die Einführung der Praxisgebühr und der Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich begründet wird (Niehaus 2006).

¹⁰ Vgl. dazu auch o. V. 2008.

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Veränderung der Kosten vor dem Tod bei Erhöhung der Lebenserwartung



Quelle: IGES nach Niehaus (2006)

Zwar bestätigt Niehaus (2006) die Ergebnisse vorheriger Studien, dass ein höheres Sterbealter *ceteris paribus* zu niedrigeren Sterbekosten führt (Effekt a in Abbildung 2) und unterstützt damit die Kompressionsthese, gleichzeitig aber wird dieser Effekt durch den starken Anstieg der Sterbekosten im Zeitverlauf (Effekt b) infolge von Inflation und medizinisch-technischem Fortschritt für jedes Sterbealter mehr als ausgeglichen, was insgesamt zu einem Anstieg der Sterbekosten im Zeitverlauf führt (Effekt c). Insgesamt ist daher – auch bei Berücksichtigung der Sterbekosten – von einer Versteilerung des Ausgabenprofils im Zeitablauf auszugehen.

2.3 Unterschiedliche Auswirkungen des demographischen Wandels auf GKV und PKV?

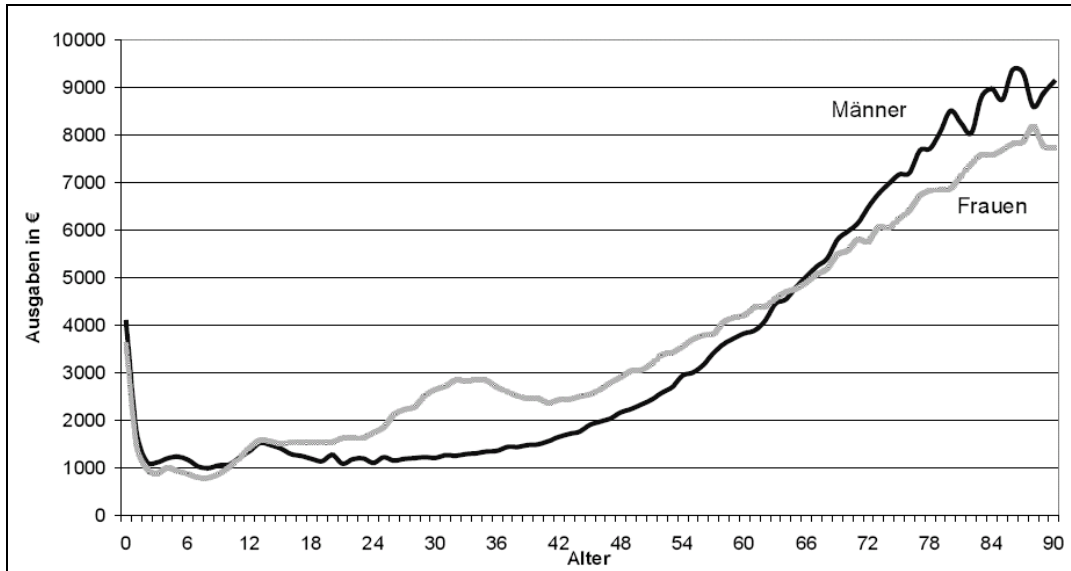
Die Herausforderungen des demographischen Wandels betreffen sowohl die private, als auch die gesetzliche Krankenversicherung. Allerdings lassen sich strukturelle Unterschiede zwischen den beiden Systemen feststellen, die Auswirkungen auf den Effekt des demographischen Wandels haben werden.

Stellt man zunächst die Kostenprofile der Versicherten in GKV und PKV gegenüber, so stellt man fest, dass die Ausgaben pro Kopf nach Altersgrup-

pe für Versicherte unter 40 Jahren durchaus vergleichbar sind, dann aber in der PKV wesentlich stärker steigen als in der GKV (vgl.

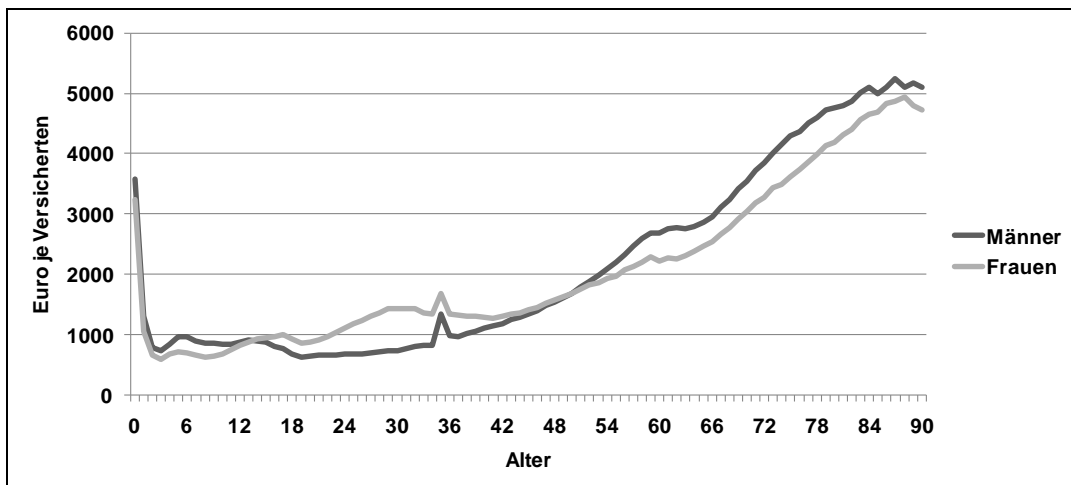
Abbildung 3 und Abbildung 4).

Abbildung 3: Kopfschadensprofile der PKV nach Altersgruppe, 2004



Quelle: Niehaus 2006, S.13

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben je GKV Versicherten in Euro, 2004



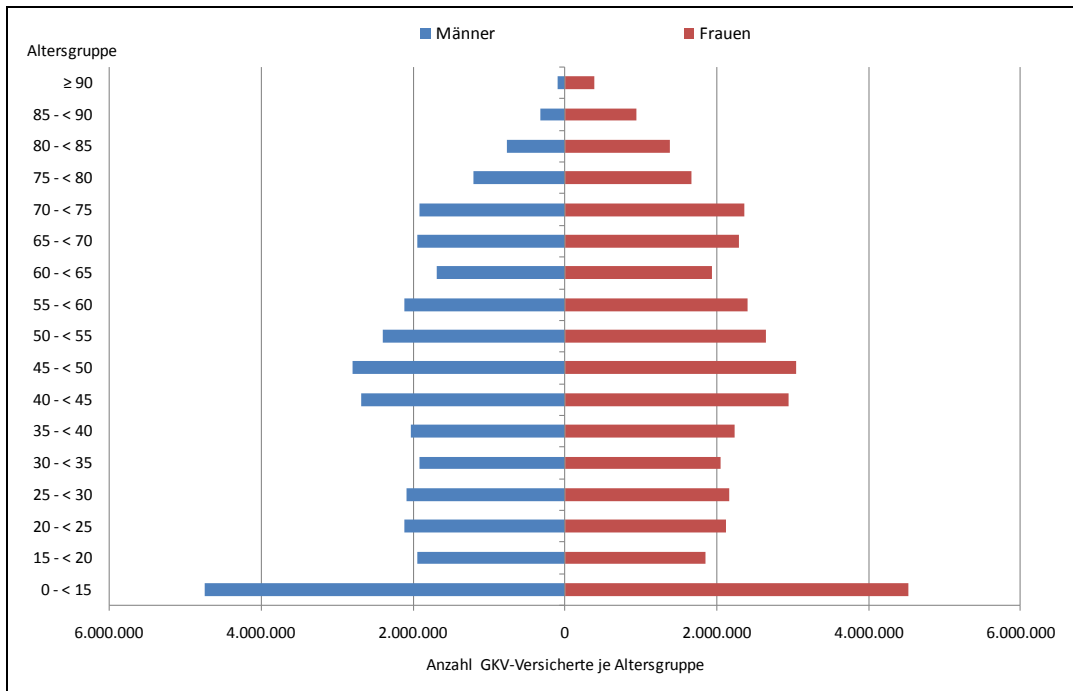
Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten des Risikostrukturausgleichs

Anmerkung: Der Sprung im Verlauf der Ausgabenprofile bei den 35-Jährigen erklärt sich aus der Systematik des Risikostrukturausgleichs, in dem Ausgaben für Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner, die jünger als 35 Jahre sind, der Gruppe der 35-Jährigen zugeschlagen werden.

Auch ist bei den ältesten Versicherten bei der GKV eine deutliche Verflachung der Ausgaben zu beobachten, während in der PKV die Ausgaben zumindest für Männer noch einmal deutlich zunehmen. Dieser Unterschied der Ausgaben ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass in der PKV für vergleichbare Leistungen mehr gezahlt wird als in der GKV (Niehaus/Weber 2005). Außerdem fehlen in der PKV vergleichbare Regulierungen, mit denen in der GKV der Leistungsanspruch der Versicherten begrenzt wird (vgl. Kapitel 5.1.2). Gerade in den höheren Altersgruppen werden den Versicherten der PKV mehr Leistungen und teurere Leistungen angeboten, als den GKV Versicherten. Da die Vergütung für die Behandlung von PKV-Versicherten im Verhältnis zu GKV-Versicherten "Mehrumsätze" enthält, würden identische Veränderungen der Morbidität der Versicherten in der PKV größere Veränderungen der Ausgaben bewirken als in der GKV. Werden das Behandlungsspektrum und die Anzahl der Behandlungen gemäß der Medikalisierungsthese im Alter ausgeweitet, wäre der Anstieg der Mehrausgaben bei PKV-Versicherten insgesamt größer und die Versteilerung vor allem bei den älteren Versichertengruppen im Verhältnis zur GKV stärker ausgeprägt.

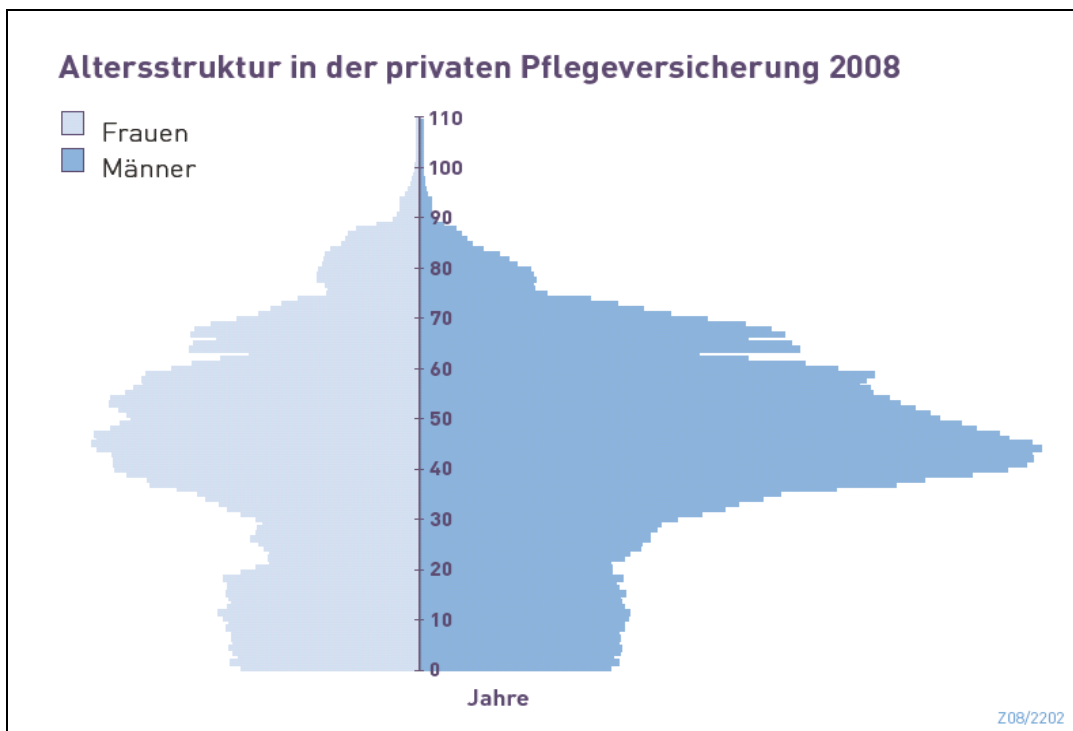
Betrachtet man die Altersstruktur der PKV verglichen mit der GKV, so lassen sich große Unterschiede im Bezug auf die Besetzungstärke der einzelnen Altersgruppen erkennen. Zwar werden die absoluten Ausgaben je Versicherten in der PKV im fortschreitendem Alter stärker steigen; für die Entwicklung der Gesamtausgaben entscheidend ist aber, wie groß der Anteil der Versicherten ist, die überhaupt den höheren Altersgruppen angehören. Während für die GKV öffentliche Statistiken zur Altersstruktur der Versicherten verfügbar sind (vgl. Abbildung 5), fehlen vergleichbare Informationsgrundlagen zur Altersstruktur der PKV-Versicherten. Sie kann allerdings über die private Pflegepflichtversicherung angenähert werden, die i. d. R. an die private Krankenversicherung gekoppelt ist. In der Pflegestatistik wird auch das Alter der privat Pflegeversicherten erfasst (vgl. Abbildung 6). Ein Vergleich der Altersstrukturen zeigt für die PKV eine deutlich stärkere Besetzung der mittleren Altersgruppen (zwischen 40 bis 70 Jahre). Für über 70jährige nimmt die Besetzungstärke dagegen wieder relativ stark ab.

Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten, 2009



Quelle: IGES, BMG (KM6-Mitgliederstatistik der GKV)

Abbildung 6: Alters- und Geschlechtsstruktur in der privaten Pflegeversicherung, 2008



Quelle: PKV (2009)

Eine mögliche Erklärung für die deutlich stärkere Besetzung der mittleren Altersgruppen in der PKV ist der Übertritt von Rentnern in die GKV. Allerdings wurde diese Möglichkeit in den letzten Jahren stark eingeschränkt, um eine altersbezogene Risikoselektion zu Lasten der GKV zu verhindern. Versicherte unter 55 Jahren sind laut § 6 Abs. 3a SGB V von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt in die Versicherungspflicht nicht Mitglied in der GKV waren.¹¹ Die Altersstruktur lässt vermuten, dass die Option des Übertritts in der Vergangenheit wesentlich stärker genutzt wurde (sehr kleiner Anteil der über 70jährigen) als heute (hoher Anteil der 55-70jährigen).

Es stellt sich außerdem die Frage, ob die Verhältnisse der Gesundheitsausgaben zwischen den einzelnen Altersgruppen über einen längeren Zeitraum gleich bleiben oder ob die Ausgaben für die einzelnen Altersgruppen unterschiedlich schnell ansteigen und sich die Verhältnisse verschieben. Während eine Veränderung des Altersprofils der Ausgaben in der GKV keinen unmittelbaren Einfluss auf die Beitragssatzkalkulation hat, ist das Kopfschadensprofil in der PKV entscheidend für die Kalkulation von Versicherungstarifen. Inwieweit sich die Verteilung der Ausgaben im Alter zwischen GKV und PKV unterscheidet, hängt maßgeblich von den Annahmen der Simulationen in den entsprechenden empirischen Studien ab. Entscheidend dabei ist, welche der zuvor beschriebenen Effekte (Altersstruktureffekt, Morbiditätseffekt mit Abhängigkeit von der empirischen Gültigkeit der Medikalisationsthese oder der Kompressionsthese, Sterbekosten und medizintechnischer Fortschritt) in den Szenarien der Ausgabenkalkulation zum Tragen kommen.

Da Daten zu den Kopfschadensprofilen in der PKV im Gegensatz zur GKV über einen längeren Zeitraum verfügbar sind, stützen sich die meisten empirischen Studien zur Analyse von möglichen Verteilungen der Ausgaben

¹¹ Seit der Gesundheitsreform 1989 können nur Versicherte in die gesetzliche Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wechseln, die mindestens 9/10 der zweiten Hälfte ihrer Zeit als Erwerbstätiger pflichtversichert waren. Mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (1992) wurde der Zugang zum Pflichtmitglied-Status in der KVdR weiter erschwert, aber mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts am 1. April 2002 wieder rückgängig gemacht, indem die meisten bislang freiwillig versicherten Rentner, die das 9/10 Kriterium erfüllen, automatisch als pflichtversichert eingestuft und verarbeitet werden. Für alle freiwillig versicherten Rentner, die gemäß dieser Regelung als pflichtversicherte Rentner eingestuft wurden, galt bis zum 30.9.2002 das Optionsrecht. Sie konnten wählen, ob sie als freiwillig versicherte oder als pflichtversicherte Rentner geführt werden. Der Übertritt in die GKV ist demnach weiterhin für PKV Versicherte möglich, die das 9/10-Kriterium erfüllen und die jünger als 55 Jahre sind, wenn auch aufgrund dieser Konditionen seit 1989 stark beschränkt.

auf Daten der PKV. Lediglich der Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stützte sein Ergebnis einer nur mäßigen Verteilerung der Ausgabenprofile auf GKV-Daten, indem er die alters- und geschlechtsspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben aus den RSA-Daten für den Zeitraum 1998-2002 in die Zukunft fortschrieb (SVR 2004, S 255 ff.). Die folgende Übersicht (Tabelle 1) enthält die wichtigsten empirischen Studien zum Ausmaß der Verteilerung der Ausgaben. Die Ergebnisse der Studien unterscheiden sich jedoch zu stark, um einen direkten Vergleich des Ausmaßes der Verteilerung in PKV und GKV ziehen zu können. Niehaus (2006), der als einziger diesen Vergleich anstrebt, stellt eine monetäre Medikalisierung, vor allem im ambulanten Bereich, sowohl in der PKV als auch in der GKV fest, und auch die inflationsbereinigte monetäre Kompression für einige Altersgruppen im stationären Bereich verhält sich in beiden Versicherungssystemen gleich.

Tabelle 1: Empirische Studien zur Analyse des Verteilungseffekts

Studie	Kurzbeschreibung der Datenbasis	Quantitativer Effekt	Berücksichtig. Effekte in dem Szenario
Buchner & Wasem (2000) Buchner & Wasem (2004) Buchner & Wasem (2006)	PKV-Daten der DKV von 1979 bis 1996 für das Haupttarifssystem	<p>Profilveränderungen bei Männern wesentlich stärker als bei Frauen (bei max. Ausgabenstieg dreifacher Zuwachs bei Männern im Vgl. zu Frauen)</p> <p>Eine Verteilerung tritt überproportional stark bei den über 65jährigen Versicherten auf.</p> <p>Verhältnis von altersspezifischen Leistungen der 75-79jährigen zur Gruppe der 30-34jährigen zwischen 1996 und 2040 um 180% gestiegen.</p> <p>Im stationären Bereich stärkere Verteilerung als im ambulanten Bereich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Altersgruppenspezifische Profilveränderungen • Der "Fehler" der Nichtberücksichtigung der Kompressionsthese bei deren Gültigkeit ist wesentlich kleiner als die Nichtberücksichtigung der Medikalisierungsthese.
Milbrodt & Drees (1995)	Kopfschadendaten Kompakttarif PKV-Verband 1972-1992	Alter 30: 5,57 % 50: 4,95 % 70: 6,88 % 90: 8,33 %	<ul style="list-style-type: none"> • die Kopfschadenssteigerungen weisen eine deutliche Alters- und Kalenderzeitabhängigkeit auf. • die medizinische Inflation liegt signifikant über der allgemeinen Preissteigerungsrate • Eine deutliche Verteilerung der Profile ist ab etwa Alter 70 zu beobachten.
Milbrodt (2005)	PKV-Daten der BaFin von 1995-2003	Alter 30: 3,11 % 50: 2,68 % 70: 2,06 %	<ul style="list-style-type: none"> • Eine deutliche Verteilerung der Profile ist erst ab Alter 90 zu beobachten. • Einfluss der Leistungsart

Studie	Kurzbeschreibung der Datenbasis	Quantitativer Effekt	Berücksichtig. Effekte in dem Szenario
		90: 2,82 %	"Zahnbehandlung" auf die Kopfschadenssteigerungen in hohen Altern ist vernachlässigbar. Der größte Einfluss geht vom Ambulanttarif aus.
Niehaus (2006)	Daten von 1,2 Mio. beihilfeberechtigter PKV-Versicherter eines großen Versicherers RSA-Daten von 1998-2004	Steigerung der Ausgaben pro Kopf liegen mit Ausnahme der Männer zwischen 35-39 und Frauen zwischen 20-24 bei über 2%. Bei Frauen ab dem 55. Lebensjahr (bis auf für 75-70jährige) sogar bei 3 %. Die Steigerungsraten liegen deutlich über der allg. jährlichen Inflationsrate von 1,38 % pro Jahr.	<ul style="list-style-type: none"> • Sowohl für die PKV als für die GKV Daten und für den ambulanten und stationären Bereich zusammen lässt sich von 1995 (bzw. 1998) bis 2004 eine inflationsbereinigte monetäre Medikalisierung belegen. Im stationären Bereich allein findet sich eine inflationsbereinigte monetäre Medikalisierung in den höheren Lebensaltern. Überwiegend zeigt sich hier jedoch eine inflationsbereinigte monetäre Kompression.
Sachverständigenrat (2005)	Simulation auf Grundlage von RSA-Daten 1998-2002 (GKV)	<p>Basisszenario: mäßige Verteilerung, Gesamtausgaben steigen bis 2050 um durchschnittl. nominal 3,5 % jährlich, die Ausgaben je Versicherten um nominal 3,7%</p> <p>Verteilerungsszenario: starke Verteilerung, Gesamtausgaben steigen bis 2050 um durchschnittl. nominal 4,5 % jährlich, die Ausgaben je Versicherten steigen um nominal 4,7 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Basisszenario: die alters- und geschlechtsspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben werden fortgeschrieben • Verteilerungsszenario: ein weit überproportionaler Zuwachs der Ausgaben für Ältere wird gemäß der Medikalisierungsthese angenommen.

Quelle: IGES

2.4 Fazit

Die Auswirkung der Alterung der Bevölkerung auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben kann nicht nur durch einen Effekt erklärt werden, sondern ist Resultat einer Interaktion mehrerer Faktoren. Tabelle 2 liefert einen Überblick über empirische Studien der letzten neun Jahre und stellt die verschiedenen Projektionen der Ausgabenentwicklung zu den Szenarien des reinen demographischen Effekts, des technisch medizinischen Fortschritts, der Versteilerung und der Kompression dar. Die teilweise erheblichen Unterschiede der Vorhersagen der Ausgaben- bzw. Beitragssatzentwicklung verdeutlichen noch einmal die Komplexität der interagierenden Effekte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass alle Studien für Deutschland mit Daten der PKV darauf hindeuten, dass die Gesundheitsausgaben bei Älteren schneller wachsen als bei Jüngeren. Die Ausgabenprofile verteilen sich mit fortschreitendem Alter der Bevölkerung, und auch die Ausgaben der Gesamtbevölkerung nehmen stetig zu. Das geschätzte Ausmaß dieser Versteilerung unterscheidet sich aber stark zwischen den verschiedenen Studien. Für eine realistische Prognose ist es erforderlich, dass nicht nur das kalendarische Alter berücksichtigt wird, sondern auch die Restlebenszeit, da ansonsten der zukünftige Ausgabenanstieg überschätzt werden würde. Die Veränderung der Lebenserwartung und das Verhältnis von Überlebenden zu Sterbenden wird also in zukünftigen empirischen Untersuchungen der Ausgabenprofile (weiterhin) eine entscheidende Rolle spielen. Gleiches trifft auf die Berücksichtigung der Entwicklung des technischen Fortschritts zu, dessen Effekt allerdings als wesentlich stärker eingeschätzt wird als der Effekt des Anstiegs der Sterbekosten (Breyer/Felder 2006).

Von den verfügbaren empirischen Studien widmet sich der Großteil einer Versteilerung der Ausgabenprofile und damit der Medikalisierungsthese, während die Kompressionsthese in der empirischen Forschung ein deutlich geringeres Gewicht erhält. Der Einfluss einer Vernachlässigung der Kompressionsthese bei deren Gültigkeit ist allerdings eher als geringfügig einzustufen. Eine Vernachlässigung der Medikalisierungsthese bei deren Gültigkeit führt hingegen zu einer weit größeren Unterschätzung der Kostenentwicklung (Fetzer 2005). Die bisherigen Studien machen deutlich, dass Kompressionseffekte zwar auftreten können und auch potenziell zu einer Kostensenkung bei höherer Lebenserwartung und höherem Sterbealter führen; diese Kompressionseffekte werden jedoch vom Anstieg der Kosten durch den technischen Fortschritt und dabei explizit durch die Versteilerung der Kostenprofile je Versicherten übertroffen, so dass die privaten

Krankenversicherungen in Deutschland in den kommenden Jahren deutliche Ausgabensteigerungen bei älteren Patienten einplanen müssen.

Tabelle 2: Entwicklung des Beitragssatzes/Ausgaben bis zum Jahr 2040/50

Studie	Quantitativer Effekt
<u>Rein demographischer Effekt</u>	
Breyer & Ulrich (2000)	Anstieg des Beitragssatzes auf 15,3 % im Jahr 2040
Breyer & Ulrich (2000)	Beitragssatz 20,5 % im Jahr 2040 und 22,6 % im Jahr 2050
	Anstieg des Beitragssatzes auf 15,3 % im Jahr 2040
Hof (2001)	Beitragssatz 20,5 % im Jahr 2040 und 22,6 % im Jahr 2050
Pfaff (2001)	Beitragssatz 17,0 % bis 2050
Breyer & Felder (2004)	Pro-Kopf Ausgaben steigen im Zeitraum 2002-2050 um 23,9 %
Buchner & Wasem (2004)	Beitragssatz 16,8 % bis 2040
Postler (2003)	Beitragssatz 16,2 % in 2050
<u>Unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts</u>	
Oberdieck (1998)	Beitragssatz 31,2 % im Jahr 2040
Ulrich (2000)	Beitragssatz 23,1 % im Jahr 2040
DIW (2001)	Beitragssatz 34 % im Jahr 2040
Hof (2001)	Beitragssatz 26,1 % im Jahr 2050
Postler (2003)	Beitragssatz 39,5 % im Jahr 2050
Breyer & Felder (2004)	Pro-Kopf Ausgaben steigen im Zeitraum 2002-2050 um jährlich 1,57 %
<u>Unter Berücksichtigung der Versteilerung der Altersprofile (entspricht dem Szenario Medikalisierungsthese mit Kostendruck)</u>	
Buchner & Wasem (2004)	Beitragssatz 26,3 % im Jahr 2040
Fetzer (2005)	Beitragssatz 27,8 % im Jahr 2040
<u>Unter Berücksichtigung der Kompressionsthese</u>	
Fetzer (2005)	Beitragssatz 25,4 % im Jahr 2040

Quelle: IGES

3 Strategien der PKV

3.1 Langfristiger Versicherungsschutz und "alterskonstante Prämien"

Die Kernfunktion des privaten Krankenversicherungsschutzes ist der Schutz der Versicherten vor unerwünschten Einkommensschwankungen infolge von unsicheren, nicht planbaren und u. U. die eigene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit übersteigenden Gesundheitsaufwendungen. Da sich das individuelle Gesundheitsausgabenrisiko über die gesamte Lebenszeit erstreckt, sollte der Krankenversicherungsschutz langfristig, idealerweise ebenfalls lebenslang, bestehen.

Der Versicherungsschutz der PKV adressiert die damit beschriebenen Sicherheitspräferenzen der Nachfrager durch zwei wesentliche Gestaltungsmerkmale:

- Eine Kündigung des Versicherungsschutzes durch den Versicherer ist in der PKV unter normalen Bedingungen ausgeschlossen (§ 206 Abs. 1 VVG). Um das mit diesem Kündigungsverzicht verbundene versicherungstechnische Risiko zu bewältigen und die Erfüllbarkeit der langfristigen Leistungszusagen zu gewährleisten, verfügen die PKV-Unternehmen über die Möglichkeit, die Prämien zu Vertragsbeginn risikoäquivalent zu kalkulieren und während der Vertragslaufzeit tarifbezogene Beitragsanpassungen vorzunehmen (vgl. § 12 Abs. 1 Nr. 3 VAG).
- Damit die (nachträglichen) Beitragsanpassungen das Ziel der Einkommensglättung möglichst wenig konterkarieren, werden die Prämien in der PKV "nach Art der Lebensversicherung" kalkuliert (§ 12 VAG). Das heißt, die Prämienzahlungen der Versicherten enthalten einen "Sparanteil" für das mit dem Alter wachsende Krankheitsrisiko, mit dem Deckungskapital gebildet wird (Alterungsrückstellungen). Diese Rückstellungen werden dafür eingesetzt, nachträgliche Prämienanpassungen möglichst zu vermeiden und damit die Beitragsbelastung der Versicherten stabil zu halten.

Für den Krankenversicherungsschutz in der PKV gilt der Anspruch "alterskonstanter Prämien". In § 8a Abs. 2 der Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung heißt es: "Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist."

3.2 Prämienrisiken

Häufig wird der Eindruck erweckt, die Versicherungstechnik in der PKV biete gegenüber der im Umlageverfahren organisierten GKV zwei entscheidende Vorteile:

- die PKV sei resistenter gegen den demographischen Wandel bzw. die Alterung der Bevölkerung, denn die risikoäquivalent kalkulierten Prämien gewährleisteten eine weitgehende Unabhängigkeit vom Nachwuchs im Versichertenbestand,
- die Versicherten seien aufgrund des Aufbaus von Alterungsrückstellungen weitergehend gegen das Risiko zukünftig steigender Beiträge geschützt.

In der Realität bestätigen sich diese Vorteile jedoch nicht: Weder scheint die PKV unabhängig von der Entwicklung des Nachwuchses im Versichertenbestand zu sein, noch bleiben die Prämien mit steigendem Lebensalter stabil. Um zu erklären, wie es dazu – trotz risikoäquivalenter Prämien und Alterungsrückstellungen – kommt, kann zwischen einem Struktur- und einem Niveaueffekt unterschieden werden; beide Effekte verstärken sich gegenseitig.

Der Struktureffekt beruht auf dem Umstand, dass die Alterungsrückstellungen eine Durchschnittsgröße darstellen: Sie werden so kalkuliert, dass sie lediglich die durchschnittliche altersbedingte Veränderung des individuellen Risikos decken, für den einzelnen Versicherten jedoch kaum empirische Relevanz haben. Das heißt, für jeden Versicherten besteht ein individuelles Änderungsrisiko darin, von dem Risiko während der Vertragslaufzeit mehr oder weniger stark nach oben oder nach unten abzuweichen, das sich im Durchschnitt über alle Versicherten desselben Tarifs ergibt. Die Prämien werden in der PKV zwar risikoäquivalent kalkuliert, allerdings nur für den Zeitpunkt des Zugangs in die PKV; systematische Veränderungen des individuellen Risikos nach Vertragsabschluss bleiben unberücksichtigt. Infolgedessen trägt sich der Krankenversicherungsschutz auf individueller Ebene nicht grundsätzlich von selbst, sondern es gibt innerhalb eines Tarifs stets auch Umlageelemente. Allerdings – und hierin besteht der Unterschied zur GKV – findet diese Umlage innerhalb eines Tarifs und zwischen den Versicherten derselben Altersstufe statt und nicht intergenerational.

Damit diese Umlage funktioniert, ist ein Risikopooling erforderlich, also eine ausgewogene Mischung aus ex post überdurchschnittlichen und ex post unterdurchschnittlichen Risiken. Die "Überschäden" von Versicherten, deren Rückstellungen sich im Nachhinein als unzureichend herausstellen, müssen durch Rückstellungsüberschüsse von Versicherten mit überdurchschnittlich günstiger "Schadenentwicklung" ausgeglichen werden. Um diese

für die langfristigen Versicherungsverhältnisse in der PKV erforderliche ex post-Subventionierung zwischen den Versicherten eines Tarifs zu gewährleisten, sind die PKV-Unternehmen um Bestandsstabilisierung bemüht. Dabei nutzen sie bislang zwei grundlegende Abwanderungshemmnisse: die erneute Risikoprüfung bei Tarif- und Anbieterwechsel sowie die fehlende Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen.

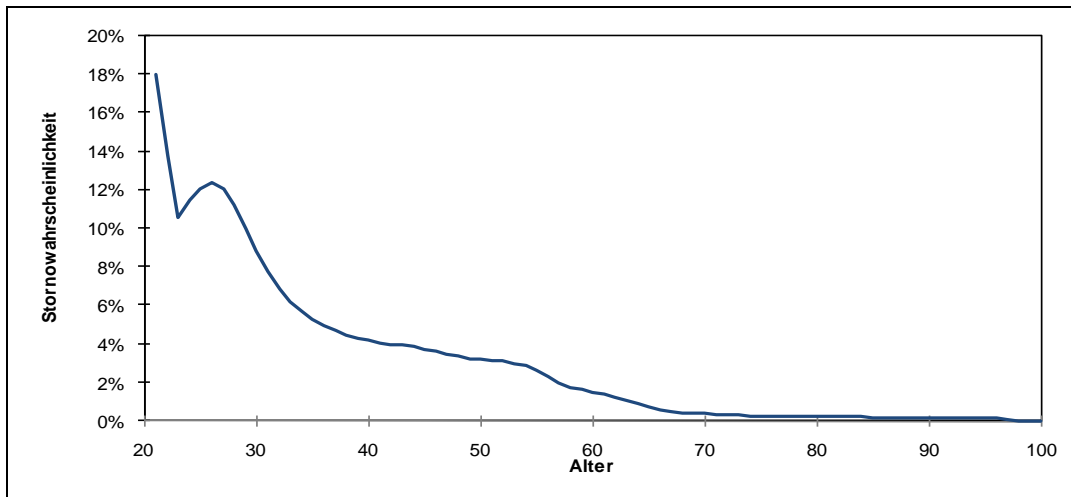
- Da für die PKV-Unternehmen kein Kontrahierungszwang besteht, sieht sich jeder wechselnde Versicherungsnehmer mit einer erneuten Risikoprüfung durch den aufnehmenden Versicherer konfrontiert. Jede risikorelevante Vorerkrankung, aber allein schon die rein altersbedingte Risikoerhöhung führen zu Prämienzuschlägen oder eventuell sogar zu Leistungsausschlüssen, so dass für einen PKV-Versicherten mit der Zeit immer weniger die Möglichkeit besteht, die Versicherung ohne substantielle und dauerhafte Mehrkosten zu wechseln.
- Neben diesem risikobedingten wirkt als weiteres Wechselhemmnis, dass bei Kündigung des Versicherten (Storno) die Rückstellungsanteile der bis dahin geleisteten Prämien dem verbleibendem Versichertenbestand „vererbt“ werden. Die Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei Versicherungsverwechsel ist ausgeschlossen, ausstiegswillige Versicherte haben somit keinen individuellen Anspruch auf den jeweiligen Teil der aus ihren Beitragsleistungen gebildeten Reserven.¹ Die Praxis des Vererbens von Reserven nimmt Versicherungsnehmern die Möglichkeit, durch Mitnahme von Rückstellungsanteilen und deren Einbringung beim neuen Versicherer zum ursprünglichen Eintrittsalter tarifiert zu werden und auf diese Weise zu erreichen, dass wechselbedingt höhere zukünftige Prämienbelastungen ausschließlich aus der erneuten Risikoprüfung resultieren. Die fehlende Portabilität macht unabhängig vom Gesundheitszustand einen Versicherungsverwechsel mit der Zeit immer unwahrscheinlicher, weil für die Nachfinanzierung von Rückstellungen beim neuen Versicherer immer weniger Zeit zur Verfügung steht (vgl. Terhorst 2000, S. 92 f.). Dem Versicherungsunternehmen hingegen ermöglicht die Vererbungspraxis, den der Rücklagenbildung dienenden Prämienanteil geringer anzusetzen (vgl. Bohn 1980, S. 36).

Beide Wechselhemmnisse bewirken, dass ein Versicherungsverwechsel für Versicherte mit zunehmendem Alter rasch finanziell unattraktiv wird. Dies

¹ Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 21.4.1999 (IV ZR 192/98) haben privat Krankenversicherte keinen Anspruch auf Auszahlung von Alterungsrückstellungen, wenn sie ihren Versicherungsvertrag kündigen.

spiegelt sich deutlich in der Stornostatistik: Sie zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Kündigung der Krankenversicherung durch die Versicherten mit zunehmendem Lebensalter stark zurückgeht (Abbildung 7).

Abbildung 7: Stornowahrscheinlichkeit, sonstige Versicherte, männlich, 2007



Quelle: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Anmerkung: Bei den sonstigen Versicherten handelt es sich um die nicht beihilfeberechtigten Versicherten in der PKV.

Die meisten Bestandsversicherten müssen sich somit an ihr jeweiliges Versicherungsunternehmen faktisch lebenslang binden, wenn sie hohe finanzielle Belastungen eines Anbieterwechsels vermeiden möchten. Hieraus leitet sich die verbreitete Kritik an der PKV ab, dass dieses Versicherungssystem gravierende Wettbewerbsmängel aufweise: Wettbewerb gebe es nur um Neukunden, kaum jedoch um Bestandskunden.² Tatsächlich untergraben die effektiven Wechselhemmnisse die Anreize für Versicherungsunternehmen, sich um Prämienstabilisierung für ihre älteren Bestandsversicherten zu bemühen.

Geradezu perverse Wettbewerbseffekte hat die fehlende Portabilität von Alterungsrückstellungen: Wenn sich Versicherte trotz dieses Hemmnisses für einen Wechsel des Versicherungsunternehmens entscheiden, profitiert – neben den verbleibenden Versicherten des jeweiligen Tarifs – der bisherige Versicherer hiervon, auch wenn Unzufriedenheit über Kulanz oder unsolide Kalkulation der Anlass des Wechsels sein sollten. Eine durch Abwanderung steigende Stornoquote ermöglicht ihm nämlich - ceteris paribus - eine Prämienenkung und führt für sich genommen zu einer Verbesserung

² Vgl. exemplarisch SVR (2002), S. 287 ff.; BMGS (2003), S. 168 ff.

der Wettbewerbsposition um Neukunden. Umgekehrt führt die Abnahme von Kündigungen durch Versicherungsnehmer und damit die Erhöhung der Bestandsstabilität – unabhängig davon, ob sie Folge einer höheren Kundenzufriedenheit sind – für sich genommen zu Prämiensteigerungen bzw. einer Verschlechterung der Wettbewerbsposition. Allerdings eignet sich der inverse Zusammenhang zwischen Stornoquote und Prämienniveau zumindest längerfristig kaum als strategischer Ansatzpunkt für PKV-Unternehmen, etwa in dem Sinne, dass es sich lohnt, systematisch hohe Stornoquoten anzustreben. Geringere Prämien, die sich rein mathematisch aus der Anhebung des kalkulatorischen Stornos im jeweiligen Tarif ergeben, dürften i. d. R. dazu führen, dass dann die tatsächliche Stornoquote sinkt, gerade weil der Tarif preislich wettbewerbsfähiger geworden ist. Ein dauerhafter Vorteil im Prämienwettbewerb lässt sich damit nicht erreichen.

Der Niveaueffekt bezeichnet den Umstand, dass die Alterungsrückstellungen typischerweise nicht ausreichend kalkuliert sind, um versicherungstechnische Änderungsrisiken in einem Tarif zu decken. Der Ausschluss von Beitragserhöhungen beschränkt sich auf die Folgen des "Älterwerdens". Das bedeutet: Insoweit zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt ist, dass mit zunehmendem Alter die erwarteten Krankheitsaufwendungen steigen, wird auf Grundlage der den Versicherern vorliegenden Erfahrungsdaten dieser wahrscheinliche alterungsbedingte Ausgabenanstieg in der Kalkulation berücksichtigt. Versicherungstechnische Änderungsrisiken bestehen nun dahingehend, dass sich die bei Vertragsabschluss zugrunde gelegten Zusammenhänge zwischen Alter und erwarteten Aufwendungen über die Zeit verändern. In der Krankenversicherung ist dies geradezu kontinuierlich der Fall, vor allem infolge des medizinischen Fortschritts, einer zunehmenden Lebenserwartung und steigender Kosten im Gesundheitswesen. Diese Änderungsrisiken werden durch die Alterungsrückstellungen nicht gedeckt, sie machen folglich nachträgliche Beitragsanpassungen erforderlich. Die "Alterskonstanz" der Prämien gilt somit lediglich im (unrealistischen) Fall gleichbleibender Verhältnisse, d. h. zum einen im Fall eines konstanten Schadenursachensystems mit einem stabilen altersbedingten Schadentrend und zum anderen im Fall einer unveränderten Lebenserwartung.

Gemessen an den tatsächlichen Ausgabenrisiken sind die Alterungsrückstellungen in der PKV also unzureichend kalkuliert, d. h. eine oder mehrere der in die Kalkulation eingegangenen Rechnungsgrundlagen sind zu optimistisch angesetzt worden bzw. es sind Entwicklungen eingetreten, die man bei der letzten Prämienkalkulation nicht absehen konnte. Die Rechnungsgrundlagen zur Ermittlung der Prämien sind in § 2 KalV festgelegt. Im einzelnen sind es

- Rechnungszins (nach § 4 KalV höchstens 3,5 %))
- Stornowahrscheinlichkeiten
- Sterbewahrscheinlichkeiten
- Kopfschäden
- Sicherheitszuschlag (nach § 7 KalV höchstens 5 %)
- sonstige Zuschläge
- Übertrittswahrscheinlichkeiten nach § 13a KalV (Übertragungswert)

Bei der Berechnung der Prämien wird dabei über die gesamte Vertragslaufzeit unterstellt, dass die Rechnungsgrundlagen unverändert bleiben. In der Realität hat sich diese Annahme allerdings als unrealistisch herausgestellt. Durch den gleichzeitigen Ausschluss einer ordentlichen Kündigung durch das PKV Unternehmen (§ 12 Abs. 1 VAG) folgt daraus die Notwendigkeit von Beitragsanpassungen. Die Rechnungsgrundlagen müssen also in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst werden. Nach § 12 Abs. 2 VAG ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, mindestens jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen und diese Gegenüberstellung der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von 10 % oder mehr, müssen alle Rechnungsgrundlagen überprüft und gegebenenfalls neu festgelegt werden. Berechnet wird dabei der sogenannte "Auslösende Faktor", der anzeigt, um wie viel Prozent die erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen abweichen. Liegt der Auslösende Faktor über 10 %, müssen alle Rechnungsgrundlagen überprüft und gegebenenfalls neu festgesetzt werden. Gemäß § 9 KalV muss die Festlegung der Rechnungsgrundlagen begründet und dokumentiert werden. Ein unabhängiger Treuhänder muss dann auf Basis dieser Dokumentation die Prämienanpassung genehmigen.

Die zur Prämienberechnung zu verwendenden Rechnungsgrundlagen zusammen mit den versicherungsmathematischen Verfahren sind in der Kalkulationsverordnung festgelegt. Hier haben die einzelnen Versicherungsunternehmen praktisch keine Gestaltungsmöglichkeiten. Bei der Festlegung der Rechnungsgrundlagen, insbesondere der Kopfschäden – sowohl hinsichtlich Niveau als auch hinsichtlich Altersverlauf – bleiben allerdings Entscheidungsspielräume, die im Sinne einer unternehmenspolitisch geprägten Prämienpolitik genutzt werden können. So muss z. B. anhand von Schadensverläufen aus der jüngsten Vergangenheit und der Kenntnis über die daraus abgeleiteten Schadentrends das Niveau der zukünftig erwarteten Kopfschäden geschätzt werden. In diese Schätzung kann man optimistische

Schätzungen oder weniger optimistische Schätzungen einfließen lassen, die jeweils einen großen Einfluss auf das Prämienniveau haben.

Nachträglich erforderliche Prämienanpassungen fallen für Versicherte in höheren Altern überproportional stark aus, weil mit jeder Anpassung auch die Alterungsrückstellungen an das erhöhte Ausgabenniveau (bzw. die erhöhte Schadenwahrscheinlichkeit) angepasst werden müssen. Bei älteren Versicherten steht aber weniger (Restlebens-)Zeit zur Verfügung, um diese Nachfinanzierung im Deckungskapital (via Zinseszinsseffekt) zu bewerkstelligen. Folglich fallen ihre Beitragsanhebungen i. d. R. stärker aus als bei jüngeren Versicherten. Je älter ein Versicherter in der PKV ist, desto mehr "rächt" sich also eine "Unterkalkulation" des erwarteten Ausgabenniveaus und als Folge davon ein unzureichender Aufbau der Alterungsrückstellungen.

Nun können Versicherte kaum kontrollieren, ob eine Prämienhöhung auf Veränderungen der Risikosituation zurückzuführen ist, die sein Versicherer zum Kalkulationszeitpunkt typischerweise nicht berücksichtigt und deren Deckung er ausschließt, oder aber auf das Zusammenwirken individueller Risikoänderungen im Bestand, Kalkulations-, Zufalls- und Schätzrisiken, deren Deckung mit dem Versicherungsschutz implizit zugesagt wurde. Potenziell strittig ist auch die Frage, ob gestiegene Aufwendungen, mit denen eine Prämienhöhung begründet wird, aus einer Verbesserung der Leistungen oder lediglich aus gestiegenen Verwaltungs- oder Vertriebskosten resultieren.

In der Kombination belasten Struktur- und Niveaueffekt die Bestandsversicherten mit zunehmender Versicherungsdauer immer stärker: Gerade ältere Versicherte bekommen die Prämienhöhungen wegen der Nachfinanzierungserfordernisse überproportional stark zu spüren, gleichzeitig wirken bei ihnen die Wechselhemmnisse besonders effektiv. Sie sind damit Beitragssteigerungen faktisch ohne wesentliche Sanktionsmöglichkeiten ausgesetzt ("lock in"). Eine Dämpfung des Prämienanstiegs durch steigende Stornoquoten macht sich dagegen vor allem bei jüngeren Versicherten positiv bemerkbar.³

Angesichts des Prämiendrucks infolge "unterkalkulierter" Alterungsrückstellungen lässt sich auch der Verzicht auf eine intergenerationale Umlage bzw. die vermeintliche Unabhängigkeit vom Nachwuchs im Versicherten-

³ Der inverse Zusammenhang zwischen Storno und Prämienniveau verstärkt sich zunächst mit zunehmender Versicherungsdauer, bis der Wert der Alterungsrückstellung, je nach Eintrittsalter des Versicherten nach ca. 20 bis 30 Jahren, seine maximale Höhe erreicht und in der Folge sukzessive absinkt (vgl. Bohn 1980, S. 156 f.).

bestand in Frage stellen. Wenn sich die Höhe der Alterungsrückstellungen angesichts der tatsächlichen Ausgabenrisiken als unzureichend erweist, werden Belastungssprünge in der Prämienentwicklung während der Vertragslaufzeit wahrscheinlicher. Kalkulatorisch erforderliche Prämien erhöhungen lassen sich in so einem Fall jedoch vermeiden oder zumindest dämpfen, wenn sich durch den Zugang jüngerer und damit i. d. R. unterdurchschnittlicher Risiken das durchschnittliche Risiko im Bestand verringert. Eine solche Maßnahme setzt allerdings voraus, dass die Neuzugänge das Kosten- bzw. Prämienniveau des Tarifs mittragen und damit höhere Prämien zu entrichten haben, als wenn sie "unter sich blieben", d. h., sich die Umlage auf die jüngeren bis mittleren Altersgruppen – und damit i. d. R. auf Gruppen unterdurchschnittlicher Risiken – beschränkte.

Alters- bzw. risikogruppenübergreifende Umlageelemente sollten in einem Versicherungssystem, das auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens mit risikoäquivalenten Prämien organisiert ist, grundsätzlich entbehrlich sein. Bei unzureichenden Alterungsrückstellungen bietet sich als Alternative zu Prämien erhöhungen jedoch eine altersgruppenübergreifende Umlage – zumindest innerhalb desselben Leistungstarifs – in Verbindung mit einer auf "Regeneration" ausgerichteten Bestandspolitik an. Dass ein solcher Ansatz zur Verringerung von Prämienrisiken in der PKV nicht explizit angewandt wird, hat – neben rechtlichen – vor allem auch wettbewerbliche Gründe.

Im Wettbewerb stehende PKV-Unternehmen können kaum ein Interesse daran haben, Neukunden mit der Aussicht auf geringere Prämien erhöhungen im Alter durch eine intergenerationale Umlage finanziell zu belasten, solange Konkurrenzunternehmen auf eine entsprechende Umlage verzichten und daher vergleichbaren Versicherungsschutz (gegenwärtig) günstiger anbieten. Außerdem setzt das Versprechen geringerer Prämien erhöhungen im Alter voraus, dass eine solche intergenerationale Umlage bei nachfolgenden Generationen ebenfalls gelingt. Die Strategie, mit Hilfe des Neugeschäfts und der Risikomischung Prämiensteigerungen im Alter abzufangen, würde also mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Position eines Unternehmens im Wettbewerb um Neukunden führen.

Letztlich ließe sich vor diesem Hintergrund kurzsichtiges Verhalten der Versicherungsnachfrager als Begründung dafür anführen, dass es keine altersgruppenübergreifenden Umlage gibt und dass Prämiensteigerungen überproportional stark die älteren Bestandsversicherten treffen. Wenn sich die Versicherungsnachfrager einseitig an der aktuellen Prämienhöhe, nicht aber an zukünftigen Prämienrisiken orientieren, lassen sich unter Marktbedingungen Prämienrisiken auch nicht vollständig absichern.

Wenn in der PKV Prämienanpassungen erforderlich werden, weil die Entwicklung der beobachteten Ausgaben von der Entwicklung der kalkulatorischen

risch angesetzten Ausgaben abweicht, findet eine Umlage tatsächlich nur innerhalb derselben Altersgruppe eines Tarifs statt. Die Entwicklung der Neuzugänge in einen Tarif ist dennoch nicht irrelevant für das Ausmaß erforderliche Prämienanpassungen. Die Ausgabenveränderungen werden nämlich mittels Standardisierung über den gesamten Tarif und damit über sämtliche Altersstufen umgelegt. Für jeden Tarif wird ein "Grundkopfschaden" bestimmt, der das Ausgabenniveau des Tarifs widerspiegelt. Stellt beispielsweise der durchschnittliche Kopfschaden in der Altersstufe 43 Jahre die Norm (= 1) dar, erhalten die unterschiedlichen Altersstufen dann hierauf bezogene Relativgewichte, nach denen ihnen entsprechende Anteile der Ausgabenveränderungen zugerechnet werden. Damit wird zwar erreicht, dass ältere und damit im Durchschnitt "teurere" Altersgruppen höher belastet werden; dennoch profitieren Ältere davon, wenn es in ihrem Tarif viele junge bzw. gesunde Neuzugänge gibt, denn je mehr von diesen Neuzugängen, desto niedriger ist (c. p.) der Grundkopfschaden und damit sozusagen das Preisniveau in diesem Tarif. Somit besteht trotz altersspezifischer Tarifkalkulation und altersspezifischer Prämienanpassungen eine Abhängigkeit der PKV-Tarife von der Entwicklung des Nachwuchses bzw. der Regeneration des Versichertenbestands.

Bereits seit vielen Jahren steht die PKV wegen überproportional steigender Prämienbelastungen für ältere Versicherte in der Kritik. Der PKV wird vorgeworfen, die Alterungsrückstellungen unzureichend zu kalkulieren, d. h., – wider besseres Wissen – flachere altersabhängige Ausgabenprofile zu unterstellen, als es unter dem Aspekt der Risikoäquivalenz erforderlich wäre. Als Konsequenz könne der Sparanteil der Prämie geringer angesetzt und Neuzugänge mit entsprechend günstigeren Tarifangeboten gewonnen werden. Die nachträgliche Korrektur dieser zu flach angesetzten Ausgabenprofile führe dann regelmäßig dazu, dass die Prämiensteigerungen für ältere Bestandsversicherte überproportional hoch ausfallen.

Nun ließe sich mit dem Verweis auf "kurzsichtige Versicherungsnachfrager" argumentieren, eine solche Strategie sei erforderlich, um zumindest teilweise langfristige Prämienrisiken in der PKV absichern zu können, denn nur durch attraktive Prämienniveaus für Neukunden könnte der erforderliche Nachwuchs in den Tarifen erreicht werden, um dort die Kosten- bzw. Preisniveaus (Grundkopfschäden) zu stabilisieren. Gerade dieses "Entlastungs-Argument" träfe – so die Kritik – in der Praxis aber nicht zu. Die PKV-Unternehmen würden nämlich Neuzugänge aktiv in neue Tarifangebote lotsen und existierende Tarife, die durch "Altbestände" höhere Kostenniveaus haben, "vergreisen" lassen, d. h. von Neuzugängen quasi abschneiden. Die Konsequenz hieraus wäre, dass die Preisniveaus (Grundkopfschäden) in den älteren Tarifen schneller bzw. stärker zunehmen und dort entsprechend überproportionale Prämienanpassungen erforderlich ma-

chen, eine Dämpfung erforderlicher Prämiensteigerungen vor allem für ältere Bestandsversicherte wird so systematisch verhindert. Wegen der für ältere Bestandsversicherte effektiven Wechselhemmnisse funktioniert eine solche explizite Politik der Risikotrennung recht gut.

Der Vorwurf lautet also, die PKV-Unternehmen ließen Altтарife "vergreisen", während sie mit "unterkalkulierten Kampf-Tarifen" potenzielle Neuzugänge lockten, für die starke Beitragsanhebungen in der Zukunft quasi programmiert seien.

Die geschilderte Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter wurde bereits Mitte der 1990er Jahre durch eine unabhängige Expertenkommission untersucht (vgl. BT-Drs. 13/4945). Auf den Bericht der Kommission, aber auch auf die diesem vorangegangenen Diskussionen ist letztlich die Einführung einer Reihe gesetzlicher Maßnahmen zurückzuführen, um die im Alter überproportional starken Prämien erhöhungen zu dämpfen.

- Bereits im Jahr 1991 wurde von der Versicherungsaufsicht vorgeschrieben, dass die PKV-Unternehmen altersunabhängige Verwaltungskostenzuschläge ("Stückkostenzuschläge") verwenden (BVA-Rundschreiben R2/91). Zuvor wurde die Höhe der Verwaltungskostenzuschläge proportional zu den altersabhängigen Kopfschäden bestimmt. Als Folge hatten ältere Bestandsversicherte einen entsprechend überproportionalen Anteil der Verwaltungskostenumlage zu tragen. Auf Empfehlung der Unabhängigen Expertenkommission wurde diese Vorschrift auch in § 8 Abs. 4 KalV übernommen.
- Im § 12a VAG wurde festgelegt, dass für die Kranken- und Pflegeversicherung jährlich 90% des Überzinses auf die Summe der zum Ende des Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellungen gutgeschrieben werden müssen. Mit diesem Anteil wird im Wesentlichen der Anteil der allgemeinen Inflation an den Kostensteigerungen abgefangen.
- Mit § 12 Abs. 4a VAG wurde geregelt, dass (ab dem Jahr 2000) bis zum Alter von 60 Jahren auf die ermittelten Prämien ein Zuschlag von 10 % erhoben wird, der analog zu den Alterungsrückstellungen verzinst und ab dem Alter von 65 Jahren ohne Abzug etwaiger Kosten zur Begrenzung von Beitragsanpassungen eingesetzt werden soll. Ab einem Alter von 80 Jahren können die Prämien, soweit entsprechende Mittel aus dem Zuschlag in ausreichender Höhe vorhanden sind, sogar prämiemindernd eingesetzt werden.
- Darüber hinaus besteht bereits seit dem Jahr 1994 für alle Versicherten in der PKV die Möglichkeit zu einem internen Tarifumstieg, d. h. innerhalb desselben Versicherungsunternehmens können Versicherte

in gleichartige Tarife unter Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen wechseln ("Umstufungsrecht" gemäß früherem § 178f VVG, heute: § 204 VVG).⁴ Nach § 6 Abs. 2 VVG hat der Versicherer den Versicherungsnehmer bei jeder Prämienhöhung auf sein Tarifwechselrecht aufmerksam zu machen. Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, muss der Versicherer darüber hinaus bis zu zehn Umstufungsangebote machen. Dies ermöglicht es gerade älteren Versicherten, aufgrund einer ungünstigen Bestandszusammensetzung teure Tarife zu verlassen und – allerdings nur bei demselben Anbieter – auf einen günstigeren Tarif umzustellen. Damit können die Versicherten eine Politik der "Tarifvergreisung" prinzipiell unterlaufen. Insoweit die neuen (günstigeren) Tarife zusätzliche Leistungen umfassen, können die Versicherungsunternehmen für diese Mehrleistungen allerdings Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Wartezeiten bei einem internen Versicherungswechsel verlangen. Die Versicherungsnehmer können wiederum Risikozuschläge und Wartezeiten dadurch vermeiden, dass sie von sich aus auf die Mehrleistungen im neuen Tarif verzichten.

Jenseits der gesetzlichen Maßnahmen haben PKV-Unternehmen Möglichkeiten, besondere Tariformen anzubieten, um einen überproportional starken Anstieg der Versicherungsprämien im Alter zu verhindern. Hierzu zählen so genannte Vorsorgetarife. Es handelt sich dabei um Rentenversicherungstarife mit Beitragsanpassungsmöglichkeit und ohne Rückkaufswert. Diese Tarife sind so konstruiert, dass sie arbeitgeberzuschussfähig sind. Die Rentenzahlung wird dann im Alter beitragsmindernd eingesetzt. In welchem Ausmaß diese Tarife bislang von den Versicherungsnehmern nachgefragt wurden, liegen uns keine Informationen vor. Es kann davon ausgegangen werden, dass infolge der Einführung des gesetzlichen 10 %-Zuschlags (s. o.) die Vorsorgetarife an Relevanz verloren haben.

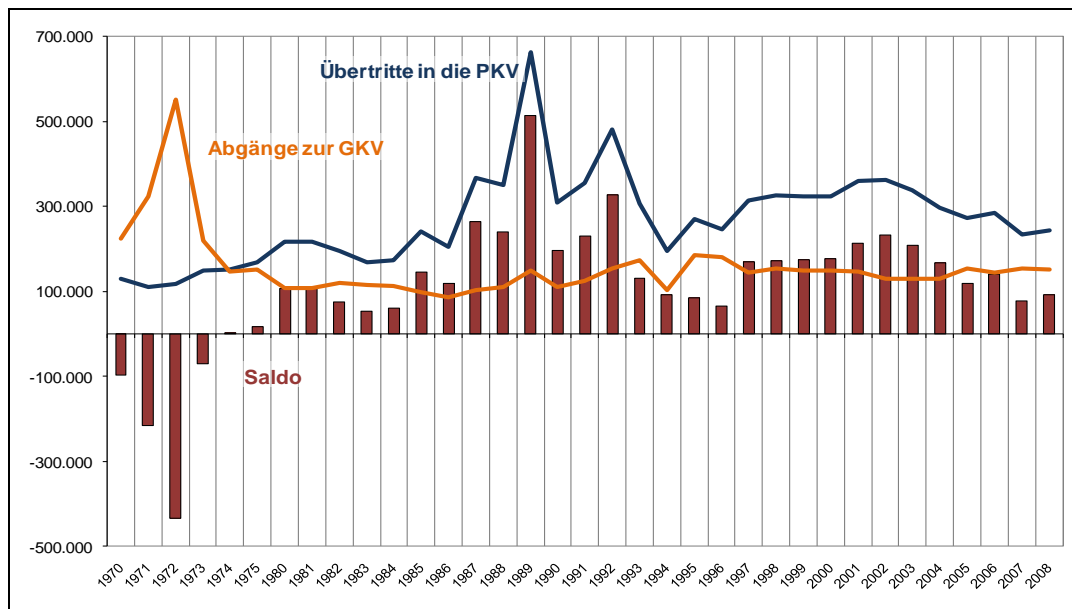
Einen anderen Ansatz könnte man mit sogenannten Dynamisierungstarifen verfolgen. Dabei werden kalkulatorisch zukünftig erwartete Preissteigerungen in die Einstiegsprämien mit einkalkuliert. Die Einstiegsprämien fallen dadurch höher aus, aber zukünftige Prämienanpassungen können abgemildert werden, insbesondere daher, weil der Aufbau der Alterungsrückstellung von Versicherungsbeginn an eine spätere Preissteigerung mitberücksichtigt. Solche Dynamiktarife sind allerdings zur Zeit für PKV Unternehmen in Deutschland nicht zugelassen. Als Argumente gegen diese Tarife

⁴ Der ursprüngliche § 178f VVG wurde durch das Dritte Gesetz zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21. Juli 1994 in das Versicherungsvertragsgesetz eingeführt.

werden vor allem Schwierigkeiten bei der Schätzung zukünftiger Preissteigerungen angeführt. Darüber hinaus sind aufgrund der relativ hohen Einstiegsprämien solcher Tarife aus Sicht der Unternehmen die Anreize relativ gering, die Einführung solcher Tarife voranzutreiben.

Ob und in welchem Ausmaß die gesetzlichen Regelungen dazu geführt haben, die Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter zu beheben, lässt sich u. E. aus heutiger Sicht nicht zuverlässig beantworten. Uns sind keine einschlägigen Studien bekannt, die gezielt diese Frage auf empirischer Basis untersucht haben. Es finden sich nach wie vor und regelmäßig Medienberichte darüber, dass die Prämien in der PKV stark steigen, und als Begründung wird auf "zu niedrig" kalkulierte Einstiegstarife verwiesen (vgl. z. B. Jahberg 2006). Offensichtlich konnten die Prämien für gesunde Neuversicherte auf einem Niveau gehalten werden, das einem nahezu ungebremsten Wechsel von Versicherten aus der GKV in die PKV nicht im Wege stand. So lag die Anzahl der Übertritte von der GKV in die PKV seit dem Jahr 1997 jedes Jahr bei mindestens (und teilweise deutlich über) einer Viertel Million (Abbildung 8). Dieser Strom wurde erst jüngst durch die Maßnahmen des GKV-WSG gebremst (siehe hierzu ausführlich Kapitel 6).

Abbildung 8: Anzahl der Versichertenwechsel zwischen PKV und GKV, 1970-2008



Quelle: IGES auf Basis der Zahlenberichte des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V.

Darüber hinaus deuten Medienberichte darauf hin, dass von der Möglichkeit des Wechsels in andere Tarife desselben Versicherungsunternehmens nur sehr verhalten Gebrauch gemacht wird. Versicherte könnten durch ei-

nen internen Tarifwechsel zwar ihre Prämienbelastung oft signifikant verringern, allerdings versuchten die PKV-Unternehmen, diese Wechselmöglichkeit der Bestandsversicherten durch passive Informationspolitik oder regelrechte Umgehungsstrategien möglichst zu verhindern (vgl. Kowalski 2007). In welchem Fall hierbei gegen das Tarifwechselrecht gemäß § 204 VVG verstoßen wird, ist nicht immer eindeutig. Es gibt hierzu nur eine begrenzte Anzahl an Gerichtsurteilen. Bereits mehrfach sind die Versicherungsaufsichtsbehörden vor Gericht mit Versuchen gescheitert, PKV-Unternehmen daran zu hindern, bei internen Tarifwechseln trotz vergleichbaren Leistungsumfangs Risikozuschläge zu erheben.⁵ Für den jüngsten Fall, in dem ein großer Krankenversicherer von Altversicherten Tarifzuschläge in Höhe von 20 % verlangt, wenn diese in ihren neu eingeführten Tarif mit vergleichbarem Angebot wechseln möchten, steht das endgültige Rechtsurteil noch aus (vgl. Schlingensiepen 2009).⁶ Zugunsten von Tarifwechslern urteilte das Bundesverwaltungsgericht dagegen im Jahr 2007, als es die Anordnung der Versicherungsaufsicht bestätigte, Vorversicherungszeiten von Versicherungsnehmern beim Wechsel in einen neuen Tarif anzurechnen (vgl. Rathenow 2007).

⁵ Vgl. hierzu das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. März 1999 (1 A 1.97). Demnach hat der Versicherungsnehmer zwar Anrecht auf eine identische Risikoeinstufung im neuen Tarif. Die Höhe eines Risikozuschlags hänge aber davon ab, "welches Risiko der Versicherer als das mit der Grundprämie abgedeckte 'Basisrisiko' kalkulatorisch festgelegt hat." Damit solle vermieden werden, dass Bestandsversicherte gegenüber dem Versicherer und gegenüber neuen Versicherungsnehmern sachlich ungerechtfertigt begünstigt werden, indem sie ohne jeden Risikozuschlag in einen neuen Tarif mit preiswerterem Grundbeitrag wechseln können. Das klagende PKV-Unternehmen hatte hierzu ausgeführt, dass durch eine solche ungerechtfertigte Begünstigung die in den neuen Tarif eintretenden Versicherungsnehmer dazu zwingen, mit ihren Prämien das erhöhte Risiko der aus einem alten Tarif wechselnden Versicherungsnehmer mit zu übernehmen. Dies hindere die seit längerem am Markt existierenden "Altversicherer", neue Tarife einzuführen. Für sie würde dies auf die Dauer einen mehr als erheblichen Wettbewerbsnachteil und darüber hinaus einen rechtswidrigen Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb bedeuten.

⁶ In der ersten Instanz hatte das Versicherungsunternehmen mit seiner Klage gegen die Aufsichtsbehörde Recht bekommen. Das Unternehmen begründete die Erhebung eines "Tarifstrukturzuschlags" für Tarifwechsler damit, dass ansonsten dem Altbestand gegenüber den Neukunden Vorteile entstünden, und verwies in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche Kalkulationsansätze und strengere Risikoprüfungen in den neuen Tarifen. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) hingegen befürchtet, dass auf ältere Versicherungsnehmer in den Alttarifen erheblich höhere Beiträge zukämen, wenn das Urteil rechtskräftig würde. Das Urteil höhle das Tarifwechselrecht des VVG faktisch aus. (vgl. o. V. 2009)

Die auf empirischer Basis gestützten Erkenntnisse über die Prämienentwicklung in der PKV sind jedoch rar (siehe hierzu Kapitel 4.1). Entsprechend wenig ist über das Ausmaß bekannt, in dem sich Prämiensteigerungen auf ältere Bestandsversicherte konzentrieren, zum Beispiel als Folge einer gezielten Politik der "Vergreisung" von Alttarifen. Aus diesem Grund bildet die empirische Analyse von Tarifdaten, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel 4 dargestellt werden, einen zentralen Gegenstand dieses Forschungsprojekts.

3.3 Selbstbehalte

Strategien der PKV zur Bewältigung versicherungstechnischer Risiken setzen auch auf der Leistungsseite an. Da es kaum direkte Beziehungen zwischen den Versicherern und den Leistungsanbietern in der PKV gibt (vgl. Kapitel 5.2), beziehen sich diese Strategien auf die Versicherungsnehmer.

Das klassische Instrument, um versichertenseitig die Entwicklung der Leistungsausgaben zu dämpfen, ist die Vereinbarung von Selbstbeteiligungen. Hierunter versteht man einen Anteil des Aufwands, den der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall selbst zu tragen hat. Selbstbeteiligungen können unterschiedlich ausgestaltet sein, z. B. als absoluter Selbstbehalt oder als fester Prozentsatz des Aufwands im Versicherungsfall mit oder ohne Obergrenze. Von Selbstbeteiligungen wird erwartet, dass sich Versicherungsnehmer bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen kostenbewusster verhalten, als dies bei einer unbegrenzten Vollkostenerstattung der Fall wäre.

In der PKV verbreitet sind Tarife mit absolutem Selbstbehalt. Durch die Wahl eines solchen Tarifs verzichtet der Versicherungsnehmer im Ausmaß eines vorab vereinbarten, auf den Zeitraum eines Jahres bezogenen Betrags auf Erstattungsleistungen. Je höher der gewählte Selbstbehalt, desto größere Nachlässe gewährt der Versicherer auf die Versicherungsprämie. Dabei kann ein Versicherer unterstellen, dass Versicherungsnehmer, die höhere Selbstbehalte wählen, geringere (ihnen bekannte) Gesundheitsrisiken haben. Das Versicherungsunternehmen kann darüber hinaus Verwaltungskosten reduzieren, wenn Versicherungsnehmer kleinere Rechnungen (bis zum Ausschöpfen des Selbstbehalts) nicht mehr zur Erstattung einreichen. Mit wenigen Ausnahmen werden Selbstbehalte in der PKV insbesondere in Ambulanttarifen vereinbart. Für den stationären Bereich erscheinen sie weniger zielführend, da hier die Entwicklung der Leistungsausgaben weniger stark durch das individuelle Verhalten der Versicherten beeinflusst wird. Der ambulante Bereich ist mit einem Ausgabenanteil von 60 % bei Männern und 68 % bei Frauen der größte Ausgabenbereich in der PKV.

Eine Auswertung der Kopfschadenstatistik der PKV zeigt, dass die Versicherungsunternehmen im Durchschnitt in Tarifen mit zunehmender Höhe der Selbstbehalte deutlich weniger pro Kopf an Ausgaben erstatten müssen (Tabelle 3). Die "Einsparungen" im Vergleich zu Tarifen ohne bzw. mit geringeren Selbsthalten liegen teilweise sehr deutlich über der Höhe der vereinbarten Selbstbehalts.

Tabelle 3: Altersabhängige Kopfschäden (ambulante Versorgung) für unterschiedliche Selbstbehaltsstufen (in Euro)

Alter	SB		SB		SB		SB
	0 bis 100	(2)-(1)	401 bis 550	(3)-(1)	901 bis 1.100	(4)-(1)	1.401 bis 1.700
	(1)	(2)-(1)	(2)	(3)-(1)	(3)	(4)-(1)	(4)
20	824,53	385,90	438,63	596,38	228,15	696,47	128,06
30	867,03	423,95	443,08	588,18	278,85	684,99	182,05
40	1.076,00	418,00	658,00	738,00	338,00	883,00	193,00
50	1.639,06	448,57	1.190,49	1.031,68	607,39	1.308,80	330,26
60	2.778,91	619,49	2.159,41	1.415,75	1.363,15	1.943,65	835,25
70	4.355,23	726,09	3.629,14	1.783,39	2.571,84	2.695,23	1.660,00
80	5.976,65	743,62	5.233,03	2.008,53	3.968,12	3.178,15	2.798,50
90	7.519,79	1.057,87	6.461,91	2.428,15	5.091,63	3.800,72	3.719,07
100	9.036,55	1.680,80	7.355,75	2.961,68	6.074,87	4.538,23	4.498,32

Quelle: PKV Kopfschadenstatistik 2005

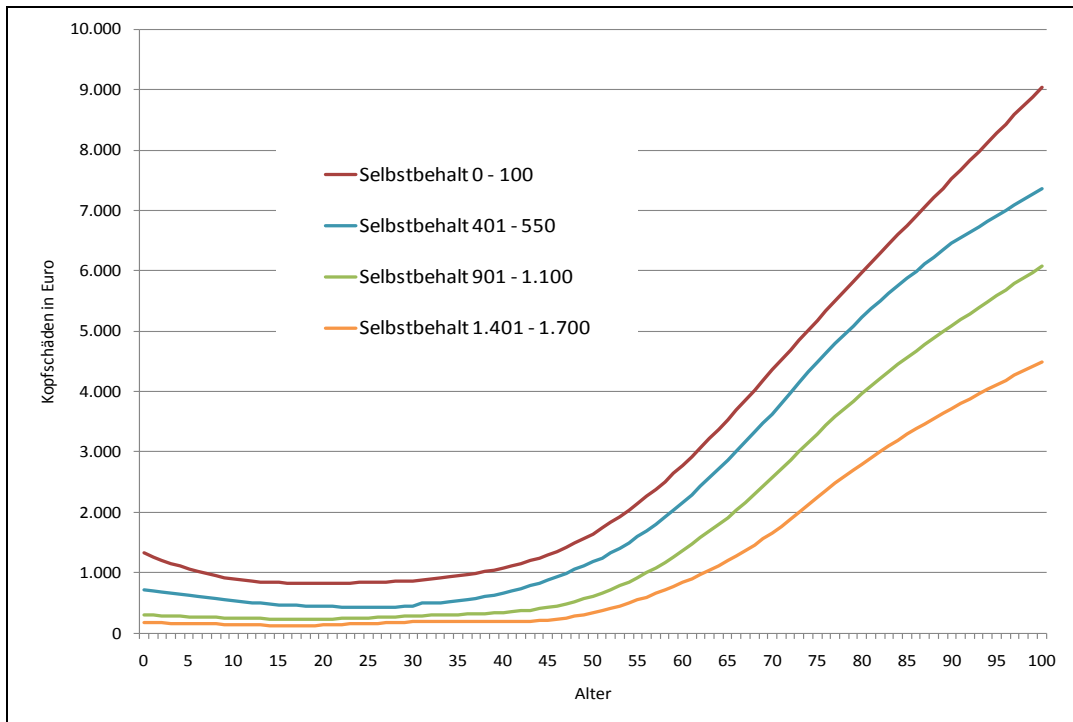
Anmerkung: SB = Selbstbehalt; ambulante Versorgung ohne Zahnbehandlung und ohne Zahnersatz

In Tabelle 3 sind für ausgewählte Alter der Versicherungsnehmer Kopfschäden von Ambulanttarifen für vier unterschiedliche Selbstbehaltsstufen dargestellt. Es handelt sich dabei um PKV-weite Durchschnittswerte. Zusätzlich ist jeweils die Differenz zu den Kopfschäden der niedrigsten hier betrachteten Selbstbehaltsstufe angegeben. Es zeigt sich, dass für jüngere Alter der Versicherungsnehmer die Unterschiede zwischen den Kopfschäden der unterschiedlichen Selbstbehaltsstufen geringer sind als der Abstand zwischen den unterschiedlichen Selbstbehaltsstufen selbst. Das liegt daran, dass in diesen Jahren in aller Regel der vereinbarte Selbstbehalt nur selten ausgeschöpft wird. Mit zunehmendem Alter allerdings wächst der Abstand

zwischen den Kopfschäden der unterschiedlichen Selbstbehaltsstufen stark an und übersteigt schließlich die Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Selbstbehaltsstufen (Abbildung 9 und Abbildung 10). Dieser Effekt lässt sich darauf zurückführen, dass sich in den Tarifen mit höheren Selbsthalten vergleichsweise zunehmend mehr "gute Risiken" befinden als in Tarifen ohne Selbstbehalt.

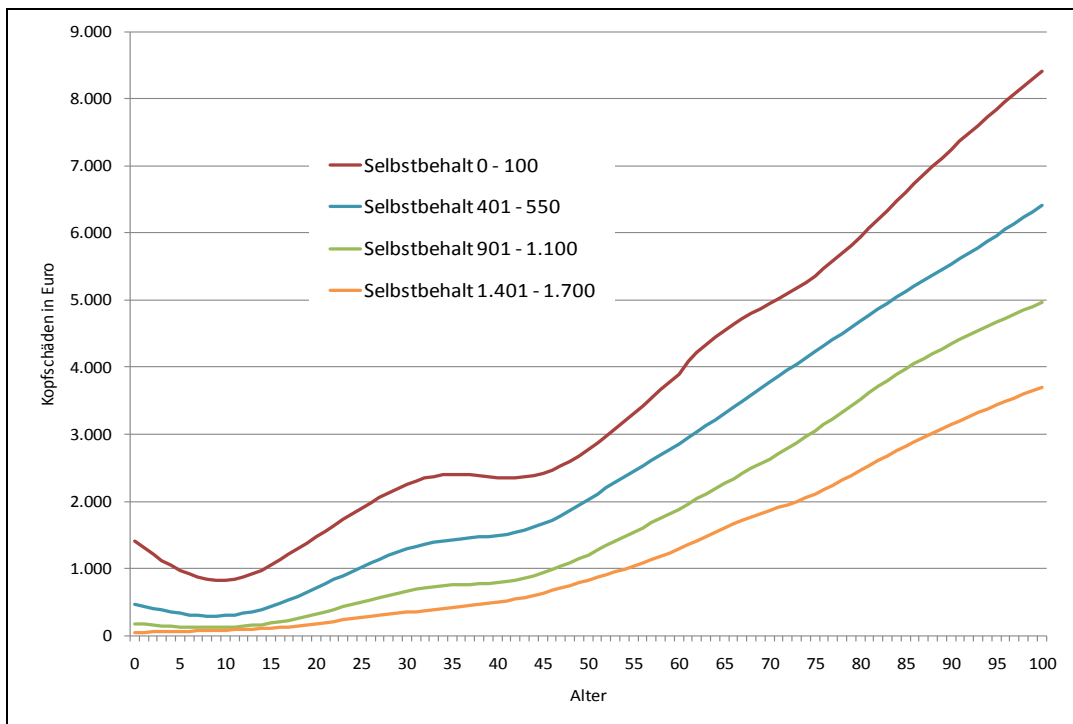
Der offensichtliche inverse Zusammenhang zwischen Höhe der Kopfschäden und Höhe des gewählten Selbsthalts, der sich im PKV-weiten Durchschnitt zeigt, kann jedoch nicht als Beleg dafür herangezogen werden, dass Versicherungsnehmer mit Selbsthalten sehr effektiv zu einem kostenbewussteren und sparsameren Verhalten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen gebracht werden können. Die ausgewiesenen Unterschiede ergeben sich nämlich stets aus der Kombination von Verhaltens- und Selektionseffekten, d. h. teilweise sind die geringeren Kopfschäden allein darauf zurückzuführen, dass relativ mehr Versicherte, die Tarife mit höheren Selbsthalten wählen, gesünder sind und somit ganz unabhängig von ihrem Verhalten geringere Aufwendungen verursachen. Beide Effekte sind von Versicherern beabsichtigt, wenn sie Tarife mit unterschiedlichen Selbsthalten anbieten: ex ante unterstützt die Selbstselektion der Versicherungsnehmer eine risikoäquivalente Prämienkalkulation, ex post entstehen Verhaltensanreize zugunsten einer zurückhaltenderen und den Verwaltungsaufwand reduzierenden Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen.

Abbildung 9: Kopfschadenverlauf Männer



Quelle: IGES; PKV Kopfschadenstatistik 2005

Abbildung 10: Kopfschadenverlauf Frauen



Quelle: IGES; PKV Kopfschadenstatistik 2005

4 Wettbewerb gegenüber der Nachfrageseite auf dem PKV-Markt

Gegenstand der empirischen Untersuchung ist die Hypothese des fehlenden Bestandswettbewerbs in der PKV. Als Ausprägungen dieses Wettbewerbsmangels gelten überproportionale Prämiensteigerungen für – typischerweise ältere – Bestandsversicherte bzw. spiegelbildlich hierzu "unterkalkulierte" Einstiegsprämien für – typischerweise jüngere – Neuversicherte.

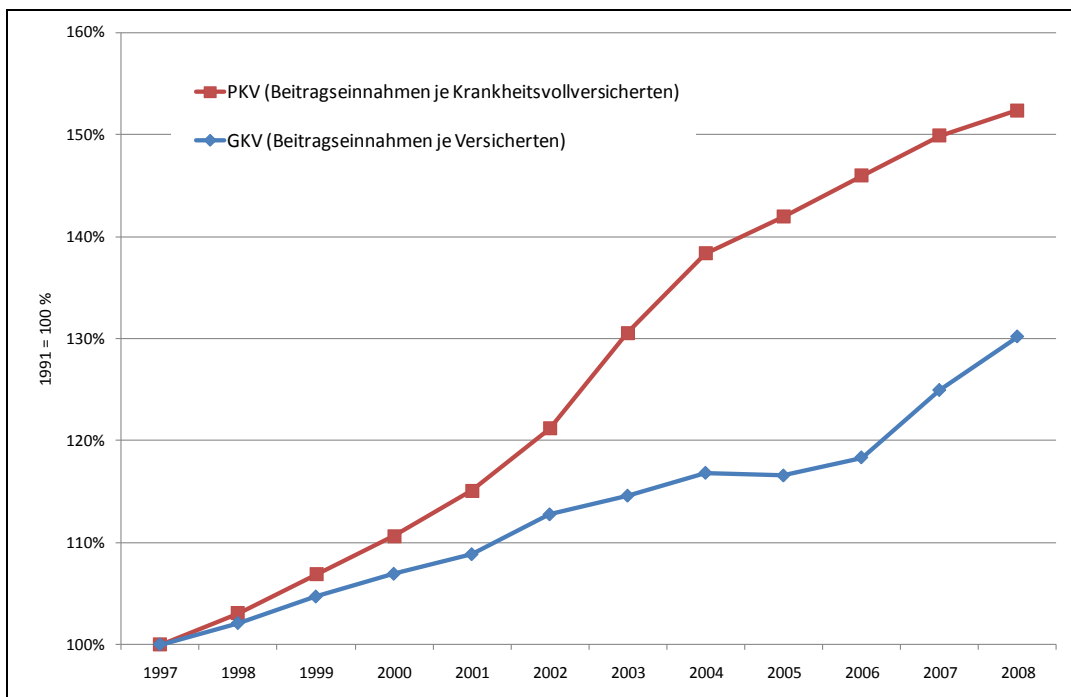
Die Hypothese lässt sich, wie dargestellt, theoretisch auf der Grundlage der Versicherungstechnik in der PKV, ihrer Kalkulationsprinzipien und den Wettbewerbsbedingungen konsistent begründen (vgl. Kapitel 3.2). Da es jedoch an öffentlich zugänglichen und adäquat aufbereiteten Daten zur Prämienentwicklung und vor allem auch zur Prämienstruktur in der PKV mangelt, ist die Hypothese bislang nur sehr schwach empirisch fundiert. Die recht überschaubare Zahl an Untersuchungen zur Prämienentwicklung in der PKV stützt sich im Wesentlichen auf Befragungsergebnisse. Zur Entwicklung der Prämienstruktur, insbesondere im Hinblick auf das Verhältnis von Bestandsversicherten zu Neuversicherten, sind uns bislang keine empirischen Analysen bekannt. Angesichts einer ausgeprägten Tarifheterogenität sind Untersuchungen zu dieser Fragestellung mit einer hohen (Daten-) Komplexität konfrontiert.

4.1 Bisherige Erkenntnisse zur Prämienentwicklung in der PKV

Geht es in der öffentlichen Diskussion um die Prämienentwicklung in der PKV, wird diese häufig mit der Beitragsentwicklung in der GKV verglichen. Wie bereits bei Tarifvergleichen innerhalb der PKV besteht auch hier das Problem, dass sich die Versicherungsleistungen zwischen beiden Systemen voneinander unterscheiden. Eine besondere Rolle spielt hierbei, dass in der GKV zur Vermeidung von Beitrags(satz)steigerungen die Leistungsansprüche gesetzlich eingeschränkt werden können, während die PKV-Unternehmen ihre Leistungszusagen in bestehenden Versicherungsverhältnissen nicht rückwirkend vermindern dürfen. Zu berücksichtigen gilt schließlich auch, dass die GKV im Gegensatz zur PKV seit dem Jahr 2004 steuerfinanzierte Bundeszuschüsse erhält, die zur Dämpfung der Beitragssteigerungen beigetragen haben. Mit den Bundeszuschüssen sollen die gesamtgesellschaftlichen, jedoch versicherungsfremden Aufgaben der GKV – vor allem der Familienförderung durch beitragsfreie Mitversicherung von Kindern – pauschal abgegolten werden.

Unter diesen einschränkenden Prämissen lassen sich die Beitragsentwicklungen in den beiden Versicherungssystemen auf höchstaggrierter Ebene vergleichen (Abbildung 11). Demnach haben sich die Beitragseinnahmen je Versicherten in der Krankheitsvollversicherung im Zeitraum 1997 bis 2008 um etwa 52 % erhöht (durchschnittlich um 3,9 % p. a.), während in demselben Zeitraum die Beitragseinnahmen je Versicherten in der GKV nur um etwa 30 % (durchschnittlich um 2,4 % p. a.) gestiegen sind.

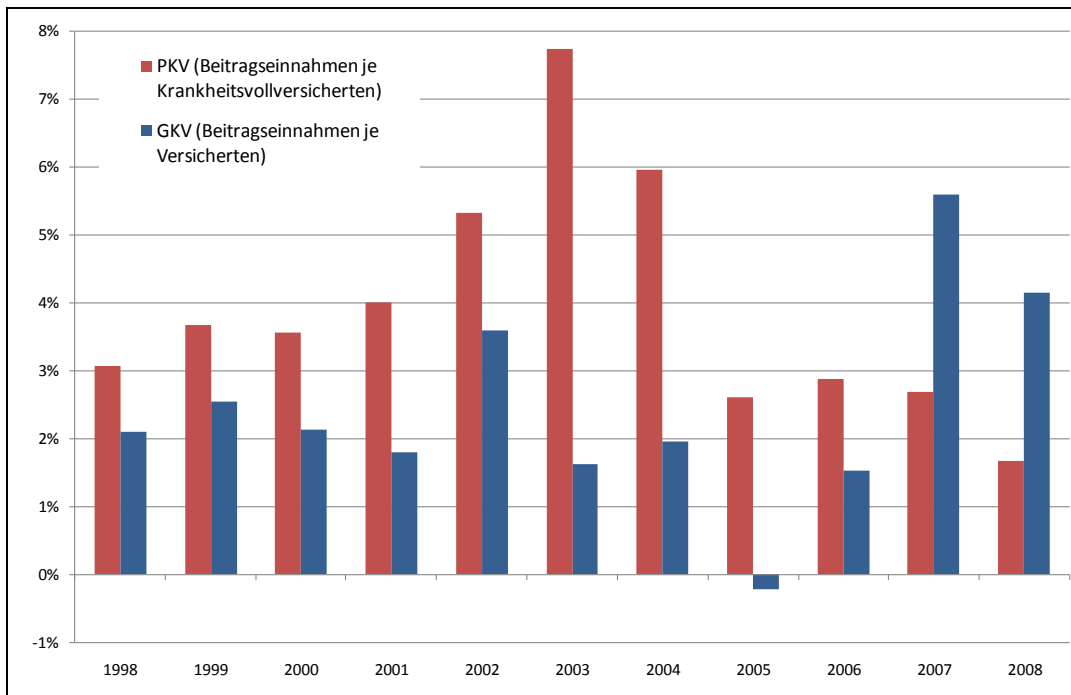
Abbildung 11: Beitragsentwicklung in PKV und GKV, 1997-2008



Quelle: IGES auf Grundlage der KJ1-Statistik (GKV) und PKV (2009)

Es zeigt sich darüber hinaus, dass die Zuwachsraten in der PKV bis auf die letzten zwei Jahre des betrachteten Zeitraums kontinuierlich oberhalb derjenigen in der GKV lagen (Abbildung 12). In den letzten Jahren erhöhten sich allerdings die Beitragseinnahmen je Versicherten in der GKV stärker als in der PKV: im Zeitraum von 2005 bis 2008 um 11,7 % gegenüber 7,4 % in der PKV. Eine wesentliche Ursache hierfür war die relativ starke Erhöhung der allgemeinen Beitragssätze im Jahr 2007 (von durchschnittlich 13,3 % auf 13,9 %).

Abbildung 12: Beitragsentwicklung in PKV und GKV, Veränderung gegenüber Vorjahr (in %), 1998-2008



Quelle: IGES auf Grundlage der KJ1-Statistik (GKV) und PKV (2009)

Aus den oben genannten Einschränkungen der Vergleichbarkeit geht hervor, dass die schwächere Beitragsdynamik in der GKV im Zusammenhang mit gesetzlichen Interventionen zur Begrenzung der Leistungsansprüche der Versicherten zu sehen ist. Vergleichbare Interventionen hat es in der PKV nicht gegeben. Allerdings gilt auch zu berücksichtigen, dass die PKV-Unternehmen in der Praxis bei der Regulierung von Versicherungsfällen durchaus über Spielräume verfügen, dämpfend auf den durch die Versicherten beanspruchten Leistungsaufwand einzuwirken (vgl. Kapitel 5.1.3). Zudem können privat Versicherte als Reaktion auf Prämiensteigerungen freiwillig eine Verringerung ihres Versicherungsschutzes mit ihrem PKV-Unternehmen vereinbaren (z. B. durch eine Anhebung der Selbstbeteiligung).

Mit der aus aggregierten Daten abgeleiteten Durchschnittsbetrachtung lässt sich über die Verteilung der Belastungen aus Beitragssteigerungen auf die individuellen Versicherten keine Aussage treffen. Speziell das mit Blick auf die PKV diskutierte Problem der starken Prämiensteigerungen für ältere Versicherte kann so nicht erfasst werden. Aufschluss über diese Fragen können dagegen die Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) geben, einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung individueller Haushaltsdaten auf der Basis von Befragungen. Das SOEP erfasst regelmäßig Angaben zum Krankenversicherungsschutz und zur Höhe der gezahlten Prämien, und

zwar im zeitlichen Längsschnitt für dieselben Haushalte, so dass Prämienveränderungen innerhalb bestehender Versicherungsverhältnisse ermittelt werden können.⁷

In seiner Analyse von SOEP-Daten kam Grabka (2006) zu dem Ergebnis, dass sich im Zeitraum 1985 bis 2005 die Prämien in der PKV im Durchschnitt über alle Versicherte mehr als verdreifacht haben und damit nahezu doppelt so stark gestiegen seien wie in der GKV. Dennoch lagen die Prämien absolut betrachtet am Ende des Beobachtungszeitraums im Durchschnitt immer noch deutlich unter dem Maximalbeitrag in der GKV. Für ältere Versicherte (über 60 Jahre) lagen gemäß der Analyse die Prämien im Jahr 2005 um fast 80 % höher als für Versicherte im Alter unter 30 Jahren. Speziell für Bestandsversicherte, die mehr als 20 Jahre ohne Unterbrechung privat krankenversichert waren, ergab sich für den Untersuchungszeitraum ein Anstieg um insgesamt 202 % (jahresdurchschnittlich um 10,1 %).⁸ Die Auswertung der SOEP-Daten ergab darüber hinaus, dass die Prämiensteigerungen in den ersten zehn Jahren des untersuchten Zeitraums deutlich stärker waren als ab Mitte der 1990er Jahren. Die Abschwächung der Zuwächse steht im zeitlichen Zusammenhang mit gesetzlichen Maßnahmen zur Begrenzung des Prämienanstiegs in der PKV (vgl. Kapitel 3.2). Schließlich zeigen die Haushaltsdaten auch, dass in den letzten Jahren (2001 bis 2005) ein steigender Anteil privat Versicherter (ohne Beihilfeanspruch) Selbstbeteiligungen vereinbart hat und dass mit steigendem Alter tendenziell höhere Selbstbeteiligungen gewählt wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass bei konstantem Leistungsumfang der effektive Prämienanstieg im Beobachtungszeitraum höher gewesen ist als die durch die Analyse ermittelten Werte.

Die Autoren des map-reports gelangen hingegen auf der Basis von Bilanzanalysen und Ratings von einer Auswahl "relevanter Marktteilnehmer" der PKV zu dem Ergebnis, dass man von Beitragsexplosionen keine Spur erkenne.⁹ Für das Jahr 2009 beziffert der Report die durchschnittliche jährli-

⁷ Öffentlich verfügbare Angaben zur Prämienhöhe von Tarifen richten sich an potenzielle Neukunden und beziehen sich daher üblicherweise auf den Zeitpunkt des Eintritts in ein Versicherungsverhältnis.

⁸ Für Versicherte mit Beihilfeanspruch und mindestens 20jähriger Versicherungszugehörigkeit war der Anstieg mit insgesamt 287 % (jahresdurchschnittlich 14,3 %) noch stärker. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die schrittweise Absenkung der Beihilfe in den letzten Jahren sein (Grabka 2006, S. 112).

⁹ Vgl. map-report Nr. 702-703, Private Krankenversicherung: m-rating, p-rating, Verlag Manfred Poweleit, Artlenburg/Elbe, 2009. Am aktuellen Rating nahmen 16 PKV-Unternehmen teil.

che Beitragserhöhung für Bestandsversicherte auf 1,3 % und damit deutlich niedriger als in der Vorjahre.¹⁰ Aus den entsprechenden Angaben für die Vorjahre ergibt sich über den Zeitraum von 1994 bis 2009 eine durchschnittliche Bestandsbeitragserhöhung um 123 % bzw. jahresdurchschnittlich um 5,1 %. Nimmt man den Betrachtungszeitraum 1997 bis 2008, für den Vergleichszahlen der GKV (gemäß Abbildung 11) vorliegen, so errechnet sich eine jahresdurchschnittliche Bestandsbeitragserhöhung nach den Angaben des map-reports von 5,3 %. In demselben Zeitraum erhöhten sich die Beitragseinnahmen je Versicherten in der GKV um jahresdurchschnittlich 2,4 %. Damit fallen die Unterschiede im Beitragszuwachs zwischen PKV und GKV auf der Basis der Ergebnisse des map-reports noch wesentlich deutlicher aus als auf der Basis der aus aggregierten Daten abgeleiteten Durchschnittsbetrachtung (gemäß Abbildung 11).

Die Analyse des map-reports zeigt darüber hinaus die große Spannweite der Entwicklung der Bestandsbeiträge für vergleichbare Versicherungsnehmer. So betrug die Bestandsbeitragserhöhung für einen typischen männlichen Angestellten und seine Ehefrau, die mit 32 bzw. 28 Jahren seit dem Jahr 1993 versichert waren, je nach PKV-Unternehmen durchschnittlich zwischen 4,1 % und 7,5 % p.a. Geht man von einem Versicherungsbeginn (mit denselben Eintrittsaltern) ab dem Jahr 2000 aus, sind die jahresdurchschnittlichen Zuwächse geringer, die Spanne vergrößert sich aber (0,9 % bis 5,2 % p.a.). Die Tarife, die denselben Personentypen von denselben PKV-Unternehmen im Neugeschäft angeboten wurden, verteuerten sich vergleichsweise stärker: im Zeitraum ab dem Jahr 1993 durchschnittlich zwischen 6,1 % und 8,9 % p.a., im Zeitraum ab dem Jahr 2000 durchschnittlich zwischen 4,4 % und 7,6 %. Für beihilfeberechtigte Beamte wurden geringere Steigerungsraten ermittelt, die jahresdurchschnittlichen Zuwächse der Bestandsbeiträge betragen zwischen 2,9 % und 4,9 % p.a. (ab dem Jahr 1993) bzw. 0,5 % und 4,3 % p.a. (ab dem Jahr 2000). (map-report 2009, S. 36 ff.)

Für die Prämienerrhöhungen im Jahr 2009 werden als Ursachen an erster Stelle die gestiegenen Behandlungskosten in der ambulanten medizinischen Versorgung der privat Krankenversicherten genannt, weiterhin ein Anstieg der Lebenserwartung, ein Absinken der Stornoquote sowie gesunkene Kapitalmarktzinsen (Dohmen 2009).

Welche Erkenntnisse können aus den verfügbaren Untersuchungen der Prämienentwicklung in der PKV mit Blick auf die Hypothese gezogen wer-

¹⁰ Die Ratingagentur Assekurata ermittelte dagegen einen Anstieg von durchschnittlich 3 % für das Jahr 2009, bezogen auf 13 PKV-Unternehmen, die an ihrem Rating teilgenommen haben. (Dohmen 2009)

den, dass auf dem Versicherungsmarkt der PKV Wettbewerbsmängel bestehen? Die Betrachtung der aggregierten Daten und die Auswertung des SOEPs zeigen relativ starke Prämiensteigerungen im Zeitverlauf, allerdings auf der Basis eines Vergleichs mit der GKV, der einigen substantiellen Einschränkungen unterliegt, insbesondere im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der "Versicherungsprodukte" sowie auf die Wahlmöglichkeiten der Versicherungsnehmer. Der Anteil des Krankenversicherungsmarktes, auf dem PKV und GKV um dieselben Nachfrager konkurrieren, umfasst nur eine Minderheit der Krankenversicherten.¹¹

Dass ältere Versicherte in der PKV deutlich höhere Prämien zahlen als jüngere und dass die Prämien gerade auch für Bestandsversicherte – wie es die SOEP-Daten zeigen – starken Steigerungen unterliegen, spricht für die eingangs formulierte Hypothese eines mangelnden Bestandswettbewerbs. Eine generelle Einschränkung der SOEP-Ergebnisse besteht darin, dass es sich um Befragungsdaten handelt, die Angaben zu den gezahlten Beiträgen können demnach Fehleinschätzungen unterliegen.¹² Darüber hinaus enthält die Untersuchung keinen gezielten Vergleich der Prämienentwicklung zwischen neuen und älteren Tarifen bzw. zwischen Neu- und Bestandsversicherten. Letzteren enthält der map-report, mit dem Ergebnis, dass die Prämiensteigerungen im Neugeschäft im Durchschnitt der letzten Jahre größer waren als in Bestandstarifen. Ein solches Ergebnis widerspricht der eingangs formulierten Hypothese. Allerdings stellt sich für die Ergebnisse des map-reports die Frage nach der Repräsentativität und der Nachvollziehbarkeit. In dem Report werden zur Beitragsentwicklung ausschließlich Veränderungsdaten für ausgewählte Zeiträume ausgewiesen, jedoch keine absoluten Prämienhöhen. Da PKV-Unternehmen, die am Rating teilnehmen und ihre Zahlen hierfür offen legen, dies freiwillig tun, ist davon auszugehen, dass Anbieter mit einer relativ günstigen Beitragsentwicklung überrepräsentiert sind.¹³

¹¹ Zum Stichtag 1.7.2009 gab es in der GKV knapp 7,8 Mio. freiwillige Mitglieder mit Familienangehörigen. Von allen GKV-Versicherten entsprach dies einem Anteil von 11,2 % (Quelle: KM6-Mitgliederstatistik des BMG).

¹² Grabka geht davon aus, "dass ein Prämienanstieg von älteren Versicherten eher unterschätzt wird, wenn z. B. Kinder mit abgesichert werden" (Grabka 2006, S. 107).

¹³ Der Chefredakteur des map-reports selbst teilt diese Vermutung (vgl. Brandstetter 2008).

4.2 Datengrundlage und Ansatzpunkte der empirischen Untersuchung

Die lückenhafte empirische Erkenntnislage über mögliche Wettbewerbsmängel auf dem Versicherungsmarkt der PKV ist der Anlass für die eigene empirische Untersuchung im Rahmen dieses Forschungsprojekts. Die Datengrundlage stammt von der Firma Morgen & Morgen GmbH, die Vergleichs- und Informationssoftware für Versicherungen entwickelt. Morgen & Morgen verfügt derzeit über die wohl umfangreichste Sammlung an Tarifdaten für die PKV. Die Firma vergleicht seit über 20 Jahren alle am deutschen Markt angebotenen und für das Neugeschäft offenen Voll- und Zusatztarife der PKV. Damit liegen alle Neugeschäftsbeiträge aller PKV-Unternehmen und Tarife seit diesem Zeitpunkt vor. Im Rahmen des seines Beitragsstabilitäts-Ratings für die PKV analysiert Morgen & Morgen jährlich alle Prämien über alle Eintrittsalter und Selbstbehalte sowie beide Geschlechter. Insofern handelt es sich bei den Tarifdaten um eine vollständige Übersicht über den PKV-Markt. Dies bezieht sich sowohl auf die Prämien als auch auf die Leistungsinhalte der Tarife.¹⁴

Mit diesem Forschungsprojekt werden die Daten erstmals für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Die Datengrundlage ermöglicht es, Fragen zum Preiswettbewerb, zum Produktwettbewerb und zur Marktstruktur in der PKV über einen Zeitraum von zehn Jahren empirisch zu untersuchen. Der von der Firma Morgen & Morgen zur Verfügung gestellte Datensatz enthält Angaben zu den auf dem PKV-Markt im Zeitraum 1998 bis 2008 verfügbaren Tarifen, insbesondere

- die Prämienhöhe für Neuzugänge und
- das Einführungsjahr des Tarifs
- differenziert nach Anbieter, Eintrittsalter und Geschlecht.

Für die Datenanalyse wurde zunächst ein "typischer" PKV-Tarif mit "Standardleistungsumfang" spezifiziert. Er umfasst als Versicherungsleistungen:

- im Bereich ambulante Heilbehandlung
 - Versicherungsleistungen im Umfang gemäß den Musterbedingungen für Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009 § 4 Abs. 1-3)
 - Die Auswahl umfasst auch die Tarife, die in den Bereichen Heil- und Hilfsmittel und Heilpraktiker-Behandlung Summenbegrenzungen vorsehen.

¹⁴ Bezogen auf den letzten Neugeschäftsjahrgang zum 1.1.2009 handelt es sich hierbei um ca. 3.000 Tarife.

- Die Auswahl umfasst nur die Tarife mit einem jährlichen absoluten Selbstbehalt in Höhe von max. 300 €.
- im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz
 - 100 % Erstattung für Zahnbehandlung und
 - 75 % bis 80 % Erstattung für Zahnersatz und Kieferorthopädie
 - Summenbeschränkungen in den ersten Versicherungsjahren sind für die Auswahl kein Ausschlusskriterium.
- Im Bereich stationäre Heilbehandlung werden nur Tarife einbezogen
 - mit Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarzt)
 - ohne Selbstbehalt im stationär Bereich.

Unter einem "typischen" PKV-Tarif werden alle Tarife für Angestellte und Selbstständige zur Krankheitskostenvollversicherung verstanden,

- die nicht nur für spezielle Berufsgruppen angeboten werden (wie z. B. Zahnärzte, Ärzte),
- die bundesweit angeboten werden; spezielle Ortstarife (z. B. sog. "Ost"-Tarife) stellen dabei keinen typischen PKV Tarif dar.
- Unter einem Tarif wird dabei sowohl ein Kompakttarif als auch eine dem vorgegebenen Leistungsumfang entsprechende Kombination von Tarifbausteinen (Ambulanttarif + Zahntarif + Stationärtarif) verstanden.

Auf Grundlage dieser Spezifikationen werden alle als für die PKV "typisch" klassifizierten Tarife mit Standardleistungsumfang im Betrachtungszeitraum 1998 bis 2008 (jeweils jährlich zum Stichtag 1. Juli) ausgewählt. Die Datenbasis enthält für jedes Betrachtungsjahr differenziert nach Eintrittsalter und Geschlecht

- die über alle Tarife der Auswahl durchschnittliche Prämie,
- die drei niedrigste Prämien aus allen Tarifen der Auswahl,
- die drei höchsten Prämien aus allen Tarifen der Auswahl,
- Varianz und Streuung der Prämien um den Durchschnitt.

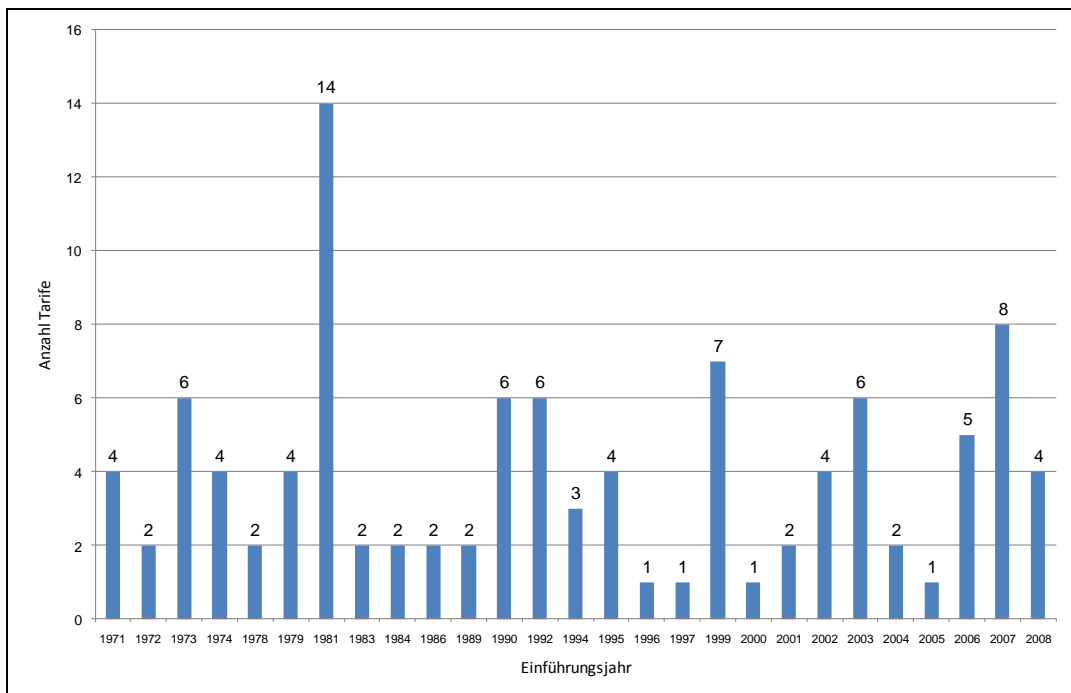
Als Prämie wird die monatliche Gesamtprämie inklusive Arbeitgeberanteil und inklusive 10 %-Zuschlag erfasst.

Die durchschnittliche Prämie errechnet sich als arithmetisches Mittel aller Prämien der Tarife der Auswahl. Aus Bausteinen kombinierte Tarife gelten dabei als ein Tarif, und vor der Mittelwertbildung wird die Prämie des Tarifs als Summe der Bausteine berechnet.

Die Datenbasis umfasst insgesamt 105 Tarife, deren Markteinführungen sich gemäß Abbildung 13 auf die einzelnen Jahre verteilen. Für jeden der

65 Tarife, die bereits im Jahr 1998 auf dem Markt angeboten wurden, liegen je Geschlecht und je Eintrittsalter¹⁵ zehn Beobachtungen über Prämienveränderungen (Zeitraum 1998 bis 2008) vor, für alle anderen je nach Einführungsjahr entsprechend weniger. Sämtliche der hier betrachteten Tarife waren in allen Jahren nach ihrer Einführung (bis einschließlich 2008) auf dem Markt.

Abbildung 13: Anzahl der in die Untersuchung einbezogenen Tarife, differenziert nach Einführungsjahr



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Die umfangreiche Erfassung von Tarifen und Prämien über einen längeren Zeitraum – differenziert nach Eintrittsalter und Geschlecht sowie nach "Marktalter" der Tarife – bietet eine Vielzahl von Ansatzpunkten für eine empirische Analyse des Wettbewerbs in der PKV, wie sie allein auf der Grundlage öffentlich verfügbarer Daten nicht möglich wäre. Allerdings sind wesentliche, für eine wissenschaftliche Analyse des Wettbewerbs relevante Größen in der Datenbasis nicht enthalten. Hierzu zählen die abgesetzten Mengen, also die Anzahl der Verträge, die in jedem Jahr des Betrachtungszeitraums in einem Tarif abgeschlossen wurden, sowie die Höhe der Prämien, die in den Tarifen von Bestandsversicherten erhoben wurden.

¹⁵ Für jeden Tarif sind Prämienangaben für 30 Altersstufen (21 bis 50 Jahre) verfügbar.

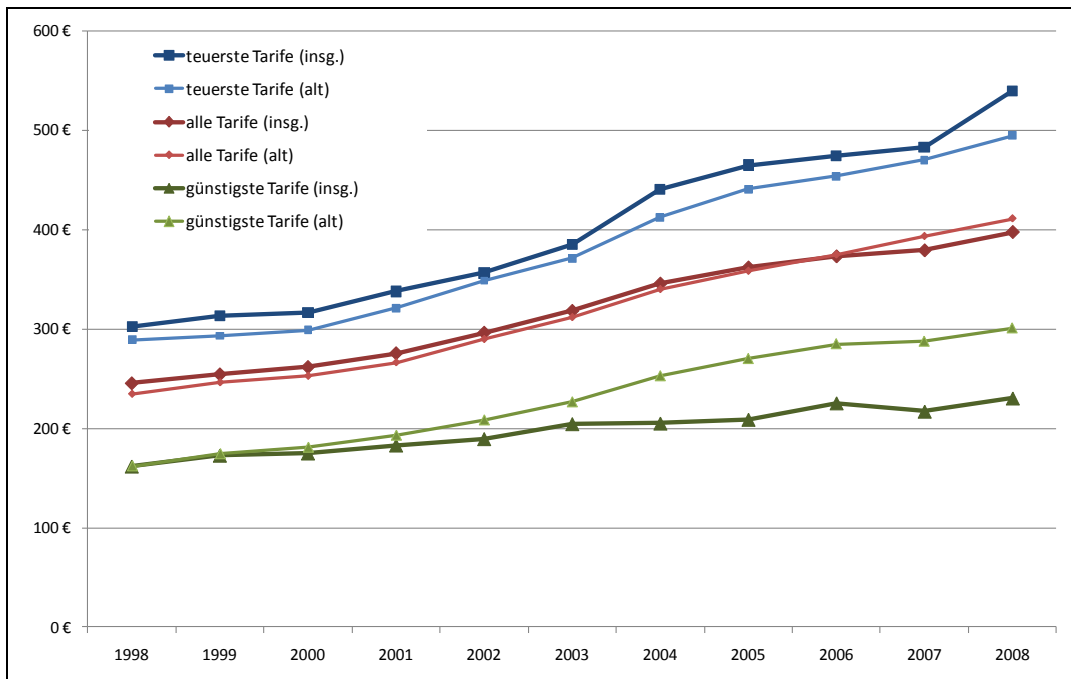
Konsequenterweise muss die Hypothese des mangelnden Bestandswettbewerbs in der PKV "auf Umwegen" geprüft werden. Anhand der Datengrundlage lässt sich die Preis- bzw. Prämienpolitik der PKV-Unternehmen für Neuzugänge analysieren. Prämienhöhen und Prämienstrukturen im Neugeschäft sowie ihre Veränderungen können dann im Verhältnis zu Referenzgrößen betrachtet werden, die die PKV insgesamt – also inklusive der Bestandsversicherten – kennzeichnen. Hierzu zählen z. B. die Entwicklung der Versicherungsleistungen oder der Beitragseinnahmen in der PKV. So wird die Hypothese des fehlenden Bestandswettbewerbs u. a. dahingehend operationalisiert, dass die Prämien für Neuzugänge in Relation zur Kostenentwicklung in der PKV betrachtet wird. Lässt sich feststellen, dass die Prämien für typische Neukunden im Vergleich zur Kostenentwicklung nur unterproportional zugenommen haben, müssten die Kostensteigerungen entweder durch entsprechend überproportionale Prämiensteigerungen für Bestandsversicherte aufgefangen werden oder sich in sinkenden Gewinnen der PKV-Unternehmen niederschlagen.

Ein zweiter für die folgende Analyse gewählter Ansatz ist die Differenzierung nach Einführungszeitpunkt bzw. "Marktalter" der Tarife. Hierbei wird untersucht, ob und inwieweit die Prämienniveaus und die Prämienentwicklung neuerer Tarife von denen älterer Tarife abweichen. Der Wettbewerb um Neuzugänge wird anhand der Datengrundlage dadurch abgebildet, dass Tarife, die relativ neu auf dem PKV-Markt eingeführt wurden, für die typischen Eintrittsalter (30 bis 40 Jahre für nicht beihilfeberechtigte Personen) gesondert betrachtet werden. Untersucht wird darüber hinaus, ob ein systematischer Zusammenhang zwischen Prämienniveau und Prämienveränderung besteht und ob dieser Zusammenhang mit dem Marktalter der Tarife variiert.

4.3 Prämienentwicklung im Zeitraum 1998 bis 2008

Betrachtet wird als erstes die Veränderung der absoluten Prämienhöhe. Zu diesem Zweck wird für die typischen Eintrittsalter (30 bis 40 Jahre) die durchschnittliche Prämienhöhe über sämtliche Tarife in der Datenbasis gebildet, die nach Geschlechtern differenziert im Zeitverlauf dargestellt sind (Abbildung 14 und Abbildung 15). Zusätzlich werden die Durchschnitte der höchsten drei Prämien sowie der niedrigsten drei Prämien dargestellt. Schließlich wurden die zeitlichen Entwicklungen der drei Durchschnittsprämien auch gesondert für die Gruppe derjenigen Tarife ermittelt, die schon im ersten Jahr des Beobachtungszeitraums (1998) verfügbar waren, somit als bereits etablierte („alte“) Tarife gelten können.

Abbildung 14: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie typischer PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, Männer



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

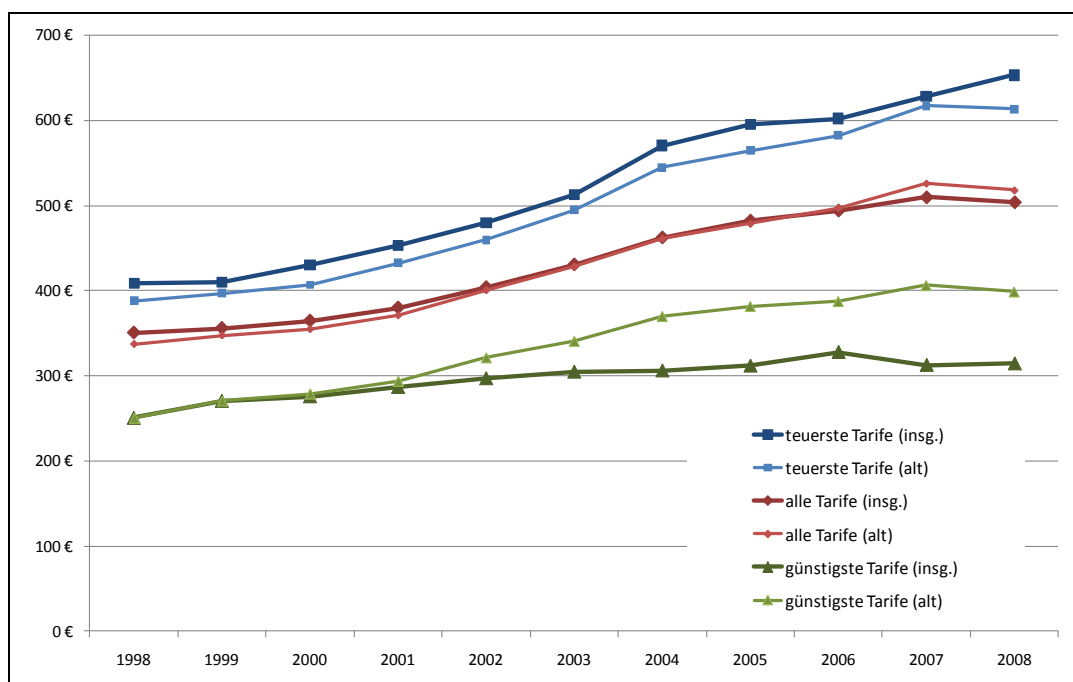
Anmerkung: "teuerste Tarife" = Durchschnitt der drei höchsten Prämien im jeweiligen Jahr, "günstigste Tarife" = Durchschnitt der drei niedrigsten Prämien im jeweiligen Jahr; "alt" = Einführung des Tarifs im Zeitraum 1971-1998.

Für Männer der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre hat sich der Einstieg in einen typischen PKV-Tarif demnach im Zeitraum der Jahre 1998 bis 2008 von durchschnittlich 245 € auf 398 € monatlich verteuert. Diese Steigerung entspricht einem Anstieg um 62 % bzw. um jahresdurchschnittlich 4,9 %. Für die älteren Tarife, die bereits im Jahr 1998 auf dem Markt eingeführt waren, fiel der Anstieg der durchschnittlichen Prämie mit insgesamt 75 % bzw. jahresdurchschnittlich 5,8 % stärker aus. Dass die älteren Tarife überdurchschnittlich zur Gesamtgruppe angestiegen sind, geht allerdings ausschließlich auf die Entwicklung in den letzten zwei Jahren des Betrachtungszeitraums zurück. Die Prämienentwicklung am Ende des Betrachtungszeitraums wurde zusätzlich durch einen Sondereffekt beeinflusst: Durch eine Veränderung der Kalkulationsverordnung werden seit dem Jahr 2008 Versicherungsleistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft anteilig in den Tarifen für Männer einkalkuliert. Insgesamt lässt sich aber zwischen der Gesamtgruppe aller Tarife und der Gruppe der älteren Tarife kein signifikanter Unterschied erkennen.

Dies verhält sich an den Rändern des Tarifspektrums anders. Insbesondere zeigt sich im Segment der günstigsten Tarife, dass die nach dem Jahr 1998

neu hinzugekommenen Angebote deutlich geringere Prämien hatten. Erreichte die Durchschnittsprämie der drei jeweils günstigsten Angebote aus der Gruppe der älteren Tarife am Ende des Beobachtungszeitraum eine Höhe von etwa 300 Euro, waren durch die Neueinführungen ab 1998 die drei günstigsten Tarife im Jahr 2008 zu durchschnittlich 230 Euro für die betrachtete Alterskategorie erhältlich. Auch am oberen Rand verbreiterte sich das Spektrum durch die Neueinführungen ab 1998: Die drei teuersten der älteren Tarife erreichten im Durchschnitt im Jahr 2008 ein Prämienniveau von 495 Euro, mit den neuen Tarifen erhöhte sich die Durchschnittsprämie der drei teuersten Angebote auf knapp 540 Euro, wobei sich der Großteil der Abweichung vor allem im letzten Jahr des Betrachtungszeitraums herausbildete. Im Ergebnis haben also die seit dem Jahr 1998 neu eingeführten Tarife das Prämienspektrum verbreitert, und zwar vor allem durch Absenkung des Prämienniveaus am unteren Rand, aber auch durch Erhöhung des Prämienniveaus am oberen Rand.

Abbildung 15: Höhe der durchschnittlichen monatlichen Prämie typischer PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, *Frauen*



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: "teuerste Tarife" = Durchschnitt der drei höchsten Prämien im jeweiligen Jahr, "günstigste Tarife" = Durchschnitt der drei niedrigsten Prämien im jeweiligen Jahr; "alt" = Einführung des Tarifs im Zeitraum 1971-1998.

Für Frauen der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre hat sich der Einstieg in einen typischen PKV-Tarif im Zeitraum der Jahre 1998 bis 2008 von durchschnittlich 350 € auf 504 € monatlich verteuert. Diese Steigerung entspricht

einem Anstieg um insgesamt 44 % bzw. jahresdurchschnittlich 3,7 %. Damit lagen die Prämien für die Frauen im Durchschnitt über den gesamten Betrachtungszeitraum auf einem höheren Niveau als die für Männer, der Anstieg war jedoch deutlich geringer als bei den Männern. Aufgrund des Sondereffekts durch die Veränderung der Kalkulationsverordnung bezüglich der Versicherungsleistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft verringerte sich die durchschnittliche Prämie sogar im Jahr 2008 (-1,5 %). Ohne den Sondereffekt, also für den Zeitraum 1998 bis 2007, lag der Anstieg der mittleren Prämie jahresdurchschnittlich höher (4,2 % p.a. statt 3,7 % p.a.).

Kein wesentlicher Unterschied zu den Männern ergibt sich aus der gesonderten Betrachtung der älteren Tarife, die bereits im Jahr 1998 eingeführt waren. Die Durchschnittsprämie für diese Gruppe erhöhte sich mit 53 % über den Gesamtzeitraum bzw. jahresdurchschnittlich 4,4 % etwas stärker als die Durchschnittsprämie für alle Tarife inklusive der nach 1998 eingeführten. Ebenfalls wie bei den Tarifen für Männer hat sich durch die neueren Tarife das Prämienspektrum erweitert: Reichte es im Jahr 2008 innerhalb der Gruppe der älteren Tarife nur von 399 Euro bis 613 Euro, erweiterte sich die Spanne mit den nach 1998 eingeführten Tarifen von 314 Euro bis 653 Euro. Auch bei den Frauen war es vor allem das Absinken des durchschnittlichen Prämienniveaus im günstigsten Tarifsegment, das zur Verbreiterung des Preisspektrums führte.

Sowohl bei den Männer-Tarifen als auch bei den Frauen-Tarifen waren die Prämiensteigerungen im Betrachtungszeitraum für die günstigsten Tarife deutlich unterdurchschnittlich und für die teuersten Tarife deutlich überdurchschnittlich (Tabelle 4). Eliminiert man den Sondereffekt der Änderung der Kalkulationsverordnung bezüglich der Versicherungsleistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft, indem man nur den Zeitraum bis zum Jahr 2007 betrachtet, ist der Anstieg der durchschnittlichen Prämie über alle Tarife bei den Männern deutlich schwächer, bei den Frauen geringfügig stärker. Auch der überdurchschnittliche Anstieg der teuersten Tarife fällt bei beiden Geschlechtern bis zum Jahr 2007 weniger stark aus, da die Prämien in den teuersten Tarifsegmenten im Folgejahr besonders stark stiegen.

Die Ergebnisse vermitteln den Eindruck, dass sich das Marktsegment der günstigsten Tarife systematisch und weitgehend von den allgemeinen Prämiensteigerungen abkoppeln konnte. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass es sich bei den jeweils günstigsten Tarifen nicht in jedem Jahr um dieselben Tarife handelt – im Gegenteil: der Effekt der Entkopplung dieses Marktsegments ergibt sich erst, wenn die neu eingeführten Tarife einbezogen

werden.¹⁶ Dies spricht dafür, dass es sich bei der Abkopplung um eine Folge der Separierung von Kollektiven mit unterschiedlichen Risiko- bzw. Kostenstrukturen handelt – mit der Einführung von Tarifen mit/für „unbelastete“ Risikogruppen einerseits und der „Vergreisung“ von älteren Tarifen andererseits.

Tabelle 4: Veränderung der durchschnittlichen Prämien für typische PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, Zeitraum 1998 bis 2007/2008

	1998 / 2007		1998 / 2008	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
günstigste Tarife	34 % (3,3 % p.a.)	25 % (2,5 % p.a.)	42 % (3,6 % p.a.)	25 % (2,3 % p.a.)
alle Tarife	54 % (5,0 % p.a.)	45 % (4,2 % p.a.)	62 % (4,9 % p.a.)	44 % (3,7 % p.a.)
teuerste Tarife	60 % (5,3 % p.a.)	54 % (4,9 % p.a.)	78 % (6,0 % p.a.)	60 % (4,8 % p.a.)

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: "günstigste Tarife" = Durchschnitt der drei niedrigsten Prämien, "teuerste Tarife" = Durchschnitt der drei höchsten Prämien. Wegen des Sondereffekts im Jahr 2008 wurde die Veränderung der Prämien zusätzlich gesondert für den Zeitraum 1998 bis 2007 ermittelt.

Gemäß der Statistik des PKV-Verbands betrug der Zuwachs der gesamten Beitragseinnahmen in der Krankheitskostenvollversicherung je Versicherten im Vergleichszeitraum (1998 bis 2008) etwa 48 % bzw. jahresdurchschnittlich 4 %. Die Zunahme der Ausgaben gemessen an den Versicherungsleistungen je Versicherten belief sich in der Krankheitskostenvollversicherung gemäß PKV-Statistik im Vergleichszeitraum geschätzt auf 46 % bzw. jahresdurchschnittlich auf 3,9 %. Damit zeigt sich, dass die Prämiensteigerungen der günstigsten Tarife vor allem bei Frauen, aber auch noch bei Männern unter den durchschnittlichen Ausgabensteigerungen in der PKV lagen. Die Durchschnittsprämie über alle Tarife erhöhte sich im Vergleichszeitraum dagegen stärker als die geschätzten Pro-Kopf-Ausgaben in der PKV. Da es sich bei den günstigsten Tarifen, wie zuvor festgestellt, um neuere Tarife handelt, stützt dieser Befund tendenziell die eingangs formulierte Hypothese eines mangelnden Bestandswettbewerbs.

¹⁶ So kommt der jeweils günstigste Tarif eines Jahres im Zeitraum 1998 bis 2008 bei den Männern von vier verschiedenen PKV-Unternehmen. Teilweise variiert der Anbieter des jeweils günstigsten Tarif nach Einstiegsalter.

Dies verdeutlicht auch eine nach Markteinführungszeitraum differenzierte Betrachtung der Tarife (Tabelle 5). Dabei gelten als neue Tarife diejenigen, die nach dem Jahr 1998 eingeführt wurden, als etablierte Tarife diejenigen mit Einführung im Zeitraum 1994 bis 1997 und als alte Tarife diejenigen, die vor dieser Zeit eingeführt wurden. Die Hypothese des mangelnden Bestandswettbewerbs stützt sich auf die Annahme, dass PKV-Unternehmen den Wettbewerb um Neuzugänge zu Lasten von Bestandsversicherten primär über Risikoentmischung betreiben, und zwar durch das Nebeneinander neuer, unbelasteter Tarife für i.d.R. gesunde Neuzugänge einerseits und "vergreisende" ältere Tarife andererseits.

Tabelle 5: Jahresdurchschnittliche Veränderung der mittleren Prämien für typische PKV-Tarife, Eintrittsalter 30-40, *Männer*

Einführungsjahr	1998 - 2007	1998 - 2008
neue Tarife (1998 - 2008)	3,3 %	3,8 %
etablierte Tarife (1994 - 1997)	5,6 %	5,7 %
alte Tarife (1971-1993)	5,8 %	5,6 %

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Für Männer zeigt sich – im Durchschnitt für die Eintrittsalter 30-40 Jahre –, dass die Prämien in den neuen Tarifen im Zeitraum 1998 bis 2007 mit jahresdurchschnittlich 3,3 % deutlich weniger stark angestiegen sind als die Prämien in den etablierten und den alten Tarifen. Bezieht man das Jahr 2008 und damit den o. g. Sondereffekt mit ein, fällt der Anstieg der Prämien in den neuen Tarife stärker aus, bleibt aber immer noch deutlich unter der Zunahme der älteren Tarife.

Abschließend wird die Veränderung der Prämienspanne betrachtet, also des Abstands zwischen dem Durchschnitt der drei höchsten und dem Durchschnitt der drei niedrigsten Prämien, differenziert nach Tarifen für Männer und für Frauen (Tabelle 6). Dabei wird unterschieden zwischen älteren Tarifen, die bis zum Jahr 1998 eingeführt wurden, und allen Tarifen inklusive der nach dem Jahr 1998 eingeführten. Erneut beziehen sich die Prämienangaben auf den Durchschnitt der Prämien für die typischen Eintrittsalter 30 bis 40 Jahre. Die Veränderung der Prämienspanne wird als Indikator für die Intensität des Preiswettbewerbs um Neuzugänge herangezogen.

Absolut betrachtet haben sich die Abstände zwischen den höchsten und den niedrigsten Prämien zwischen den Jahren 1998 und 2008 insgesamt deutlich erhöht. Die Erhöhung der Prämienspanne war aber für die Tarife insgesamt, also unter Einbezug der erst nach dem Jahr 1998 eingeführten, deutlich stärker also für die Teilgruppe der älteren Tarife: Vergleicht man die Jahre 1998 und 2008, so vergrößerte sich die Prämienspanne bei den Männer-

Tarifen insgesamt um fast 169 Euro, bei den älteren Tarifen dagegen nur um 67 Euro. Bei den Frauen-Tarifen war die Zunahme der Prämienspanne absolut betrachtet stärker als bei Männern, aufgrund des höheren Prämien-niveaus prozentual jedoch geringer.

Tabelle 6: Prämienspannen typischer PKV-Tarife, Durchschnitt für Eintrittsalter 30-40, in Euro

Tarifeinführung	Männer		Frauen	
	1971 - 1998	1971 - 2008	1971 - 1998	1971 - 2008
1998	127,01	140,21	137,29	158,35
1999	118,81	140,20	126,05	139,24
2000	118,29	141,15	127,53	154,49
2001	128,03	154,67	138,71	165,99
2002	140,33	166,67	138,26	182,57
2003	144,92	180,29	154,04	207,83
2004	160,08	235,26	174,52	264,28
2005	171,00	255,83	182,70	283,44
2006	168,97	248,91	194,77	274,38
2007	182,76	265,68	210,81	315,94
2008	194,06	308,95	214,45	338,80
2008-1998	67,05	168,74	77,16	180,45
2008/1998	53 %	120 %	56 %	114 %

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: Prämienspanne = Abstand zwischen dem Durchschnitt der drei höchsten und dem Durchschnitt der drei niedrigsten Prämien.

Auch relativ betrachtet zeigt sich eine deutliche Zunahme der Prämienspannen im Betrachtungszeitraum. Die Quoten aus der niedrigsten Prämie im Verhältnis zur höchsten Prämie – bzw. aus dem Durchschnitt der niedrigsten drei Prämien zum Durchschnitt der höchsten drei Prämien – lagen im Jahr 2008 sowohl bei Männer-Tarifen als auch bei Frauen-Tarifen deutlich niedriger als noch im Jahr 1998 (Tabelle 7). Das bedeutet, dass im Jahr 1998 die niedrigsten Prämien noch wesentlich dichter an den höchsten Prämien lagen als zehn Jahre später.

Tabelle 7: Prämienspannen typischer PKV-Tarife, Durchschnitt für Eintrittsalter 30-40, Quoten aus niedrigsten und höchsten Prämien in %

	Männer		Frauen	
	Verhältnis 1	Verhältnis 2	Verhältnis 1	Verhältnis 2
1998	50,3 %	53,6 %	60,0 %	61,3 %
2008	36,6 %	42,7 %	44,2 %	48,1 %
Veränderung (in Prozentpunkten)	-13,7	-10,9	-15,8	-13,2

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: Verhältnis 1: niedrigste Prämie in % der höchsten Prämie;
Verhältnis 2: Durchschnitt der niedrigsten drei Prämien in % des Durchschnitts der höchsten drei Prämien.

4.4 Prämienveränderungen in Abhängigkeit vom Prämienniveau und vom Marktalter der Tarife

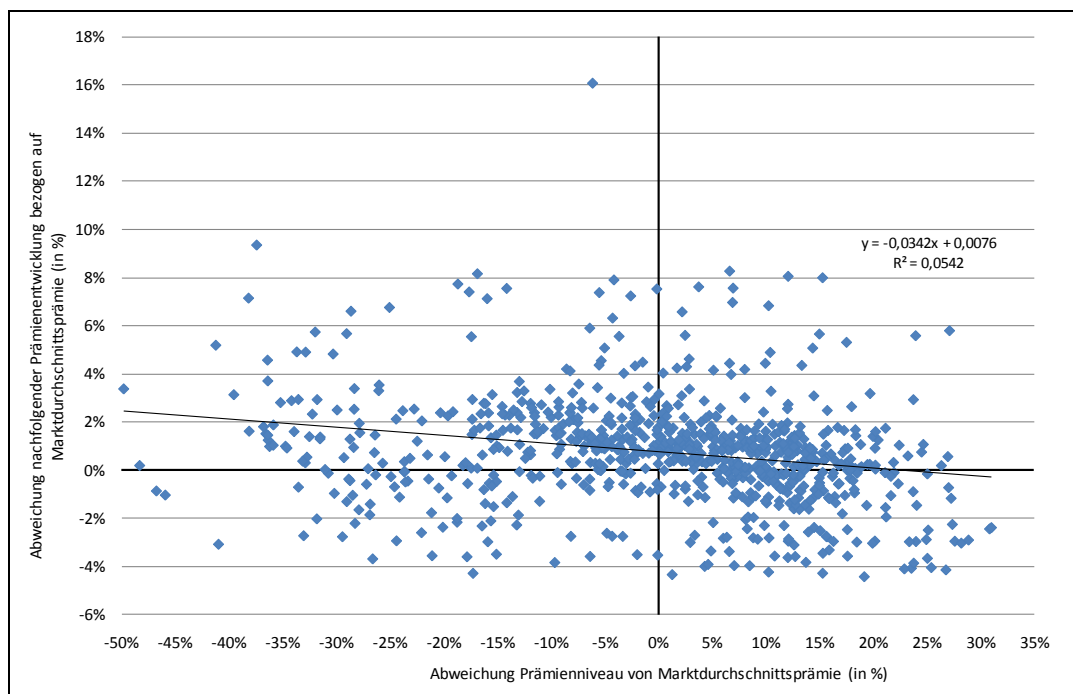
Im Mittelpunkt dieses Analyseabschnitts steht die Frage, ob und welche Zusammenhänge zwischen der relativen Prämienhöhe eines Tarifs in einem Jahr einerseits und der Veränderung der Prämienhöhe in den Folgejahren bestehen. Entscheidendes Differenzierungsmerkmal hierfür ist das "Marktalter" des Tarifs bzw. sein Einführungszeitpunkt. Gemäß der Hypothese des mangelnden Bestandswettbewerbs sind neu auf dem Markt angebotene Tarife tendenziell "unterkalkuliert" in dem Sinne, dass sie auf einer – vorübergehend – überdurchschnittlich günstigen Risikostruktur aufbauen, die wiederum aus einer effektiven Separierung von typischerweise jüngeren bzw. gesünderen Neuversicherten resultiert. Die Kehrseite einer solchen Praxis sind die "vergreisenden" älteren Tarife. Aus der Hypothese des mangelnden Bestandswettbewerbs lassen sich demnach zwei Vermutungen ableiten, die im Folgenden auf empirischer Basis geprüft werden sollen:

- Insoweit ein relativ niedriges Prämienniveau für Neuzugänge in einem Tarif aus einer Strategie der "Vergreisung" anderer Tarife resultiert, ist der Prämienvorteil nicht auf Dauer zu halten. Unter diesen Umständen ist zu erwarten, dass die Prämiensteigerungen in den Folgejahren um so stärker ausfallen, je niedriger das relative Prämienniveau eines Tarifs war.
- Der Eintritt in ältere Tarife mit einem "vergreisten" Bestand verteuert sich überdurchschnittlich stark, weil in diesen Tarifen das Kopfschadenniveau wegen ausbleibender Neuzugänge überproportional steigt.

Die folgenden Auswertungen beziehen sich für alle Tarife jeweils auf die Durchschnitte der Prämien für Neuzugänge der Eintrittsalter 30 bis 40. Als Vergleichsmaßstab wird ein Marktdurchschnitt als Mittelwert dieser Durchschnittsprämien der einzelnen Tarife herangezogen. Die Veränderung der marktdurchschnittlichen Prämie im Beobachtungszeitraum 1998 bis 2008 bildet die Referenzgröße zur Bestimmung der relativen Prämienveränderungen der einzelnen Tarife.

Zunächst werden sämtliche Kombinationen von relativem Prämienniveau und relativer Prämienveränderung, jeweils definiert als Abweichungen vom Marktdurchschnitt, aus allen Jahren des Beobachtungszeitraums und von allen Tarifen betrachtet. Insgesamt handelt es sich dabei um 820 Beobachtungen (je Geschlecht). Über alle Kombinationen, die sich aus den Männer-Tarifen ergeben (Abbildung 16), zeigt sich ein schwacher, aber signifikanter negativer Zusammenhang. Das heißt: Je niedriger die Prämie relativ zum Marktdurchschnitt war, desto höher war der Prämienanstieg in den Folgejahren. Der Erklärungsgehalt des ermittelten Zusammenhangs ist jedoch gering (das Bestimmtheitsmaß liegt bei nur knapp über 5 %).

Abbildung 16: Beobachtete Kombinationen von Prämienniveau und nachfolgender Prämienentwicklung, jeweils prozentuale Abweichung bezogen auf die marktdurchschnittliche Prämie (Männer), 1998-2008



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Die Betrachtung ist zudem wenig aussagekräftig, weil die einzelnen beobachteten Kombinationen aus Prämienniveau und -veränderung nicht ihren

jeweiligen Tarifen zugeordnet wurden. Der festgestellte Zusammenhang kann auf dieser Basis nicht als Ausdruck einer "Tarifpolitik" der PKV-Unternehmen gedeutet werden und hat somit keine Bedeutung für die Frage, mit welcher Prämienentwicklung potenzielle Neukunden im Hinblick auf die am Markt angebotenen Tarife konfrontiert sind.

In einem weiteren Analyseschritt ist daher zu prüfen, ob und wie stark sich der festgestellte inverse Zusammenhang auch auf Ebene der einzelnen Tarife zeigt. Zu diesem Zweck wurde eine Panelanalyse durchgeführt. Das Panel wurde gebildet aus den einzelnen Tarifen mit jeweils allen verfügbaren Beobachtungen für den Zeitraum 1998 bis 2008, d. h. (je nach Einführungszeitpunkt des Tarifs) maximal zehn Beobachtungen für Kombinationen aus Prämienniveau und jahresdurchschnittlichem Prämienzuwachs in den Folgejahren. Um neuere Tarife, die nach dem Jahr 1998 eingeführt wurden und somit weniger als zehn Beobachtungen aufweisen, in die Analyse einbeziehen zu können, werden die Prämienveränderungen der einzelnen Tarife als jahresdurchschnittliche Zuwachsraten über den jeweils nachfolgenden Zeitraum bis 2008 gemessen. Für die Prämienniveaus und Prämienveränderungen der einzelnen Tarifen in allen Jahren des Beobachtungszeitraums wurden jeweils die Abweichungen zu den marktdurchschnittlichen Referenzwerten bestimmt. Insgesamt umfasst das Panel 101 Tarife mit 820 Beobachtungen, jeweils für Männer und Frauen.

Die Ergebnisse der Panelanalyse (Tabelle 8) lassen den negativen Zusammenhang zwischen relativem Prämienniveau und relativer Prämienveränderung in den Folgejahren klarer hervortreten als die Regressionsanalyse über dieselben Beobachtungen ohne Tarifzuordnung: Der negative Koeffizient, der die Stärke des Zusammenhangs wiedergibt, ist mit etwa $-0,20$ bei beiden Geschlechtern deutlich höher (Regression: $-0,03$). Auch der Erklärungsgehalt (Bestimmtheitsmaß) liegt wesentlich höher.

Tabelle 8: Ergebnisse der Panelanalyse zum Zusammenhang von Prämienniveau und Prämienentwicklung, 1998-2008

	Prämienentwicklung Tarife Männer	Prämienentwicklung Tarife Frauen
Koeffizient "Abweichung vom durchschnittlichen Prämienniveau"	-0,194*** (0.0108)	-0,202*** (0.0127)
Konstante	0,758*** (0.0477)	0,546*** (0.0404)
Bestimmtheitsmaß (R^2)	0,339	0,359
Zahl der Beobachtungen	820	820
Zahl der Tarife	101	101

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: *** = signifikant auf 1 %-Niveau

Nach den Ergebnissen der Panelanalyse ist im Durchschnitt zu erwarten, dass je Prozentpunkt, den die Prämie eines Tarifs in einem Jahr gegenüber dem Marktdurchschnitt steigt, sich die Abweichung der Prämienveränderung von der marktdurchschnittlichen Veränderungsrate in den Folgejahren um etwa 0,2 Prozentpunkte verringert. Mit diesem Zusammenhang lässt sich etwas mehr als ein Drittel der realen Beobachtungen erklären.

Der Zusammenhang gilt für jeden einzelnen Tarif. Allerdings erlauben die Ergebnisse der Panelanalyse keine Aussage über das Verhältnis zwischen den einzelnen Tarifen. Das heißt, es ist damit nicht geklärt, ob dieser inverse Zusammenhang auch über alle Tarife insgesamt gilt. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Panelanalyse lässt sich nicht ausschließen, dass für den Gesamtmarkt ein positiver Zusammenhang gilt. Ein solcher positiver Zusammenhang für den Gesamtmarkt käme beispielsweise in dem (Extrem-) Fall zustande, wenn alle Tarife mit überdurchschnittlichem Prämienniveau auch überdurchschnittlich hohe Zuwachsraten hätten, alle Tarife mit unterdurchschnittlichem Prämienniveau dagegen auch nur unterdurchschnittlich hohe Zuwachsraten – unabhängig davon, dass für jeden einzelnen Tarif ein inverser Zusammenhang gilt.¹⁷

Die Marktverhältnisse lassen sich wieder mit einer deskriptiven Analyse prüfen. Zu diesem Zweck wurden (ausgehend von Abbildung 16) alle Beobachtungen, die zu demselben Tarif gehören, zu einem Datenpunkt zusammengefasst. Dieser Datenpunkt repräsentiert den Prämiendurchschnitt

¹⁷ Die Panelanalyse ermittelt sozusagen den durchschnittlichen Zusammenhang bereinigt um die unterschiedlichen Niveaus der einzelnen Tarife.

und die jahresdurchschnittliche Prämienveränderung eines Tarifs über den gesamten Beobachtungszeitraum (1998-2008), wobei je nach Zeitpunkt der Markteinführung unterschiedlich viele Werte in die Durchschnittsbildung einfließen können.

Die deskriptive Analyse orientiert sich maßgeblich an der Position der Datenpunkte bzw. Tarife in den vier Quadranten des Koordinatensystems: gemessen am Marktdurchschnitt

- Quadrant I ("Nordosten"): überdurchschnittliches Prämienniveau und überdurchschnittliche Prämiensteigerungen
- Quadrant II ("Nordwesten"): unterdurchschnittliches Prämienniveau und überdurchschnittliche Prämiensteigerungen
- Quadrant III ("Südwesten"): unterdurchschnittliches Prämienniveau und unterdurchschnittliche Prämiensteigerungen
- Quadrant IV ("Südosten"): überdurchschnittliches Prämienniveau und unterdurchschnittliche Prämiensteigerungen

Mit der deskriptiven Analyse sollen im Wesentlichen zwei Aspekte geprüft werden:

- Es soll festgestellt werden, zu welchen Anteilen sich die Tarife (Datenpunkte) in den einzelnen Quadranten befinden. Gemäß der Hypothese eines mangelnden Bestandswettbewerbs müssten sich die größeren Anteile im Quadranten II (Nordwesten) und im Quadranten IV (Südosten) befinden. In diesem Fall würde der Zusammenhang, der mit der Panelanalyse auf Einzeltarifebene ermittelt wurde, auch für den Gesamtmarkt gelten, d. h., dass bei Tarifen mit unterdurchschnittlichem Prämienniveau die Prämien in den Folgejahren überdurchschnittlich stark steigen und umgekehrt.
- Es wird geprüft, ob sich unterschiedliche Verteilungen der Tarife auf die Quadranten ergeben, wenn man nach Alter der Tarife (Einführungsjahr) differenziert. Gemäß der zugrunde liegenden Hypothese müssten sich neuere Tarife mehrheitlich im Quadranten II (Nordwesten) befinden, d. h. bei unterdurchschnittlichem Prämienniveau mit überdurchschnittlich hohen Prämiensteigerungen in den Folgejahren. Ältere Tarife würden sich dagegen mehrheitlich im Quadranten IV (Südosten) befinden: Da sie bereits ein überdurchschnittliches Prämienniveau erreicht haben, fallen die nachfolgenden Steigerungen geringer aus. Allerdings wirken bei beiden auch gegenläufige Effekte: Jüngere Tarife können eine Zeitlang auf einem niedrigen Prämienniveau gehalten werden, wenn sich die Risikostruktur des Bestands erst nach mehreren Jahren spürbar "verschlechtert". Ältere Tarife können sich als Folge einer "Vergreisung" – trotz eines über den

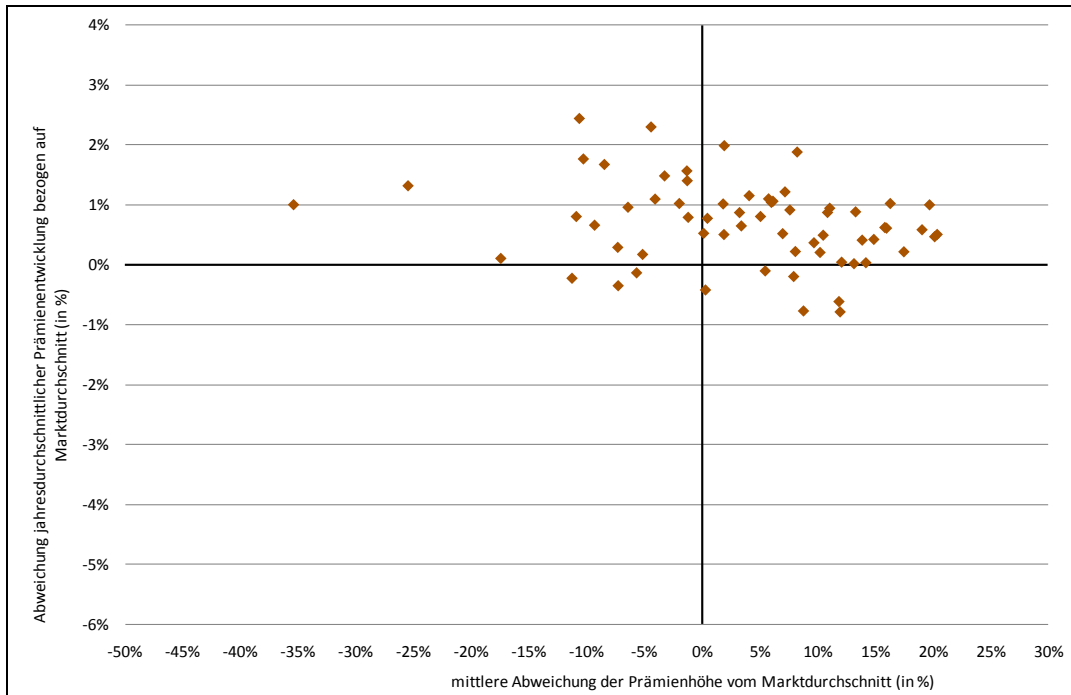
Gesamtzeitraum (bereits) überdurchschnittlichen Prämienniveaus – überdurchschnittlich stark verteuern.

Die folgenden Darstellungen zeigen die Verteilung der ausgewerteten Tarife auf die vier Quadranten, differenziert nach Marktalter der Tarife. Dabei werden drei Tarifgruppen unterschieden: "alte" Tarife, die vor dem Jahr 1996 eingeführt wurden, "mittelalte" Tarife, die im Zeitraum 1996 bis 2002 eingeführt wurden, und "junge" Tarife, die erstmalig nach dem Jahr 2002 am Markt angeboten wurden.

Für männliche Zugänge hatte der größere Anteil der „alten“ Tarife über den gesamten Beobachtungszeitraum betrachtet ein überdurchschnittliches Prämienniveau (Abbildung 17). Trotzdem – und entgegen dem auf Einzeltarifebene festgestellten inversen Zusammenhang – stiegen auch in diesen Tarifen die Prämien für Neueintritte mehrheitlich überdurchschnittlich stark. Für die „alten“ Tarife mit einem insgesamt unterdurchschnittlichem Prämienniveau lagen die Prämienzuwächse ganz überwiegend und anteilmäßig stärker oberhalb des Marktdurchschnitts. Die Verteilung der Tarif-Datenpunkte im Vier-Quadranten-Feld entspricht bezogen auf die Ausrichtung ungefähr der Erwartung (von „Nordwest“ nach „Südost“), also in der Tendenz: je höher das relative Prämienniveau, desto geringer die relativen Prämiensteigerungen über den Gesamtzeitraum. Im Vergleich zum hypothetischen Muster einer Verteilung von Quadrant II zu Quadrant IV wirkt die tatsächliche Datenpunktwolke aber im Niveau wie nach oben verschoben. Ein mögliche Erklärung hierfür ist, dass sich die Kostenniveaus in den schon länger auf dem Markt befindlichen Tarifen, etwa infolge ausbleibender Zugänge von guten Risiken („Vergreisung“), relativ stark erhöht haben, so dass auch für die Tarife mit bereits überdurchschnittlichem Prämienniveau die Steigerungen überproportional hoch waren.

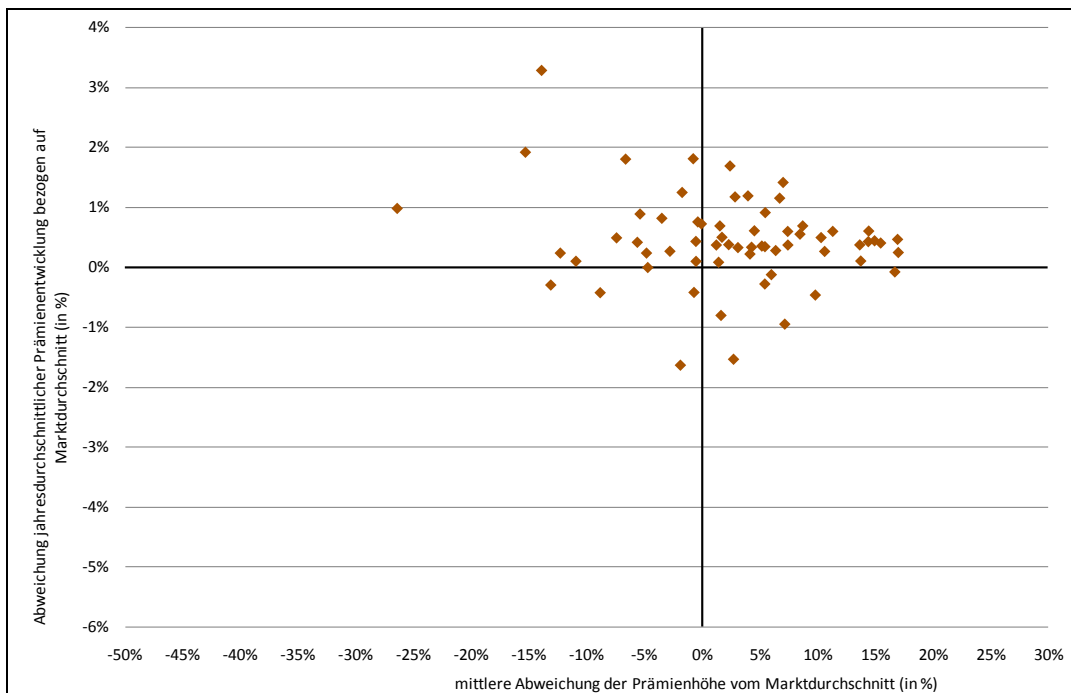
Für die Prämien, zu denen die „alten“ Tarife im Beobachtungszeitraum weiblichen Neuzugängen angeboten wurden, ergibt sich eine sehr ähnliche Verteilung (Abbildung 18).

Abbildung 17: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „alte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, *Männer*



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

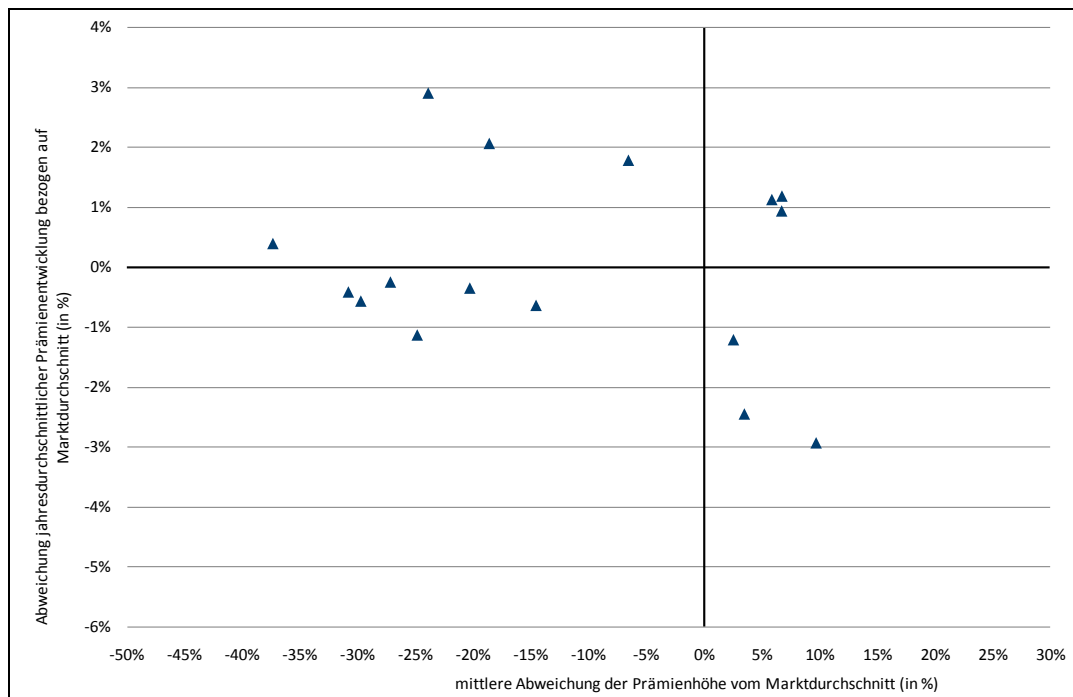
Abbildung 18: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „alte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, *Frauen*



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

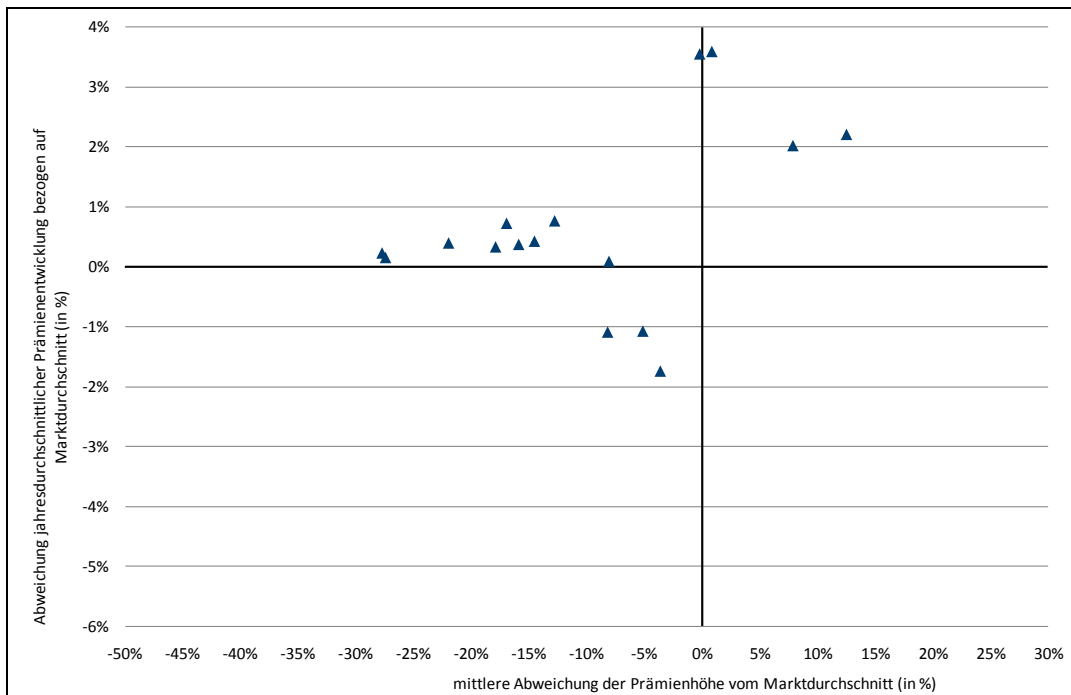
Für die „mittelalten“ Tarife mit Markteinführung im Zeitraum 1996 bis 2002 zeigt sich über den gesamten Beobachtungszeitraum – sowohl für Männer als auch für Frauen – mehrheitlich ein unterdurchschnittliches Prämienniveau (Abbildung 19 und Abbildung 20). Erneut entspricht die Verteilung der Tarife in der Tendenz der erwarteten Ausrichtung: Die Prämiensteigerungen fielen im Mittel um so höher aus, je geringer das Prämienniveau (Richtung von „Nordwest“ nach „Südost“). Aber auch hier stimmt die Aufteilung zwischen über- und unterdurchschnittlichen Bereichen für die Prämienveränderungen nicht mit derjenigen für die Prämienniveaus überein. Darüber hinaus fällt die breitere Streuung der Verteilung der „mittelalten“ Tarife im Vergleich zu den „alten“ Tarifen bei den Männern auf.

Abbildung 19: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „mittelalte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, *Männer*



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Abbildung 20: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „mittel-alte“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, *Frauen*

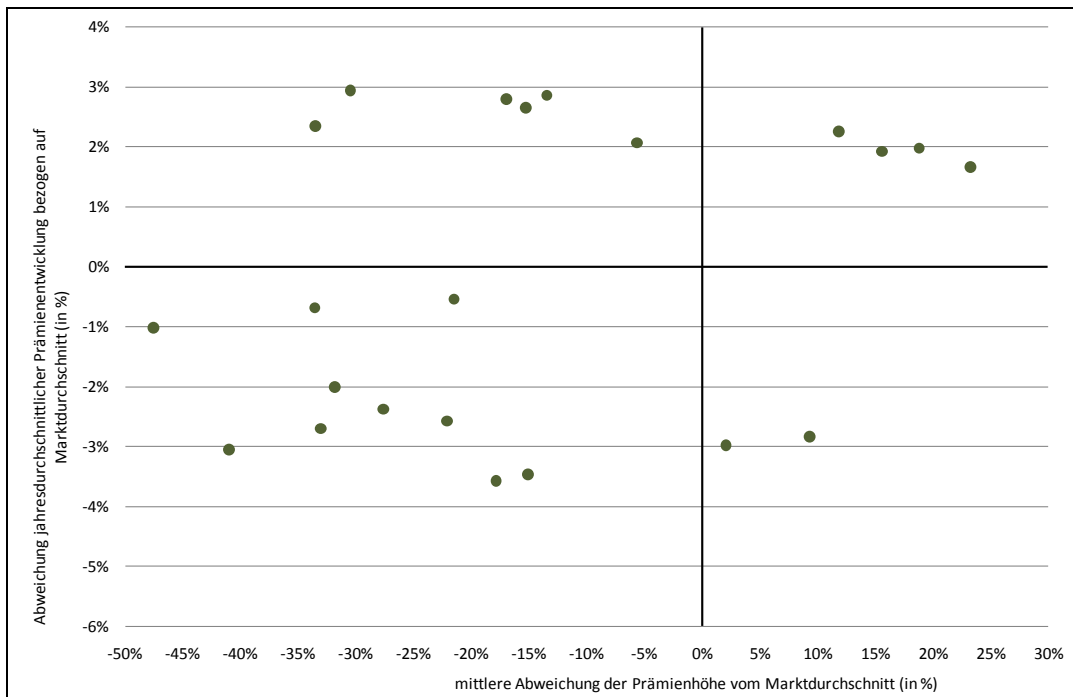


Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Die Verteilungen der „jungen“ Tarife mit Markteinführung nach 2002 zeigen für beide Geschlechter die stärksten Streuungen und deuten für diese Tarifgruppe auf eine vergleichsweise hohe Marktdynamik hin (Abbildung 21 und Abbildung 22). Die „jungen“ Tarife lagen mit ihren mittleren Prämienniveaus über den Beobachtungszeitraum fast alle unterhalb des Marktdurchschnitts und verzeichneten mehrheitlich auch ein unterdurchschnittliches mittleres Prämienwachstum. Bei den jeweils vier Tarifen, die ein deutlich überdurchschnittliches Prämienniveau und überdurchschnittliche Prämiensteigerungen hatten, handelt es sich Tarife desselben Unternehmens, die – innerhalb des als PKV-typisch definierten Leistungsumfangs – überdurchschnittlich hohe Leistungen umfassen.¹⁸ Die überwiegend für die „jungen“ Tarife feststellbare Kombination von unterdurchschnittlichem Prämienniveau und unterdurchschnittlichen Prämiensteigerungen lässt sich im Sinne der zugrunde liegenden Hypothese so deuten, dass es bei neuen Tarifen in den ersten Jahren gelingt, dort nur „gute Risiken“ zu sammeln und damit die Zunahme des Kostenniveaus im Tarif unter dem Marktdurchschnitt zu halten.

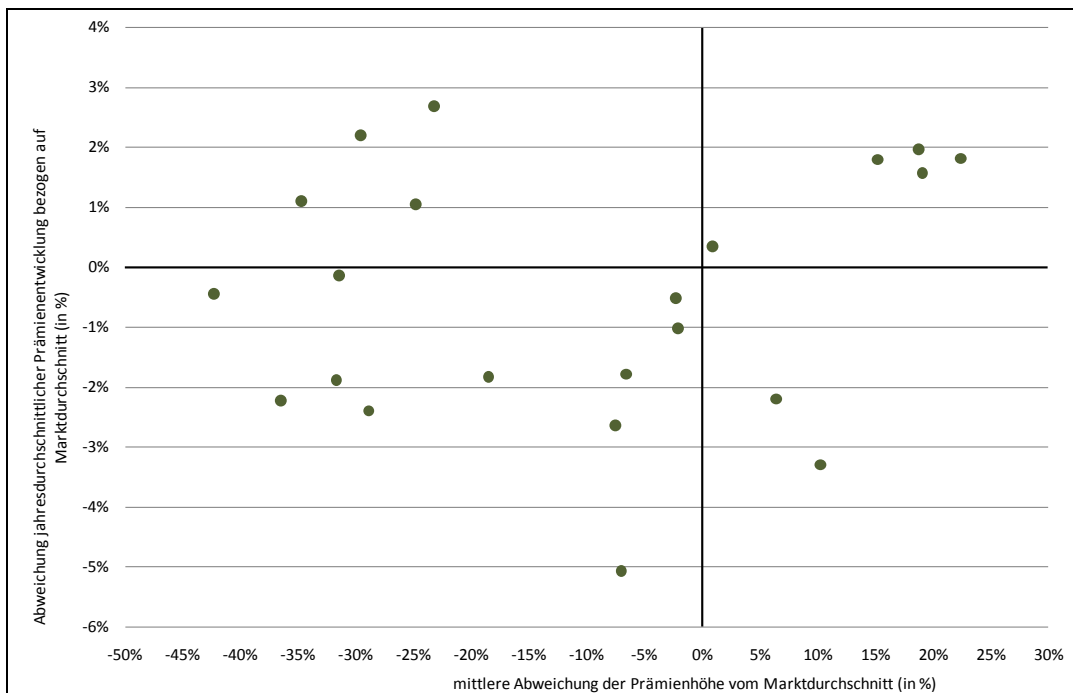
¹⁸ Hierzu zählt ein geringer Selbstbehalt und eine 100 %ige Erstattung von Psychotherapie-Aufwendungen.

Abbildung 21: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „junge“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, *Männer*



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Abbildung 22: Verhältnis von Prämienniveau und Prämienveränderung für „junge“ Tarife, Durchschnitte 1998-2008, *Frauen*



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Ergänzend zu der vorangegangenen Betrachtung der relativen „Niveaus“ von Prämienhöhe und Prämienzuwachs differenziert nach Markalter der Tarife wurde die Panelanalyse noch einmal, nun aber ebenfalls differenziert nach Tarifalter durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen für die Männer-Tarife (Tabelle 9):

- Für die „jungen“ Tarife, die fast alle (mit Ausnahme der vier "leistungsstärkeren" Tarife) mit ihrem Prämienniveau unterhalb des Marktdurchschnitts lagen, war der negative Zusammenhang über den Beobachtungszeitraum am stärksten ausgeprägt (Koeffizient: -0,220), d. h., bei diesen Tarifen verursacht jeder Prozentpunkt, den sich das Prämienniveau relativ zum Marktdurchschnitt verringert, die stärkste Erhöhung der Abweichung von der marktdurchschnittlichen Prämienveränderung. Bei dieser Betrachtung der Stärke des Zusammenhangs bleibt wiederum das Niveau bzw. das Verhältnis zum Marktdurchschnitt unberücksichtigt.¹⁹ Allerdings gilt bei den „jungen“ Tarife für den ermittelten Zusammenhang ein geringeres Signifikanzniveau.
- Für die „mittelalten“ Tarife ist der negative Zusammenhang zwischen relativem Prämienniveau und nachfolgenden durchschnittlichen Prämiensteigerungen schwächer (Koeffizient: -0,143).
- Für die „alten“ Tarife ist der inverse Zusammenhang zwischen relativem Prämienniveau und nachfolgenden durchschnittlichen Prämiensteigerungen wieder stärker ausgeprägt (Koeffizient: -0,207).

¹⁹ Der Zusammenhang kann also sowohl bedeuten, dass durch eine zusätzliche Abweichung vom marktdurchschnittlichen Prämienniveau die nachfolgende Prämienveränderung weniger stark unter dem Marktdurchschnitt liegt, als auch, dass sie stärker über dem Marktdurchschnitt liegt.

Tabelle 9: Ergebnisse der Panelanalyse zum Zusammenhang von Prämienniveau und Prämienentwicklung (1998-2008), nach Alter der Tarife, *Männer*

	Prämienentwicklung "alte" Tarife (< 1996)	Prämienentwicklung "mittelalte" Tarife (1996-2002)	Prämienentwicklung "junge" Tarife (> 2002)
Koeffizient "Abweichung vom durchschnittlichen Prämienniveau"	-0,207*** (0,0116)	-0,143*** (0,0252)	-0,220** (0,0840)
Konstante	1,453*** (0,0654)	-1,239*** (0,0355)	-0,544 (0,752)
Bestimmtheitsmaß (R ²)	0,396	0,202	0,161
Zahl der Beobachtungen	630	131	59
Zahl der Tarife	63	16	22

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: *** = signifikant auf 1 %-Niveau, ** = signifikant auf 5 %-Niveau

Bei den Tarifen für Frauen nimmt hingegen die Stärke des negativen Zusammenhangs zwischen relativem Prämienniveau und nachfolgenden durchschnittlichen Prämiensteigerungen vergleichsweise kontinuierlich mit dem Marktalter der Tarife ab (Tabelle 10).

Tabelle 10: Ergebnisse der Panelanalyse zum Zusammenhang von Prämienniveau und Prämienentwicklung (1998-2008), nach Alter der Tarife, *Frauen*

	Prämienentwicklung "alte" Tarife (< 1996)	Prämienentwicklung "mittelalte" Tarife (1996-2002)	Prämienentwicklung "junge" Tarife (> 2002)
Koeffizient "Abweichung vom durchschnittlichen Prämienniveau"	-0,194*** (0,0146)	-0,213*** (0,0269)	-0,278*** (0,0919)
Konstante	1,039*** (0,0559)	-1,537*** (0,287)	-0,949* (0,548)
Bestimmtheitsmaß (R ²)	0,340	0,463	0,271
Zahl der Beobachtungen	630	131	59
Zahl der Tarife	63	16	22

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: *** = signifikant auf 1 %-Niveau, ** = signifikant auf 5 %-Niveau

Die Ergebnisse der nach Marktalter der Tarife differenzierten Panelanalyse legen nahe, dass sich bei vergleichbarer relativer Absenkung des Prämienniveaus der Bedarf an nachfolgenden Prämienanpassungen in jüngeren Tarifen stärker erhöht als in ältere Tarifen. Umgekehrt sinkt auch bei gleicher relativer Prämienerrhöhung der Bedarf an nachfolgenden Prämienanpassungen in jüngeren Tarifen stärker. Dies gilt insbesondere für die Frauen-Tarife, bei den Männern vor allem im Vergleich der "jungen" zu den "mittelalten" Tarifen. Auch diese empirischen Ergebnisse sprechen für die Hypothese, dass jüngere Tarife tendenziell unterkalkuliert sind.

Insgesamt zeigen die Auswertungen der Tarifdaten von Morgen & Morgen relativ deutlich einen inversen Zusammenhang zwischen dem Prämienniveau und den nachfolgenden Prämiensteigerungen. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass „günstige Tarife“ in der Regel nicht auf Dauer günstig bleiben können, sondern sich mittel- bis längerfristig durch überdurchschnittliche Prämienzuwächse dem höheren Niveau der älteren Tarife annähern.²⁰ Das bedeutet, dass sich relativ günstige Tarife ihren preislichen Wettbewerbsvorteil vor allem durch eine andere intertemporale Verteilung der Prämienbelastungen für die Versicherten erzielen. Die festgestellten Zusammenhänge können somit als Hinweis darauf gelten, dass günstige Tarife tendenziell unterkalkuliert sind. Die Auswertungen zeigen weiterhin, dass es sich bei den günstigen Tarifen mit unterdurchschnittlichem Prämienniveau mehrheitlich um jüngere Tarife mit entsprechend späterer Markteinführung handelt, mit denen PKV-Unternehmen typischerweise Neukunden gewinnen möchten.

Für ältere Tarife zeigen die Auswertungen, dass sie trotz eines bereits häufig überdurchschnittlichen Prämienniveaus mehrheitlich überdurchschnittlich starke Prämiensteigerungen für Neueintritte hatten. Dies lässt darauf schließen, dass das Kopfschadenniveau in diesen Tarifen ebenfalls überdurchschnittlich stark gestiegen ist. Eine Erklärung hierfür ist die „Vergreisung“ solcher Tarife durch ausbleibende Neuzugänge „guter Risiken“. Insofern stützen auch die empirischen Ergebnisse die Hypothese eines mangelnden Bestandswettbewerbs, denn ansonsten wäre eine „Vergreisung“ von Tarifen kaum möglich.

²⁰ Trotz über mehrere Jahre überdurchschnittliche Prämiensteigerungen können Tarife dennoch einige Zeit ein unterdurchschnittliches Prämienniveau haben.

4.5 Schwankungen im Ausmaß der Prämienanpassungen

Neben der Stärke der Prämiensteigerungen in Abhängigkeit vom Prämienniveau und vom Marktalter der Tarife ist aus Sicht der Versicherungsnehmer vor allem auch relevant, wie stark das Ausmaß der Prämienanpassungen im Zeitverlauf variiert. Das Nachholen versäumter Prämienanpassungen, etwa infolge „unterkalkulierter“ Einstiegsprämien in Neutarifen, kann zu sprunghaften Prämiensteigerungen führen. Gemessen an der Grundfunktion von Versicherungen mindern weniger Prämienanhebungen als solche die Effizienz der Versicherung, sondern primär die Unvorhersehbarkeit von Zeitpunkt und/oder Ausmaß der Anhebungen. Unvorhersehbare und über die Zeit stark schwankende Veränderungsraten der Prämien stehen im Widerspruch zum originären Versicherungszweck, risikobehaftete Einkommensschwankungen gegen planbare Einkommensveränderungen einzutauschen.

Vor diesem Hintergrund wurde für alle Tarife die Standardabweichung ihrer jährlichen Prämienveränderungen berechnet. Für die nach unterschiedlichem Marktalter gebildeten Tarifgruppen wurden – getrennt für Männer und Frauen – durchschnittliche Standardabweichungen ermittelt (Tabelle 11). Demnach ist die durchschnittliche Standardabweichung für die „mittelalten“ Tarife (Einführung zwischen 1996 und 2002) am höchsten und deutlich über dem Durchschnitt für alle betrachteten Tarife („vor 2007“). Die durchschnittlichen Standardabweichungen für die „alten“ und für die „jungen“ Tarife sind dagegen in etwa gleich. Die durchschnittlichen Standardabweichungen der jährlichen Prämienveränderungen sind bei den Tarifen für Frauen stets geringer als diejenigen für Männer.

Tabelle 11: Durchschnittliche Standardabweichung der jährlichen Prämienveränderung nach Alter der Tarife, 1998-2008, in %

Einführung des Tarifs	Männer	Frauen
vor 2007	5,02	4,95
vor 1996	4,64	4,63
zwischen 1996 und 2002	6,40	6,26
zwischen 2003 und 2006	4,82	4,63

Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: Tarife aus dem Einführungsjahr 2007 wurden nicht berücksichtigt, da bei nur einer Beobachtung die Standardabweichung automatisch 0 ist.

Eine mögliche Interpretation dieser Ergebnisse ist, dass es in neuen Tarifen in den ersten Jahren häufiger gelingt, dort nur „gute Risiken“ zu sammeln und entsprechend Prämienanpassungen anfänglich in einem engen Rahmen

zu halten. Die Prämien in diesen Tarifen sind aber insofern „unterkalkuliert“, dass keine kalkulatorische Vorsorge gegen eine mittel- bis längerfristig unvermeidbare Verschlechterung der Risikostruktur getroffen wurde. Erreichen die Tarife nun ein „mittleres“ Alter, müssen Prämienanpassungen teilweise in einem „sprunghaften“ Ausmaß nachgeholt werden. Dies findet dann in einer höheren durchschnittlichen Standardabweichung seinen Niederschlag.²¹ In späteren Phasen, wenn die Prämien bei „alten“ Tarifen mehrheitlich überdurchschnittliche Niveaus erreicht haben, steigen die Prämien zwar mehrheitlich mit überdurchschnittlichen Raten, aber die Veränderung dieser Raten ist wieder weniger stark ausgeprägt.

Einen eindeutigen Beleg hierfür können die obigen Ergebnisse allerdings nicht liefern: Zwar ist die Unterscheidung nach Marktalter der Tarife möglich, allerdings ist der Beobachtungszeitraum (1998 bis 2008) zu kurz, um feststellen zu können, inwieweit etwa die durchschnittlichen Standardabweichungen der „alten“ und „mittelalten“ Tarife in deren ersten Marktjahren von der hier ermittelten abweichen. Zudem wurde nicht geprüft, ob es externe Ereignisse im Beobachtungszeitraum gab, die allgemein zu (sprunghaften) Prämienanpassungen geführt haben (z. B. infolge von Rechtsänderungen). Die obigen Ergebnisse wären verzerrt, wenn solche Einflüsse für ein Jahr festzustellen wären, in dem die "jungen" Tarife noch gar nicht auf dem Markt waren.

4.6 Produktwettbewerb

Die vorige Analyse konzentrierte sich auf Tarife, die einen PKV-typischen Leistungsumfang umfassen (gemäß der Abgrenzung, die in Kapitel 4.2 beschrieben wurde). Um die Prämienentwicklungen der einzelnen Tarife adäquat vergleichen zu können, muss gewährleistet sein, dass sich die Tarife in ihrem Leistungsumfang annähernd ähnlich sind. Der Wettbewerb auf der Nachfrageseite beschränkt sich allerdings nicht nur auf den Preiswettbewerb. Auch über Produktdifferenzierung versuchen die PKV-Unternehmen, Wettbewerbsvorteile auf dem Versicherungsmarkt zu erzielen. Um Erkenntnisse über diese Dimension des Wettbewerbs zu erhalten, wurde die Tarifdatenbank der Firma Morgen & Morgen zusätzlich nach systematischen Veränderungen in der Leistungsgestaltung der PKV-Unternehmen im untersuchten Zeitraum (1998-2008) ausgewertet.

²¹ Damit ist jedoch keine Aussage über die relative Höhe der Prämiensteigerung im Verhältnis zum Marktdurchschnitt getroffen.

Eine Analyse der Leistungszusagen der nach dem Jahr 1998 eingeführten Tarife zeigt, dass die Gestaltung des Leistungsumfangs von neu auf dem Markt eingeführten Tarifen keinem allgemeinen Trend unterlag. Die durch neue, teilweise innovative Tarifangebote zu beobachtende Produktdifferenzierung umfasste sowohl Leistungserweiterungen als auch Einschränkungen sowie zusätzliche Wahlmöglichkeiten der Versicherungsnehmer, den Leistungsumfang ihres Krankenversicherungsschutzes nach individuellen Präferenzen zu bestimmen.

Typische Leistungserweiterungen, die mit Einführung von Tarifen seit dem Jahr 1998 vorgenommen wurden, waren:

- zeitliche Ausdehnung des Versicherungsschutzes für längere Aufenthalte / Reisen im außereuropäischen Ausland;
- Assistenzleistungen im Krankheitsfall (z. B. Benennung von Ärzten bzw. Kooperationspartnern der Versicherers, Organisationen von Transporten oder Terminen, Einholen von Zweitmeinungen usw.);
- Einführung und Erhöhung der Zusagen für Beitragsrückerstattung für leistungsfreie Zeiten, teilweise als in den Versicherungsbedingungen zugesagte garantierte Ausschüttung;
- konkrete Benennung von bestimmten medizinischen Leistungen in den Versicherungsbedingungen, auf die ein Erstattungsanspruch besteht;
- Erweiterungen des Hilfsmittelkatalogs mit Erstattungsansprüchen;
- Aufnahme neuer Berufsgruppen wie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in den durch die Versicherungsbedingungen definierten Erstattungsanspruch;
- Erweiterung des Leistungskatalogs um alternative Behandlungsmethoden und bestimmte Vorsorgeuntersuchungen;
- automatische Mitversicherung neuer Impfungen (gemäß Impfkatalog der STIKO);
- Aufhebung von Kilometerbegrenzungen bei stationären Transporten;
- häufigere Abdeckung von Auslandsrücktransporten und Überführungskosten.

Nicht alle der aufgezählten Leistungsausweitungen wurden in den Versicherungsbedingungen vertraglich zugesichert, so machen beispielsweise viele Unternehmen nach wie vor die Höhe der Beitragsrückerstattungen abhängig vom Unternehmenserfolg. Das Angebot von Assistenzleistungen soll nicht nur Versicherungsnehmern einen Zusatznutzen stiften, die Versicherungsunternehmen erwarten sich von einer gezielteren Lenkung der Versicherten zu bestimmten Behandlungsangeboten oder Kooperationspart-

nen unter den Leistungsanbietern auch eine Reduzierung von Behandlungskosten.

Typische Leistungseinschränkungen, die mit Einführung von Tarifen seit dem Jahr 1998 vorgenommen wurden, waren:

- konkrete Benennung von bestimmten medizinischen Leistungen in den Versicherungsbedingungen als Instrument, um die Einforderung der Erstattung nicht explizit genannter medizinischer Leistungen durch die Versicherungsnehmer einzugrenzen;
- Einführung von Erstattungsbegrenzungen bei Hilfsmitteln (prozentual oder als Höchstsummen);
- summenbezogene oder prozentuale Begrenzung der Erstattungen für Behandlungen durch Heilpraktiker und Psychotherapeuten;
- Spezifizierung von erstattungsfähigen Transporten zu ambulanten Behandlungen;
- Einführung von Summen-, Stückzahlen- und zeitliche Begrenzungen bei zahnärztlichen Behandlungen sowie starke Leistungskürzungen, wenn vor Behandlungsbeginn kein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird; Verringerung der Erstattungsprozentsätze.

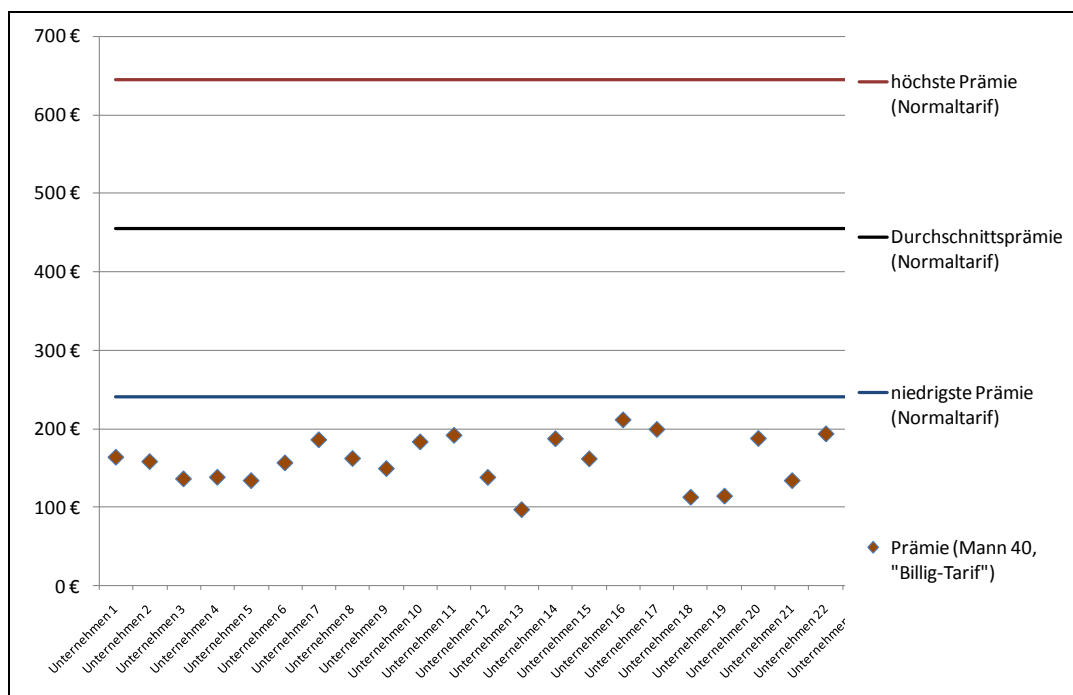
Zu den zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherungsnehmer im Hinblick auf den Leistungsumfang zählten typischerweise:

- Wahl einer Beitragsbefreiung im Fall der Elternzeit oder bei Pflegefällen (gegen Prämienzuschlag);
- Option auf Umstellung von einem niedrigen in einen höheren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung z. B. nach einer bestimmten Vertragslaufzeit oder zu bestimmten Zeitpunkten bzw. Ereignissen (z. B. Geburt eines Kindes);
- Versicherte können finanzielle Vorteile erhalten, wenn sie ein vom Versicherungsunternehmen eingerichtetes Hilfsmittelmanagement in Anspruch nehmen;
- Versicherte können das so genannte Hausarztprinzip wählen und werden an Kostenersparnissen beteiligt (Bonuszahlungen) oder erhalten nur eingeschränkte Leistungszusagen, wenn sie sich gegen das Hausarztprinzip entscheiden;
- Im stationären Bereich können Versicherte eine höheres Ersatz-Krankenhaustagegeld wählen (z. B. zum Inflationsausgleich).

Einige Unternehmen kamen mit sogenannten „Billig-Tarifen“ oder auch „Kampftarifen“ auf den Markt, deren Leistungsumfang etwa durch überdurchschnittlich hohe Selbstbehalte eingeschränkt ist. In neueren Tarifen werden diese Selbstbehalte zum Teil sogar auf den stationären Bereich an-

gerechnet, obwohl viele Jahre die Ansicht vorherrschte, dass Selbstbehalte hier keine ausgabensteuernde Wirkung haben. In Abbildung 23 sind die Prämien solcher Tarife zum Eintrittszeitpunkt für einen 40jährigen Mann (ohne Vorerkrankungen) dargestellt. Wie deutlich zu sehen ist, liegen diese Prämien sämtlich und zum Teil deutlich unterhalb der niedrigsten Prämie für einen "normalen" PKV-Tarif in der entsprechenden Altersstufe. Im Mittel entsprach das Prämienniveau der "Billig-Tarife" lediglich 66 % der niedrigsten Prämie für einen durchschnittlichen Normaltarif der betrachteten Altersstufe.

Abbildung 23: Monatliche Prämien von "Billig-Tarifen", 2009



Quelle: IGES, Morgen & Morgen

Anmerkung: "Normaltarif" bezieht sich auf einen PKV-typischen Tarif gemäß der Definition in Kapitel 4.2, Werte entsprechend für Altersstufe 40 (Männer), Daten für 2008.

„Billig-Tarife“ zielen auf Neukunden, die sich aufgrund ihres aktuellen Gesundheitszustandes selbst als „gute Risiken“ einschätzen und daher bereit sind, höhere Selbstbehalte bzw. geringere Leistungszusagen im Versicherungsfall zu akzeptieren. Solche Tarife eignen sich besonders als Bestandteil einer Strategie der Risikoseparierung von (jungen bzw. gesunden) Neuversicherten und (älteren bzw. weniger gesünderen) Bestandsversicherten. Sie sind aufgrund eines relativ stark eingeschränkten Leistungsumfangs für eine interne Umtarifierung aus Sicht von Bestandsversicherten wenig attraktiv.

5 Wettbewerb auf den Leistungsmärkten

Gegenstand dieses Abschnitts sind die Märkte, auf denen die Versicherungsnehmer die medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen können, für die sie gegenüber ihrem privaten Krankenversicherer einen Erstattungsanspruch haben. Dabei geht es um die Frage, wie und in welchem Ausmaß im Bereich der PKV Wettbewerb unter den Leistungserbringern stattfindet und ob dieser Wettbewerb dazu führt, dass die Versicherungsleistungen effizient sind. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Möglichkeiten der PKV-Unternehmen, auf die Kosten- bzw. Ausgabenentwicklung infolge der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch ihre Versicherten Einfluss zu nehmen, aber auch die Qualität dieser Leistungen zu kontrollieren. Diese Möglichkeiten nutzen PKV-Unternehmen, um hieraus Wettbewerbsvorteile auf dem Versicherungsmarkt zu erzielen. Im Vordergrund steht für sie dabei, die Prämienhöhe für Neukunden durch Kosten- und Ausgabensteuerung auf ein konkurrenzfähiges Niveau zu bringen bzw. dort zu halten.

Zwei Arten von Wettbewerb auf den Leistungsmärkten sind aus der Perspektive der PKV-Unternehmen zu unterscheiden:

- der Wettbewerb der Leistungsanbieter um privat versicherte Patienten,
- der Wettbewerb um Leistungsverträge zwischen Leistungsanbietern und Versicherungsunternehmen.

Die erstgenannte Art stellt aus Sicht der PKV-Unternehmen die klassische Form des Wettbewerbs auf den Leistungsmärkten dar. Die Versicherer können diesen Wettbewerb nur indirekt, nämlich über ihre Interaktionen mit den Versicherten, beeinflussen. Die zweite Art des Wettbewerbs stellt einen relativ neuen Ansatz dar, um Kosten zu steuern bzw. Vorteile im Wettbewerb um Versicherungsnehmer zu erzielen. Beide Formen werden im Folgenden näher analysiert.

5.1 Wettbewerb der Leistungsanbieter um privat versicherte Patienten

Die so genannte „Zwei-Klassen-Medizin“ hat mittlerweile ihren festen Platz in der öffentlichen Diskussion über das deutsche Gesundheitswesen. Mit diesem Schlagwort verbindet sich im Wesentlichen die These, dass privat versicherte Patienten bei Leistungsanbietern, insbesondere bei niedergelassenen Ärzten, einen privilegierten Status genießen. Demnach wäre davon auszugehen, dass es einen intensiven Wettbewerb unter den Leistungsanbie-

tern um privat versicherte Patienten gibt. Ob ein intensiver Wettbewerb um Patienten zu effizienten Ergebnissen führt, hängt entscheidend von den Rahmenbedingungen dieses Wettbewerbs ab.

5.1.1 Rahmenbedingungen des Leistungswettbewerbs auf Gesundheitsmärkten

Auf Gesundheitsmärkten erscheint es schwieriger als auf anderen Märkten zu sein, die Voraussetzungen für einen effizienten Wettbewerb um Patienten zu schaffen. So bewirkt Krankenversicherungsschutz eine Teilung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen in die Inanspruchnahme durch Versicherte einerseits und in die Leistungsvergütung durch den Versicherer andererseits. Diese Teilung führt zu effizienzmindernden Rahmenbedingungen des Wettbewerbs auf den Leistungsmärkten. So wird den Versicherten allgemein eine Verhaltenstendenz unterstellt, die maximale anstatt der optimalen Leistungsmenge nachzufragen, solange ihre individuelle Inanspruchnahme keinen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe ihres Versicherungsbeitrages hat. Die Tendenz, dass Versicherte allein aufgrund eines bestehenden Krankenversicherungsschutzes mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, als sie es ohne Versicherungsschutz täten, bedeutet für den Versicherer ein zusätzliches Versicherungsrisiko ("moral hazard"). An Versicherte richtet sich daher häufig der Vorwurf des "mangelnden Kostenbewusstseins" bzw. einer "fehlenden Eigenverantwortung".

Auf der anderen Seite wird den Ärzten bzw. den Leistungserbringern eine Tendenz zur medizinisch nicht begründbaren Leistungsausweitung unterstellt: Aufgrund ihrer höheren Sachkunde – der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Ärzten und medizinischen Laien – sind sie in der Lage, die Nachfrage nach ihren Leistungen zumindest teilweise selbst zu bestimmen ("angebotsinduzierte Nachfrage"). Diese Möglichkeit können sie zudem in dem Wissen nutzen, dass sie bei vollversicherten Patienten auf eine Nachfrage treffen, die sich nicht an Preisen und Kosten, sondern überwiegend an Qualitätskriterien orientiert. Aus ökonomischer Sicht handelt es sich bei Gesundheitsleistungen aber um zum Teil hochkomplexe Dienstleistungen, deren Qualität sich nicht einfach feststellen lässt. Gesundheitsleistungen haben häufig den Charakter von Erfahrungs- oder Vertrauensgütern. Ihre Qualität bleibt somit häufig für die Nachfrager der Leistungen intransparent, so dass Leistungsangebot und Nachfrageentscheidungen nicht immer den tatsächlichen Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen.

Die Teilung der Nachfrage in Inanspruchnahme einerseits und Vergütung andererseits, moralische Risiken auf Seiten der Versicherungsnehmer, eine asymmetrische Informationsverteilung zugunsten der Leistungsanbieter und eine hohe Qualitätsintransparenz führen insgesamt dazu, dass die Rahmen-

bedingungen des Wettbewerbs auf den Leistungsmärkten unter Effizienzgesichtspunkten vergleichsweise ungünstig sind. Daraus ergeben sich entsprechend höhere Anforderungen an die anreizkompatible Ausgestaltung von Versicherungs- und Leistungsverträgen. Insbesondere aus Sicht der Versicherer besteht die Gefahr einer im Ergebnis kostentreibenden Allianz zwischen versicherten Patienten und Leistungsanbietern, die zunächst zu Lasten Dritter (des Versicherers) wirkt. Langfristig jedoch schadete eine solche Allianz den Versicherten selbst, da sie Versicherungsbeiträge ansteigen lässt oder dazu führt, dass sich der Deckungsumfang der Versicherungsangebote verringert.

5.1.2 Unterschiede der Rahmenbedingungen des Leistungswettbewerbs zwischen PKV und GKV

In der PKV bewirken einige zusätzliche Umstände, dass die generell auf Gesundheits- bzw. Krankenversicherungsmärkten vorhandenen Tendenzen zugunsten eines wenig effizienten Leistungsgeschehens verstärkt werden. So bieten die Leistungsbedingungen in der PKV im Vergleich mit der GKV deutlich weniger Möglichkeiten und Ansatzpunkte für den Versicherer, die Kosteneffizienz des Leistungsgeschehens zu prüfen und zu beeinflussen.

- In der GKV, die sich aus Pflichtbeiträgen finanziert, haben die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen zur Verfügung zu stellen (Sachleistungsprinzip), insoweit Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und die Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten (§ 2 Abs. 1 SGB V).²²
- In der PKV sind die Versicherer verpflichtet, je nach vereinbartem Versicherungsumfang, Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen oder Vorsorge zu erstatten (Kostenerstattungsprinzip) (§ 192 Abs. 1 VVG). Anders als in der GKV unterliegt die Leistungspflicht der Versicherer keinem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot.²³ Eingeschränkt wird die Leistungspflicht der privaten

²² In § 12 Abs. 1 SGB V heißt es: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

²³ Die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts hatte in ihrem Abschlussbericht zwar die Ergänzung eines allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots für die PKV gefordert. In der Begründung zum Gesetz zur Reform des Versicherungs-

Krankenversicherer lediglich durch den Ausschluss einer Übermaßvergütung.²⁴

Auf der Grundlage des Sachleistungsprinzips und des Wirtschaftlichkeitsgebots werden die Beziehungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern durch ein eigenes Kapitel im Sozialgesetzbuch geregelt (4. Kapitel, SGB V). Darin ist die Beitragssatzstabilität als Grundsatz verankert (§ 71 SGB V). Hieraus leitet sich eine Vielzahl von rechtlich sanktionierten und kollektivvertraglich vereinbarten Maßnahmen zur Ausgabendämpfung ab, von denen Leistungsanbieter betroffen sind.

Zwischen den privaten Krankenversicherern und den Leistungsanbietern bestehen hingegen keine unmittelbaren vertraglichen Beziehungen. Für die PKV gibt es auch keine vergleichbaren rechtlichen Ansatzpunkte, auf die Entwicklung der Kosten der Leistungsanspruchnahme Einfluss zu nehmen. Der rechtssanktionierte Ausschluss einer Übermaßvergütung beruht auf einem unbestimmten Rechtsbegriff („auffälliges Missverhältnis“) und bietet keine Grundlage dafür, dass private Versicherer die Erstattung von Leistungen aufgrund „unangemessener Preise“ oder „schlechter Qualität“ verweigern können, solange nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet wird.²⁵ Zwar hat es in der Vergangenheit mehrere Versuche von

vertragsrechts wurde diese Forderung jedoch mit dem Argument abgelehnt, eine solche (die Leistungspflicht der Versicherer einschränkende) Ergänzung sei nicht auf bestehende Krankenversicherungen nachträglich anwendbar. Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs habe der Begriff des „medizinisch Notwendigen“ keine wirtschaftliche Bedeutung. Auch für Neuverträge wurde in der Gesetzesbegründung die Aufnahme eines allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots für die Leistungspflicht abgelehnt, weil eine damit begründbare Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmt werden könnte. (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3945, S. 110)

²⁴ Gemäß § 192 Abs. 2 VVG besteht für den Versicherer insoweit keine Leistungspflicht, als die Aufwendungen in einem „auffälligen Missverhältnis“ zu den erbrachten Leistungen stehen. Diese Vorschrift wurde mit der Reform des Versicherungsvertragsgesetz neu eingeführt und ist damit erst seit dem 1.1.2008 gültig. Dem Gesetzgeber ging es damit jedoch lediglich um eine Klarstellung, da sich der Ausschluss einer Übermaßvergütung bereits zuvor in Rechtsprechung und Literatur allgemein anerkannt gewesen sei und lediglich durch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs im Jahr 2003 zweifelhaft geworden sei (vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3945, S. 110).

²⁵ In ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 17.01.2007 beurteilte die Bundesärztekammer den neuen § 192 Abs. 2 VVG dagegen als Grundlage für weitreichende Eingriffsrechte in das Patient-Arzt-Verhältnis. Die privaten Versicherer erhielten hierdurch „einen weiten Auslegungsspielraum für die Erstattung oder Verweigerung von Leistungen unter rein ökonomischen Gesichtspunkten“. Den Versicherten werde „eine finanzielle Ein-

PKV-Unternehmen gegeben, ihre Versicherungsbedingungen so zu ändern, dass Leistungsaufwendungen nur noch zu „angemessenen Kosten“ erstattet werden. Dieses Vorgehen hat jedoch der Bundesgerichtshof für unwirksam erklärt (Az: IV ZR 130/06, IV ZR 144/06).

Die Schwierigkeit für PKV-Unternehmen, ihre Leistungspflicht auf der Basis von „unangemessenen Kosten“ zu begrenzen, zeigt sich auch in der stationären Versorgung: Bei allgemeinen Krankenhausleistungen gelten für privat versicherte Patienten dieselben Vergütungssätze wie für gesetzlich versicherte; darüber hinaus können Krankenhäuser für privat versicherte Patienten zusätzlich nur Wahlleistungen (z. B. Einzelzimmer, Chefarztbehandlung) abrechnen. Der Verband der PKV moniert zunehmend eine Tendenz von Krankenhäusern zur Ausgründung so genannter Privatkliniken. Für solche reinen Privatkliniken, die keinen Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan haben und in denen keine gesetzlich Versicherten behandelt werden, sind Preise bzw. Vergütungen frei verhandelbar. Der PKV-Verband geht davon aus, dass in diesen ausgegründeten Privatkliniken bzw. Privatstationen sich die Leistungen mehrheitlich nicht von denen in den Mutterhäusern unterscheiden, somit höhere Preise nicht begründbar sind und die privaten Versicherer die Preisaufschläge gemäß § 192 Abs. 2 VVG als „unangemessen“ ablehnen können. Ähnliches gelte für die Praxis einiger Krankenhäuser, von privat versicherten Patienten Zimmerkomfortzuschläge zu erheben, obwohl es sich um normale Stationen handelt und sich ein Mehrkomfort nicht nachweisen lassen. Der Verband musste zur Durchsetzung dieser Position jedoch den Rechtsweg bestreiten, das Ergebnis steht noch aus.²⁶

Direkte vertragliche Beziehungen mit den Leistungsanbietern zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit stünden darüber hinaus auch in einem gewissen Widerspruch zum traditionellen Selbstverständnis der PKV über ihre Rolle im Beziehungsdreieck Versicherer-Versicherte-Leistungserbringer. Demnach soll nicht in die freie Arztwahl der Versicherten, nicht in die Therapiefreiheit des Arztes und nicht in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und

schränkung bei der Erstattung von Aufwendungen zugemutet, die auf der subjektiven Beurteilung des Versicherers beruht, dem die Kompetenz zugestanden wird, über die Angemessenheit der Aufwendungen zu entscheiden.“ Nach Ansicht der Bundesärztekammer werde mit „dieser gesetzlichen Regelung das Wirtschaftlichkeitsgebot in das Versicherungsverhältnis eingeführt“, die private Krankenversicherung mutiere zur gesetzlichen Krankenversicherung. (BÄK 2007, S. 2)

²⁶ Vgl. zu diesem Themenkomplex die Medienberichterstattung, z. B. Wirtschaftswoche vom 17.8.2009 (S. 46 ff.), Berliner Zeitung vom 30.1.2009 (S. 21), Handelsblatt vom 29.7.2008 (S. 4), Tagesspiegel vom 28.7.2008 (S. 1), Die Welt vom 1.7.2008 (S. 34), Stuttgarter Zeitung vom 7.3.2007 (S. 5).

Patient eingegriffen werden. Gemäß diesem Selbstverständnis werden von den privaten Versicherungsunternehmen die konkreten Umstände der Leistungsanspruchnahme nicht hinterfragt oder kontrolliert. Den PKV-Unternehmen hat das den Ruf eingebracht, auf den Gesundheitsmärkten „payer“ statt „player“ zu sein, also ohne Gestaltungsanspruch, aber auch ohne ausreichende Gestaltungsmöglichkeiten und damit ohne wirksame Effizienzkontrollen Gesundheitsleistungen zu finanzieren.

Besonders deutlich zeigen sich die beschriebenen Unterschiede in den Rahmenbedingungen der Leistungserbringung zwischen PKV und GKV in der Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungsleistungen. In der PKV wird nach den amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ/GOZ) abgerechnet. Die GOÄ ist eine von der Bundesregierung erlassene Rechtsverordnung und damit nicht Gegenstand von Verhandlungen bzw. Verträgen zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern. Die GOÄ regelt die Abrechnung aller medizinischen Leistungen außerhalb der GKV.²⁷

In der GKV bestimmt der einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) überwiegend relative Preise für einzelne Leistungen bzw. Leistungskomplexe. Das Preisniveau wird in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern auf Landesebene vereinbart. Bis zur Vergütungsreform im Jahr 2009 galt hierfür die Maßgabe, dass – gemäß dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität – die Gesamtvergütung für vertragsärztliche Leistungen grundsätzlich nicht stärker steigen darf als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (§ 71 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 SGB V). Damit sollten die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen an die Einnahmentwicklung gekoppelt werden, um eine „Kostenexplosion“ zu vermeiden.²⁸ In der PKV existiert keine vergleichbare „Deckelung“ der Vergütungssumme, die sich aus den Abrechnungen der GOÄ ergibt.

Die Vergütungssysteme in der PKV und der GKV unterscheiden sich sehr stark in ihrer Struktur und sind daher im Detail nur schwer miteinander vergleichbar (Niehaus 2009; Walendzik et al. 2008). Eine Besonderheit der GOÄ ist der Steigerungsfaktor des festen Punktwertes, der Ärzten eine "Gebührensparne" ermöglicht, wenn es die Schwierigkeit, der Zeitaufwand oder die Ausführungsumstände der Behandlung erfordern. Dabei ist ein Re-

²⁷ Anders als im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der GKV ist in der GOÄ darüber hinaus auch die wahlärztliche Vergütung im stationären Bereich geregelt (vgl. Walendzik et al. 2008, S. 9 f.).

²⁸ Das finanzielle Risiko, das sich aus Mehraufwand infolge einer Zunahme der Morbidität bzw. des Behandlungsbedarfs oder auch aus Qualitätssteigerungen ergibt, wurde durch diese Regelung den Ärzten zugeordnet, insoweit der Aufwand stärker steigt als die Beitragsgrundlagen der GKV.

gelhöchstsatz definiert, dessen Überschreitung durch Besonderheiten der medizinischen Behandlung erklärt werden muss. Im Jahre 2003 wurden beispielsweise 87 % der Leistungen im ambulanten Bereich bei PKV-Versicherten mit dem Regelhöchstsatz abgerechnet (Walendzik et al. 2008: S. 11). Walendzik et al. (2008) haben berechnet, dass der behandelnde Arzt daher – für eine im Grundsatz gleiche Leistung – bei einem privat versicherten Patienten im Durchschnitt mehr als die doppelte Vergütung als für einen gesetzlich versicherten Patienten erhält. Das Wissenschaftliche Institut der PKV kam zu dem Ergebnis, dass die Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor je Versicherten in der PKV (die gemäß GOÄ abgerechnet werden) im Jahr 2006 um das 4,5-fache höher waren als die Ausgaben für vergleichbare Laborleistungen je Versicherten in der GKV (die gemäß EBM abgerechnet werden) (Keßler 2009). Hinzu kommt, dass der EBM seit seiner letzten großen Reform die Abrechnungspositionen deutlich stärker pauschaliert, während die (nicht novellierten) amtlichen Gebührenordnungen weiterhin als System von Einzelleistungsvergütungen angesehen werden können, denen eine stärkere Tendenz unterstellt wird, zu Mengenausweitungen beizutragen.

Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit der beiden Vergütungssysteme im Detail gilt die Behandlung eines privat versicherten Patienten für niedergelassene Ärzte im Durchschnitt als finanziell attraktiver im Vergleich zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten. Der überwiegende Teil der Leistungsanbieter zählt Versicherte aus beiden Systemen zu seinen Patienten. Unter der Annahme, dass die Leistungsanbieter die Nachfrage der Patienten zumindest teilweise „induzieren“ können, entstehen für diese Anreize, über Leistungsausweitungen bei privat versicherten Patienten eine finanzielle Kompensation für „Kostendämpfungsmaßnahmen“ in der GKV zu erreichen.²⁹

5.1.3 Ansatzpunkte in der PKV zur Beeinflussung des Leistungswettbewerbs

Die vorigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass die privaten Versicherer infolge eines anderen rechtlichen Rahmens nicht – wie in der GKV – über Ansatzpunkte verfügen, einer Leistungsausweitung bei ihren Versicherten direkt in der Konfrontation mit den Leistungsanbietern entgegenzutreten,

²⁹ So begründete die Allianz Private Krankenversicherung ihre Forderung nach einer Novellierung der GOÄ u. a. auch damit, dass Ärzte versuchten, Verdienstaufschläge durch die Budgetierung in der GKV zu kompensieren (vgl. Pressemitteilung der Allianz Private Krankenversicherungs-AG vom 29.10.2003).

auch wenn sie den Verdacht haben, dass sich die Leistungsausweitungen nicht (vollständig) medizinisch begründen lassen. Alternativ bleiben den privaten Versicherern Möglichkeiten, über ihre Versicherten Einfluss auf die Leistungsanbieter zu nehmen:

- Ex ante versuchen PKV-Unternehmen durch ihre Tarifgestaltung den Versicherungsnehmern Anreize für eine effiziente Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen zu setzen, z. B. durch Selbstbehalte oder durch Beitragsrückerstattungen für den Fall, dass keine Leistungen in Anspruch genommen wurden (vgl. hierzu Kapitel 3.3).
- Ex post haben die PKV-Unternehmen Spielräume, durch das Ausmaß an Kulanz in der Leistungsregulierung (Abrechnungsprüfung) steuernd auf die Leistungs- und Kostenentwicklung einzuwirken.

Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen sind insofern die Instrumente der Wahl, um eine übermäßige Leistungsanspruchnahme einzudämmen, weil sie das Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer nicht belasten. Selbstbehalte sind (bis maximal 5.000 Euro kalenderjährlich gemäß § 193 Abs. 3 VVG) von den Versicherungsnehmern frei wählbar, Beitragsrückerstattungen stellen einen finanziellen Bonus dar. Der Versuch eines Versicherungsunternehmens, Kostensteigerungen durch strengere Abrechnungsprüfungen zu begegnen, kann allerdings schnell zur Unzufriedenheit der Kunden führen. Dies schlägt sich nicht nur in der öffentlichen Berichterstattung, sondern auch in einer Zunahme der Beschwerden beim Ombudsmann der PKV nieder.³⁰

Darüber hinaus erschwert den PKV-Unternehmen die Abrechnungsprüfung, dass die GOÄ seit dem Jahr 1982 nicht mehr grundlegend überarbeitet wurde. Teilnovellierungen fanden zwar mehrfach statt, haben aber gemäß der Bundesärztekammer zu widersprüchlichen Regelungen und „erheblichen Bewertungsdisparitäten“ geführt, die gravierende Abrechnungsprobleme und zunehmend Rechtsstreitigkeiten nach sich ziehen (BÄK 2006, S. 9). Leistungen auf der Basis neuer Behandlungsmethoden können zwar „analog“ anhand älterer, vergleichbarer Gebührenordnungsziffern abgerechnet werden. Diese analogen Berechnungen haben für die PKV aber keine verbindliche Wirkung, so dass es häufig zu Erstattungsproblemen kommt.

³⁰ Vgl. exemplarisch: F.A.Z. vom 14.5.2008 (S. 11): „Private Krankenversicherung immer weniger kulant“; Die Welt vom 2.6.2008 (S. 16): „Abrechnungs-Ärger mit privaten Krankenversicherungen“; Frankfurter Rundschau vom 29.7.2008 (S. 17): „Wenn die Kasse mauert – Privat Versicherte sollten ihren Vertrag kennen“. Nach dem aktuellen Bericht des Ombudsmanns der PKV hat sich die Anzahl der Beschwerden von 2.208 im Jahr 2003 auf 4.376 im Jahr 2008 nahezu verdoppelt.

5.1.4 Sektoraler Vergleich der Ausgaben zwischen PKV und GKV

Ist nun der Wettbewerb auf den Leistungsmärkten in der PKV angesichts der aufgezeigten Rahmenbedingungen zu schwach, um Kosteneffizienz der Versicherungsleistungen zu erreichen? Vergleicht man Entwicklung und Struktur der sektoralen Ausgaben der PKV mit denen der GKV, zeigt sich insbesondere für den ambulanten Bereich eine deutlich stärkere Leistungsausweitung.

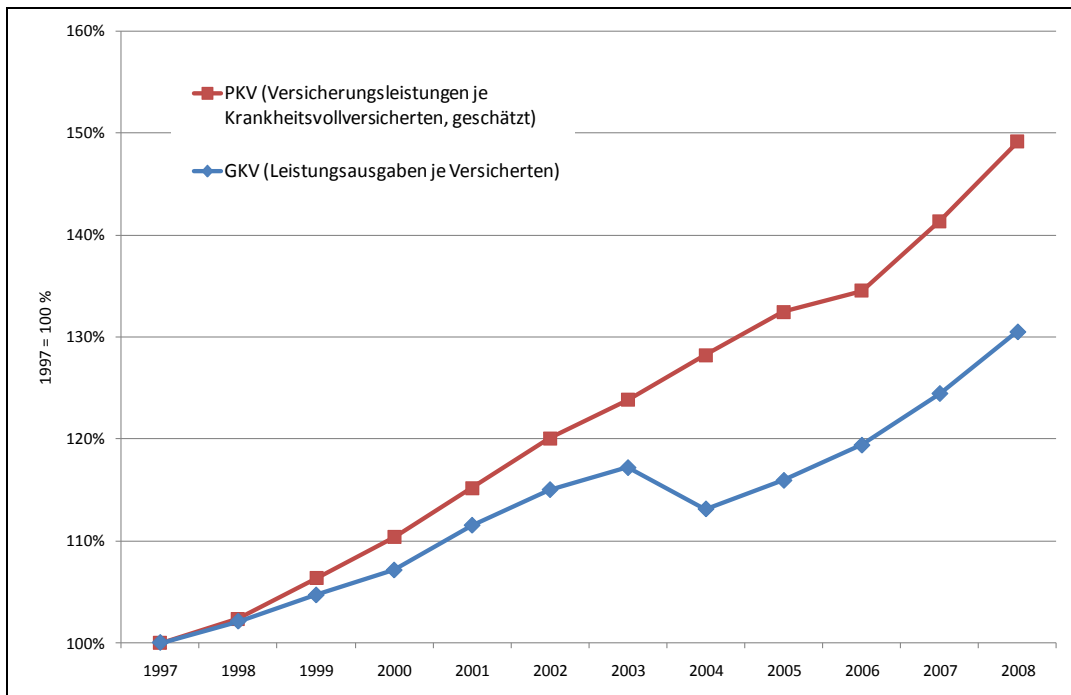
Betrachtet man zunächst die Entwicklung der Leistungsausgaben insgesamt, so ist für die PKV ein deutlich stärkerer Anstieg festzustellen. Im Zeitraum 1997 bis 2008 erhöhten sich dort die Versicherungsleistungen in der Krankheitsvollversicherung um etwa 82 %³¹, die Leistungsausgaben in der GKV dagegen um nur knapp 28 %. Der Anstieg in der PKV wird jedoch dadurch überzeichnet, dass sich dort die Anzahl der Versicherten in demselben Zeitraum um 22,3 % erhöht hat, während sie in der GKV um 2,3 % zurückging. Vergleicht man daher die Leistungsausgaben je Versicherten im Zeitraum 1997 bis 2008, so beträgt der Anstieg in der PKV nur noch etwa 49 % gegenüber fast 31 % in der GKV (Abbildung 24).

Der Anstieg der Leistungsausgaben bleibt somit – auch nach Bereinigung um die unterschiedliche Entwicklung der Versichertenzahlen – in der PKV deutlich höher als in der GKV. Allerdings zeigt die Darstellung auch, dass man von einer ähnlichen Grunddynamik der Ausgabenentwicklung ausgehen kann. Der „Wachstumsrückstand“ in der GKV, der sich über den gesamten betrachteten Zeitraum ergibt, ergibt sich ganz überwiegend aus der Veränderung im Jahr 2004, das Jahr, in dem durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Leistungspflicht der Krankenkassen in einigen Bereichen eingeschränkt wurden.³² Seit dem Jahr 2004 lag der Zuwachs der Leistungsausgaben in der PKV jahresdurchschnittlich nur um 0,3 Prozentpunkte über dem der GKV.

³¹ Die Höhe der Versicherungsleistungen in der Krankheitsvollversicherung können nur geschätzt werden, weil die Statistik des PKV-Verbands die Höhe der Versicherungsleistungen nur für die Krankenversicherung insgesamt ausweist, also inklusive der Zusatzversicherungen. Für die Schätzung wird der Anteil der Beitragseinnahmen der Krankheitsvollversicherung an den gesamten Beitragseinnahmen der privaten Krankenversicherung entsprechend auch für die Versicherungsleistungen unterstellt.

³² Zu den finanzierungsseitigen Maßnahmen des GMG zählten unter anderem die Herausnahme der rezeptfreien Arzneimitteln (OTC) aus der Erstattungspflicht, die Einführung von Zuzahlungen beim Arztbesuch (Praxisgebühr), die Streichung von Sterbe- und Entbindungsgeld sowie von Zuschüssen für Sehhilfen und Brillen.

Abbildung 24: Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten in GKV und PKV, 1997-2008



Quelle: IGES auf Basis von PKV (2009) und KJ1-Statistik der GKV

Anmerkung: PKV: Versicherungsleistungen je Versicherten (Anteil Krankheitsvollversicherung geschätzt); GKV: Leistungsausgaben je Versicherten.

Ein Vergleich der Ausgabenentwicklung von PKV und GKV differenziert nach Leistungssektoren bestätigt, dass die Unterschiede für den ambulanten Bereich deutlich größer sind als für den stationären Bereich.³³ Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass die Vergütungsunterschiede zwischen PKV und GKV im ambulanten Bereich sehr ausgeprägt sind,³⁴ während im stati-

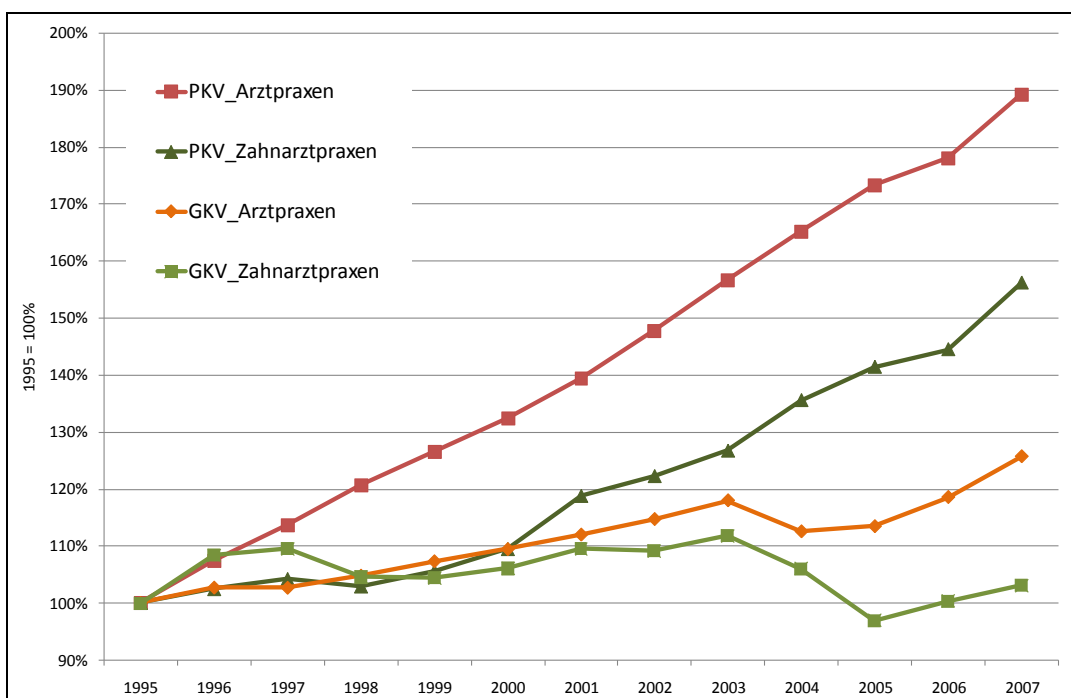
³³ Zur besseren Vergleichbarkeit der sektoralen Ausgaben wird im Folgenden auf die Daten des Statistischen Bundesamtes (Gesundheitsausgaben differenziert nach Trägern und Einrichtungen) zurückgegriffen. Diese Daten liegen aktuell für den Zeitraum 1995 bis 2007 vor (vgl. Statistisches Bundesamt 2009). Eine Trennung der Ausgaben der PKV nach Versicherungsart ist auf dieser Datengrundlage nicht möglich, d. h., die Angaben für die PKV umfassen stets auch Zusatzversicherungen und die private Pflegepflichtversicherung. Aus diesem Grund wird zu den Ausgaben der GKV die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung hinzugerechnet, wenn es Bereiche (Einrichtungen) betrifft, in die auch Ausgaben dieses Versicherungszweigs fließen. Wegen der fehlenden Differenzierung der PKV-Ausgaben können die Ausgaben im Folgenden darüber hinaus nicht mehr je Versicherten betrachtet werden.

³⁴ In der ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben sich die Unterschiede aus der GOÄ im Vergleich zum EBM in Kombination mit „Deckelungsregelungen“ für die

onären Bereich die PKV die allgemeinen Krankenhausleistungen nach demselben DRG-Fallpauschalensystem vergütet wie die GKV.

Insgesamt erhöhten sich die Ausgaben der PKV für ambulante Einrichtungen im Zeitraum 1995 bis 2007 um etwa 89 %, in der GKV dagegen nur um 35,5 %. Für Arztpraxen nahmen die Ausgaben der PKV in diesem Zeitraum um fast 90 % zu, in der GKV lediglich um knapp 26 % (Abbildung 25). Für Zahnarztpraxen nahmen die Ausgaben der GKV im Gesamtzeitraum kaum zu (+3,1 %), während sich die PKV-Ausgaben um ca. 56 % erhöhten.

Abbildung 25: Entwicklung der Ausgaben in GKV und PKV nach Einrichtungen (Arztpraxen), 1995-2007

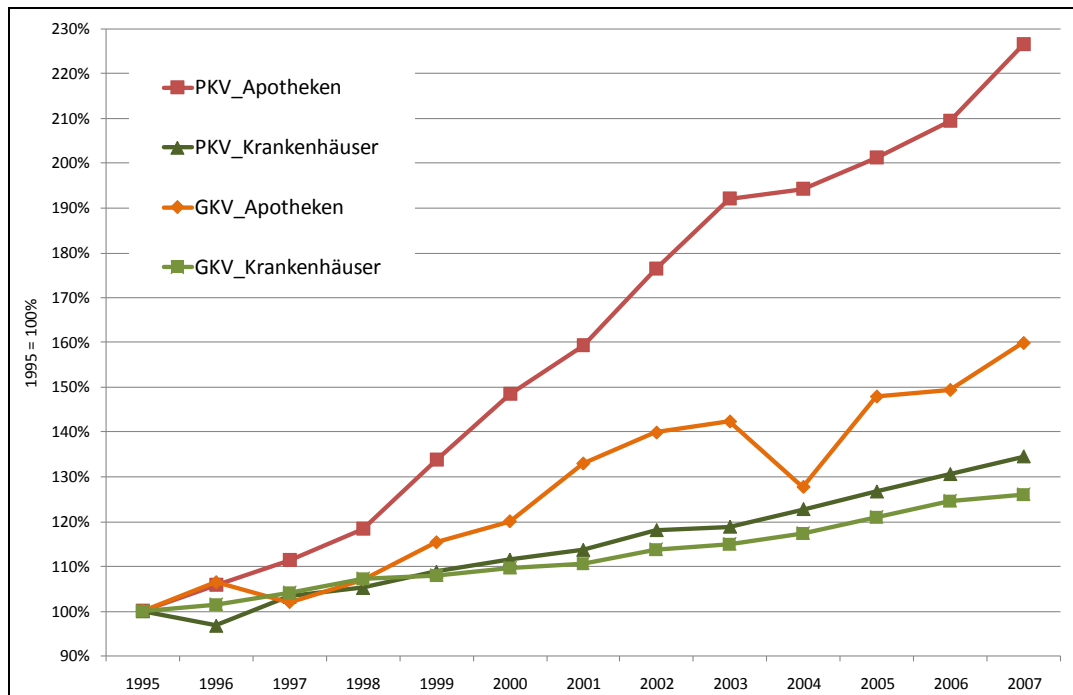


Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2009)

Am stärksten war der Unterschied der Zuwächse bei den Arzneimitteln, also einrichtungsbezogen bei den Ausgaben für Apotheken: Während sich bereits die GKV-Ausgaben mit einer Steigerung um ca. 60 % stark erhöhten, betrug der Zuwachs der PKV-Ausgaben fast 127 % (Abbildung 26).

Gesamtvergütung (s. o.). Darüber hinaus gelten für Arzneimittel in der PKV keine Festbeträge und sonstigen allgemeinen Rabatte, die in der GKV (zumindest zeitweise) von den Arzneimittelherstellern und den Apotheken einzuräumen sind.

Abbildung 26: Entwicklung der Ausgaben in GKV und PKV nach Einrichtungen (Apotheken, Krankenhäuser), 1995-2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2009)

Dagegen lagen die Gesamtzuwächse bei den Krankenhausaussgaben nur um 8,4 Prozentpunkt auseinander. Jahresdurchschnittlich erhöhten sich die Ausgaben der PKV für Krankenhäuser um 0,6 Prozentpunkte stärker als die der GKV, während bei Arztpraxen der entsprechende Unterschied 3,6 Prozentpunkte beträgt (Tabelle 12).

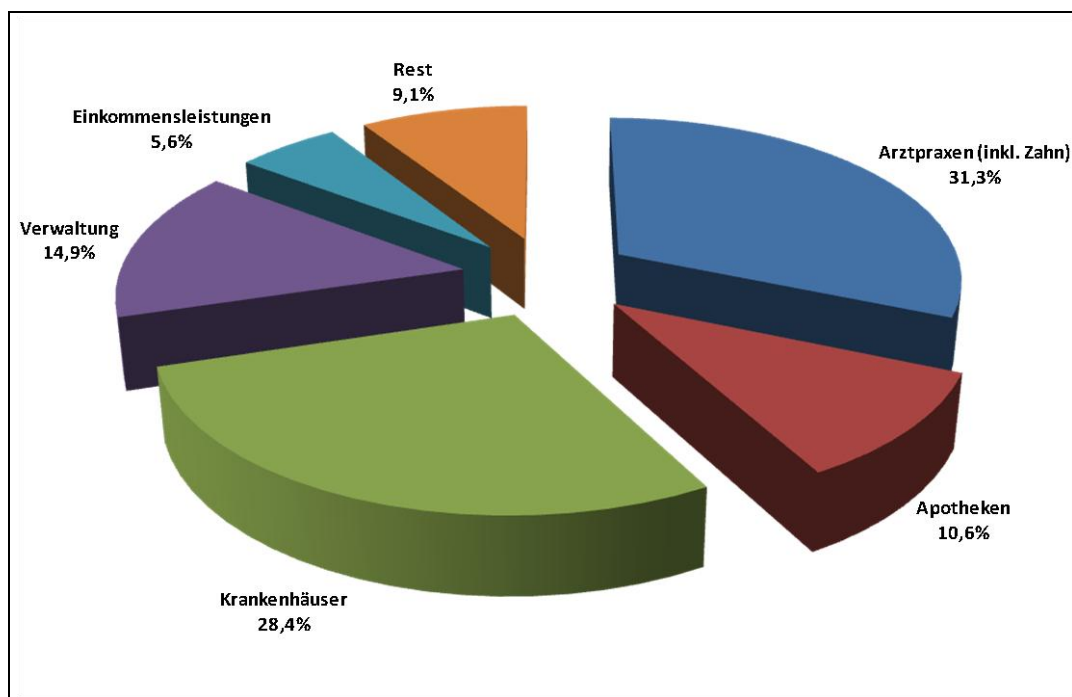
Tabelle 12: Entwicklung der Ausgaben in GKV und PKV nach Einrichtungen, jahresdurchschnittliche Veränderungen 1995-2007

Einrichtungen	PKV	GKV
ambulante Einrichtungen insg.	5,4 %	2,6 %
Arztpraxen	5,5 %	1,9 %
Zahnarztpraxen	3,8 %	0,3 %
Apotheken	7,1 %	4,0 %
Krankenhäuser	2,5 %	1,9 %
Verwaltung	3,5 %	2,3 %
nachrichtlich: Einkommensleistungen	1,0 %	-3,2 %

Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2009)

Die unterschiedlichen Entwicklungen der sektoralen Ausgaben von PKV und GKV schlagen sich auch in der Ausgabenstruktur nieder (Abbildung 27 und Abbildung 28). Der Anteil der Ausgaben für Arztpraxen lag im Jahr 2007 in der PKV mit 31,3 % um 6,7 Prozentpunkte über dem der GKV. Dagegen waren die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen in der PKV relativ niedriger als in der GKV, der Ausgabenanteil lag dort im Jahr 2007 um 8 Prozentpunkte unter dem der GKV. Bemerkenswert ist, dass trotz des deutlich stärkeren Zuwachses der Arzneimittelausgaben der PKV in den letzten Jahren der Anteil der einrichtungsbezogenen Ausgaben für Apotheken im Jahr 2007 immer noch um etwa 7 Prozentpunkte und damit deutlich unter dem Anteilswert in der GKV lag.³⁵

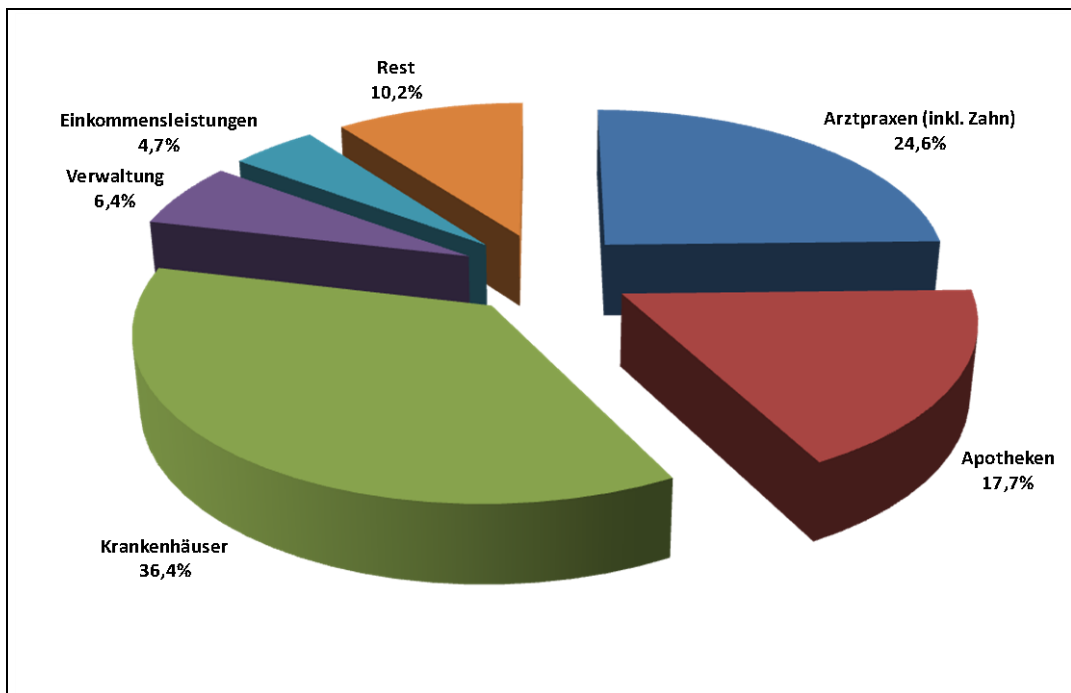
Abbildung 27: Ausgabenstruktur der PKV, 2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2009)

³⁵ Für die Beurteilung des deutlich höheren Anteils der Verwaltungsausgaben in der PKV sind die unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen der beiden Versicherungssysteme zu berücksichtigen (z. B. mit Blick auf Vertragsabschluss, Werbung von Neuzugängen).

Abbildung 28: Ausgabenstruktur der GKV, 2007



Quelle: IGES auf Basis von Statistisches Bundesamt (2009)

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Es bestehen Anreize für Leistungsanbieter, finanzielle Folgen von „Kostendämpfungsmaßnahmen“ in der GKV mittels erweiterter Abrechnungsmöglichkeiten in der PKV zu kompensieren. Gerade im Bereich ambulanter Leistungen, in denen die Unterschiede zwischen den Vergütungs- bzw. Abrechnungsbedingungen am stärksten ausgeprägt sind, haben die Ausgaben für Versicherte in der PKV in den letzten Jahren deutlich stärker zugenommen als dies für andere Leistungsbereiche (insbesondere für den Krankenhausbereich) der Fall war.

5.1.5 Die These der „Quersubventionierung“ zwischen PKV und GKV

Vor dem Hintergrund der vorigen Ausführungen beschäftigte sich die gesundheitspolitische Diskussion in den letzten Jahren auch mit der Frage, inwieweit die PKV-Unternehmen den Leistungsanbietern „zu viel“ bezahlen. Aus dem Umstand, dass die meisten Leistungsanbieter sowohl privat als auch gesetzlich versicherte Patienten in denselben Einrichtungen – d. h. mit denselben Geräten und überwiegend nach denselben Methoden – behandeln, leitet sich die These der „Überzahlungen“ der PKV ab: Die PKV-Unternehmen würden für vergleichbare Leistungen höhere Preise bezahlen als die gesetzlichen Krankenkassen und damit der GKV ermöglichen, ihre Preise auf ein teilweise nicht mehr aufwandsdeckendes Niveau zu senken. Eine zunehmende Gruppe von Leistungsanbietern könne ohne diese Art der

„Quersubventionierung“ ihre wirtschaftliche Existenz nicht mehr aufrecht erhalten. Als ein erster Beleg für diese These wird häufig auf die Daten des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstruktur von Arztpraxen verwiesen, wonach gemessen am Anteil der Versicherten die GKV im Jahr 2007 mit 71 % einen nur unterproportionalen Anteil der Einnahmen der Arztpraxen aus finanzierte (Statistisches Bundesamt 2009a). Der Anteil der Einnahmen aus Privatpraxis belief sich dagegen auf 25,9 %.

Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) beziffern das Ausmaß dieser „Quersubventionierung“, der als „Mehrumsatz“ bezeichnet wird, auf insgesamt knapp 9,7 Mrd. Euro im Jahr 2006. Der größte Anteil entfällt dabei mit knapp 4,4 Mrd. Euro auf die Arzthonorare in der ambulanten Versorgung. Im Jahr 2001, für das erstmals diese Berechnungen durchgeführt wurden, betrug der „Mehrumsatz“ noch knapp 7,3 Mrd. Euro (knapp 3,6 Mrd. Euro bei den Arzthonoraren).³⁶ Die ermittelten Beträge ergeben sich aus dem Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte und quantifizieren die Summe, die weniger gezahlt würde, wären die privat Versicherten Mitglieder der GKV. Die Studie von Walendzik et al. (2008) kommt zu dem Ergebnis, dass die Ärzte – bezogen auf das Jahr 2005 – für die ambulante Behandlung privat versicherter Patienten insgesamt 3,6 Mrd. € mehr erhielten, als wenn sie diese Patienten auf der Basis des Vergütungssystems in der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt hätten (Walendzik et al. 2008, S. 47). Die Differenz zum Vergleichswert des WIP für dasselbe Jahr (4,2 Mrd. Euro) kann damit erklärt werden, dass die Berechnungen der Studie von Walendzik et al. auf den für gesetzlich Versicherte typischen Leistungsprofilen basieren und damit zusätzliche Leistungen, die privat versicherte Patienten häufig bei niedergelassenen Ärzten erhalten, nicht einbeziehen.

Die divergente Ausgabenentwicklung von PKV und GKV sowie die ermittelten „Mehrumsätze“ der PKV können prinzipiell auf drei unterschiedliche Effekte zurückzuführen sein: ein reiner "Mengeneffekt", d. h. PKV-Versicherter haben mehr Leistungen erhalten; ein reiner "Preiseffekt", d. h. PKV-Versicherte haben die gleichen Leistungen zu höheren Preisen erhalten, sowie ein "Qualitätseffekt", d. h. die PKV-Patienten haben eine höhere Behandlungsqualität erfahren und für diese höhere Qualität auch höhere Preise bezahlt. Eine strikte Trennung dieser drei Effekte anhand empirischer Daten ist nicht ohne Weiteres möglich, da dazu der detaillierte Vergleich der EBM- und GOÄ-Abrechnungsdaten notwendig wäre. Die beiden Vergütungssysteme unterscheiden sich jedoch sehr stark in ihrer Struktur,

³⁶ Die Ergebnisse für die Jahre 2001 bis 2003 wurden in Niehaus/Weber (2005) vorgelegt. Zu den aktualisierten Berechnungen für die Folgejahre vgl. Niehaus (2007).

so dass dieser Vergleich kaum möglich ist. Zusätzlich müsste gewährleistet sein, dass man die Qualität der Behandlung objektiv erfassen kann. Schließlich müssten quasi "identische" Patienten verglichen werden, um zeigen zu können, dass die Mengen- bzw. Qualitätsunterschiede tatsächlich bei gleicher Indikation und gleichen Begleitumständen auftreten.

Für einen Mengeneffekt spricht die Vielzahl an Regulierungen in der GKV, die darauf abzielen, den Anstieg der abgerechneten Leistungsmengen und damit den Ausgabenzuwachs in der GKV zu begrenzen, während in der PKV solche Mengenregulierungen nicht existieren. Die Ärzte können also bei PKV-Versicherten "unbegrenzt" Leistungen abrechnen, während dies bei GKV-Patienten nicht möglich ist. Zusätzlich zeigt eine neuere empirische Studie von Jürges (2007), dass Ärzte eher bei privat versicherten Patienten zu einer „angebotsinduzierten Nachfrage“ neigen.

Für einen Preiseffekt spricht die Möglichkeit der Ärzte, bei Privatpatienten für eine im Grundsatz gleiche Leistung einen höheren Preis zu berechnen (Walendzik et al. 2008). Niehaus und Weber (2005) zeigten anhand einer Analyse der Leistungsausgaben, dass der "Mehrumsatz" bei PKV-Versicherten im ambulanten Bereich zu einem Großteil auf den Preiseffekt zurückzuführen ist (Niehaus/Weber 2005, S. 139).

Für einen Qualitätseffekt spricht, dass gesetzlich und privat Versicherte unterschiedliche Leistungsansprüche gegenüber ihrer Krankenversicherung haben, sich also die "Leistungskataloge" je nach Versichertenstatus systematisch voneinander unterscheiden. Ein unterschiedlicher Zugang zu (erstattungsfähigen) Leistungen kann zu Unterschieden in der medizinischen Behandlungsqualität führen (vgl. hierzu Kapitel 5.3).

Prinzipiell können alle drei Effekte auf Wettbewerbsmängel und daraus resultierende Ineffizienzen auf dem Leistungsmarkt der PKV hindeuten:

- Eine Mengenausweitung bei PKV-Patienten ist dann als ineffizient zu beurteilen, wenn sie zu einer Überversorgung von PKV-Patienten führt, beispielsweise durch medizinisch induzierte Mengenausweitungen oder Mengenausweitungen, die ein Patient nicht nachfragen würde, hätte er den gleichen Informationsstand wie die Ärzte.
- Der Preiseffekt, also höhere Preise für die gleiche Leistung, entspricht einer Preisdifferenzierung 3. Grades, bei der das gleiche Gut unterschiedlichen Personengruppen zu unterschiedlichen Preisen angeboten wird. Preisdifferenzierung 3. Grades führt im Vergleich zu einer Situation mit vollständiger Konkurrenz zu einer niedrigeren Effizienz. Zusätzlich ergibt sich eine Preisdifferenzierung im konkreten Fall primär aus der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes. Sie ist damit zunächst einmal Folge von Regulierungen bzw. der gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. Gültigkeit der GOÄ außerhalb der GKV oder feh-

lende Gültigkeit einer Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen für Privatkliniken) und spiegelt nicht originär – wie bei der Preisdifferenzierung eigentlich vorausgesetzt – eine unterschiedliche Zahlungsbereitschaft der Konsumenten wider.

- Der Qualitätseffekt, also höhere Preise für eine höhere Qualität zu bezahlen, ist in der Regel dann kein Ausdruck von Ineffizienz, wenn er auf funktionierenden Krankenversicherungsmärkten aus unterschiedlichen Risikopräferenzen und Zahlungsbereitschaften resultiert. Allerdings verfügt nur die kleinere Gruppe der Versicherungsnehmer, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, über entsprechende Wahlmöglichkeiten. Demnach wären auch Unterschiede in der Behandlungsqualität zwischen privat und gesetzlich versicherten Personen primär Folge der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes und einer damit regulierten Zuweisung des Versichertenstatus, aus der sich wiederum der Zugang zu bestimmten (erstattungsfähigen) Gesundheitsleistungen ergibt. Die Qualitätssteigerungen wären dagegen kein originäres Ergebnis von Leistungswettbewerb.

Während weitgehend darüber Konsens besteht, dass die PKV für ihre Versicherten überproportional mehr an Leistungsanbieter zahlt und dies größtenteils auf höhere Preise und auf eine gezielte Ausweitung der Leistungsmengen zurückzuführen ist, gibt es keine Einigkeit über die gesundheitspolitische Deutung dieser Art von „Quersubventionierung“. Die Bundesärztekammer verwies auf Widersprüche der PKV-Position, sich einerseits als unverzichtbarer Finanzier der medizinischen Infrastruktur zu präsentieren, ohne den die GKV-Versorgung nicht auf heutigem Niveau gehalten werden könne, andererseits aber gleichzeitig zunehmend überhöhte Preise und Abrechnungen der Leistungsanbieter zu kritisieren (vgl. Hess 2005). Umstritten ist auch, inwiefern die „Überzahlungen“ der PKV als Subventionierung der GKV gewertet werden können. Unter Berücksichtigung von Selektionseffekten zwischen GKV und PKV ließe sich auch eine Subventionierung der PKV durch die GKV begründen, die der PKV überhaupt erst ermöglicht, höhere Preise zu bezahlen (vgl. Meyer 1997).³⁷

Das Argument, dass die "Überzahlungen" für PKV-Versicherte erforderlich seien, um die von GKV und PKV gemeinsam genutzte Versorgungsinfrastruktur sowie innovative Behandlungsmethoden finanzierbar zu halten, ist unter Effizienzgesichtspunkten kaum begründbar. Für das Ziel, eine ausreichende Finanzierung von Infrastruktur und Innovationen zu gewährleisten, gibt es alternative Finanzierungslösungen, von denen keine vergleichbaren

³⁷ Zur Quantifizierung von Risikoselektionseffekten zwischen GKV und PKV vgl. Albrecht et al. (2007).

allokativen Verzerrungen bzw. Wettbewerbsmängel zu erwarten sind, wie sie sich auf dem Leistungsmarkt in der PKV ergeben. Hierzu zählen sämtliche Finanzierungsmodelle, nach denen Krankenversicherungen unter denselben Rahmenbedingungen miteinander konkurrieren und Versicherte über dieselben Wahlmöglichkeiten verfügen.³⁸ Die Frage, ob das höhere Preisniveau der PKV oder das niedrigere Preisniveau der GKV „das richtige“ sei bzw. ob das höhere Preisniveau der PKV durch eine "Unterfinanzierung" der GKV verursacht werde, ist dagegen zweitrangig.

5.2 Wettbewerb um Leistungsverträge zwischen Leistungsanbietern und Versicherungsunternehmen

Der Vertragswettbewerb als Ansatz, um die Effizienz der Leistungen in der Krankenversicherung zu erhöhen, ist in Deutschland noch relativ neu. Vertragswettbewerb bedeutet, dass Krankenversicherungen im Wettbewerb zueinander individuelle Leistungsverträge mit Leistungsanbietern für ihre Versicherten schließen. Damit konkurrieren Krankenversicherungen um Leistungsanbieter sowie Leistungsanbieter um aus ihrer Sicht attraktive Verträge mit Krankenversicherungen.

In der GKV wird der Leistungsmarkt bislang durch Kollektivverträge dominiert, Krankenkassen verhandeln mit Leistungsanbietern die Leistungskonditionen und Vergütungen in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung überwiegend "gemeinsam und einheitlich", also explizit nicht wettbewerblich. Erstattungsregelungen werden durch einen Gemeinsamen Bundesausschuss, dem (stimmberechtigt) Vertreter von Krankenkassen und Ärzteschaft angehören, festgelegt. Für den Arzneimittelbereich gilt ein für alle Krankenkassen einheitliches Festbetragssystem, insoweit es sich nicht um hochinnovative Arzneimittel handelt. Wettbewerb konzentrierte sich auf den Versicherungsmarkt, also die Wahl der Krankenkasse, sowie – allerdings weniger ausgeprägt – auf den Wettbewerb der Leistungsanbieter um Patienten.³⁹ Erst durch zahlreiche Gesundheitsreformen seit Ende der 1990er Jahre wurden schrittweise Rahmenbedingungen für einen Vertragswettbewerb geschaffen, der den Krankenkassen neben den kollektivvertraglichen Vereinbarungen Spielräume eröffnet hat, selektiv mit Leistungsanbietern Verträge zu schließen. Die größten Fortschritte wurden da-

³⁸ Vgl. z. B. das Konzept der "Bürgerprämie" des SVR (2004) oder Albrecht et al. (2006). Siehe auch Leinert (2006).

³⁹ Vor der Honorarreform im Jahr 2009 gab es auch innerhalb der GKV Vergütungsunterschiede (kassen- bzw. kassenartenspezifische Punktwerte).

bei in der Arzneimittelversorgung (kassenspezifische Rabattverträge) und im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung gemacht.⁴⁰

In der PKV stehen direkte Verträge mit Leistungsanbietern, ob wettbewerblich oder kollektiv, zunächst in einem gewissen Widerspruch zum eigenen Selbstverständnis (vgl. Kapitel 5.1.2). Die freie Arztwahl, die Therapiefreiheit des Arztes und ein "ungestörtes" Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten sind Elemente, denen die PKV als Versicherungssystem ihren Rückhalt bei Leistungsanbietern und Versicherten verdankt. Ein grundlegender Wandel in der Beziehung zu den Leistungsanbietern dürfte darüber hinaus in Konflikt mit dem rechtlichen Bestandsschutz für alle bereits abgeschlossenen Versicherungsverträge geraten.⁴¹

Als ein weiteres grundsätzliches Problem der PKV-Unternehmen, direkte Verträge mit den Leistungsanbietern verstärkt als Strategie zur Steuerung der Leistungsausgaben zu nutzen, wird ihre vergleichsweise geringe Marktmacht angesehen. Gemessen an der Anzahl der Versicherten kam die PKV im Jahr 2008 auf einen Anteil am Krankenversicherungsmarkt von knapp 11 %.⁴² Innerhalb der PKV hat das größte Unternehmen einen Marktanteil von knapp 14 % an den verdienten Brutto-Beiträgen (BaFin 2009, S. 11). Die drei größten PKV-Unternehmen kamen demnach auf einen Marktanteil von 37,2 %. Das viertgrößte PKV-Unternehmen hatte mit knapp 6,8 % bereits einen Marktanteil deutlich unter einem Zehntel, ab dem zehntgrößten Unternehmen sinken die Marktanteile auf unter 3 %. Auf dem Markt für Versicherungsleistungen konkurrieren die PKV-Unternehmen für einen Großteil des Leistungsspektrums mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der Marktanteil selbst des größten privaten Krankenversicherers entspricht auf diesem gemeinsamen Markt nur einem niedrigen einstelligen Prozentwert. In Kreisen der GKV werden bereits Marktanteile von 20 % (zumindest in den Hauptpräsenzregionen) bzw. von mindestens einer Millionen Versicherten als kritische Größen genannt, um im Vertragswettbewerb

⁴⁰ Vgl. für eine ausführliche Darstellung Rürup/IGES/DIW/DIW econ/Wille (2009), Kapitel 2 (S. 51 ff.).

⁴¹ Dies haben beispielsweise die Auseinandersetzungen über die Auslegung des mit der Reform des VVG neu eingeführten § 192 Abs. 2 VVG über die Angemessenheit von Aufwendungen verdeutlicht (vgl. Kapitel 5.1.2).

⁴² Anzahl der Personen mit privater Krankheitsvollversicherung an der Summe aus in der GKV versicherten Personen und Personen mit privater Krankheitskostenvollversicherung.

mit Leistungsanbietern Markterfolge erzielen zu können.⁴³ Das letztgenannte Kriterium würde gegenwärtig nur ein einziges PKV-Unternehmen erfüllen. Die meisten PKV-Unternehmen erreichen allenfalls Marktanteile, die mit denen von kleinen bis mittleren Betriebskrankenkassen in der GKV vergleichbar sind – also derjenigen Kassenart, in der in der Vergangenheit die meisten Fusionen stattgefunden haben. Im Vergleich zu den großen gesetzlichen Krankenkassen käme nur die Gesamtheit der PKV-Unternehmen auf einen annähernd vergleichbaren Marktanteil.

Damit Krankenversicherer durch Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt eine höhere Effizienz ihrer Versicherungsleistungen erreichen können, müssen zwei grundsätzliche Voraussetzungen erfüllt sein: Krankenversicherer müssen über Möglichkeiten verfügen,

- mit Leistungsanbietern unterschiedliche Preise zu vereinbaren (auch in Form von Rabatten),
- ihre Versicherten als Patienten effektiv zu ihren Vertragspartnern unter den Leistungsanbietern zu steuern bzw. Leistungsanbieter, mit denen kein individuelles Vertragsverhältnis besteht, vom Erstattungsanspruch ihrer Versicherten auszuschließen.

Die zweite Voraussetzung, eine effektive Patientensteuerung, versetzt die Versicherer überhaupt erst in die Lage, mit Leistungsanbietern in Preisverhandlungen zu treten, indem sie diesen mit einiger Verbindlichkeit eine bestimmte Nachfragemenge zusagen können.

In der PKV sind diese beiden Voraussetzungen je nach Leistungsbereich in unterschiedlichem Ausmaß erfüllt, aber bis heute nicht in "ausreichender Kombination". So wurde beispielsweise mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 auch für private Krankenversicherer die Möglichkeit geschaffen, mit Arzneimittelherstellern individuelle Rabatte zu vereinbaren (Neufassung von § 78 Abs. 3 AMG). Jedoch können die Krankenversicherer die Verordnungspraxis von Ärzten oder die Arzneimittelabgabe durch Apotheken bislang nicht effektiv steuern, während es mittlerweile in der GKV durch eine Verpflichtung der Apotheker möglich ist, Arzneimittelherstellern Exklusivrechte einzuräumen.⁴⁴ Anders verhält es sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung: Die PKV-Unternehmen können ihren Versicherten durch Tarife mit gestaffelter Kostenerstattung wirk-

⁴³ Vgl. Handelsblatt vom 25.9.2009 (S. 5) und Stuttgarter Nachrichten vom 9.5.2009 (S. 4).

⁴⁴ Entsprechend haben Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern in der PKV einen wesentlich geringeren Stellenwert als in der GKV.

same Anreize setzen, für Behandlungen bevorzugt bestimmte Partnerärzte des Versicherers aufzusuchen. Wegen exklusiver Gültigkeit der GOÄ/GOZ besteht aber keine Möglichkeit zu Preisverhandlungen mit den Leistungsanbietern. Ähnliches gilt für den stationären Bereich, insoweit allgemeine Krankenhausleistungen betroffen sind: Für diese gilt exklusiv das DRG-Vergütungssystem. Nur mit reinen Privatkliniken können Preise frei verhandelt werden (vgl. hierzu Kapitel 5.1.2).

Die PKV fordert daher vom Gesetzgeber ein Verhandlungsmandat gegenüber den Leistungsanbietern und Spielräume für Preisverhandlungen. Dabei konzentriert sich die Forderung der PKV nach Öffnungsklauseln bislang auf die amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ), die für ambulante ärztliche Leistungen und Wahlleistungen im Krankenhaus gilt.⁴⁵ Da die Gebührenordnungen im Vergleich zur GKV i. A. ein höheres Vergütungsniveau ermöglichen (vgl. Kapitel 5.1.2), haben die Leistungsanbieter kein Interesse an derartigen Öffnungsklauseln und Verhandlungen mit den privaten Versicherern.⁴⁶ Umgekehrt verhält es sich mit Blick auf die Vergütung allgemeiner Krankenhausleistungen: Da hier PKV und GKV dieselben Preise bezahlen, wären die Leistungsanbieter gegenüber Preisverhandlungen aufgeschlossener, zumal "Komfortzuschläge" für privat versicherte Patienten rechtlich umstritten sind.

Trotz dieser Einschränkungen gibt es Möglichkeiten für PKV-Unternehmen, Einfluss auf die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu nehmen. So dürfen private Krankenversicherer im Gegensatz zur GKV Eigeneinrichtungen zur Leistungserbringung betreiben (z. B. Krankenhäuser oder Medizinische Versorgungszentren).⁴⁷ In der ambulanten ärztlichen Versorgung haben erste PKV-Unternehmen damit begonnen, ein Netz von Partnerärzten für privat versicherte Patienten aufzubauen.⁴⁸ Bei diesen neu-

⁴⁵ Vgl. PKV publik November 2009, S. 9.

⁴⁶ Vgl. Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Punkt VI Vergütung), gemäß dem die Einführung einer Öffnungsklausel von der Deutschen Ärzteschaft "strikt abgelehnt" wird.

⁴⁷ Ein prominentes Beispiel für einen solchen Eigenbetrieb ist die Sana-Klinikkette, deren Gesellschafter 33 private Krankenversicherer sind. Hierbei handelt es sich allerdings um keinen neuen Ansatz des Gesundheitsmanagements, denn die Gründung datiert bereits auf den Beginn der 1970er Jahre und hatte insbesondere zum Ziel, das Angebot von Wahlleistungen im stationären Sektor aufrecht zu erhalten. In der GKV dürften gemäß § 140 SGB V nur diejenigen Eigeneinrichtungen von Krankenkassen betrieben werden, die bereits zu Jahresbeginn 1989 existierten.

⁴⁸ So wurde als Tochterunternehmen der DKV Deutsche Krankenversicherung AG die goMedus GmbH & Co. KG als Unternehmen gegründet, "das sich auf die Entwick-

en Ansätzen stehen primär Vorteile für Versicherungsnehmer im Vordergrund. Beim goMedus-Gesundheitsnetz müssen beispielsweise teilnehmende Ärzte überdurchschnittliche Qualitätsstandards erfüllen, und den Versicherten werden zeitnahe Terminvergabe und kurze Wartezeiten garantiert. Da Preise wegen der amtlichen Gebührenordnungen nicht frei vereinbart werden können, bleibt als Anreiz für die teilnehmenden Ärzte – die übrigens weiterhin als Freiberufler tätig sind – im Wesentlichen die Aussicht darauf, dass sie überdurchschnittlich viele Privatpatienten zu ihren Klienten zählen und diese nach GOÄ abrechnen können. Aus Sicht der Krankenversicherer bietet ein solcher Ansatz vergleichsweise wenig Möglichkeiten zur Kostendämpfung, sondern dient eher dem Ziel, den Wettbewerb um Neuzugänge auf dem Versicherungsmarkt um Qualitätsargumente zu erweitern.

In diesen Ansätzen aber bereits den Vormarsch des Sachleistungsprinzips in der PKV zu sehen⁴⁹, entspräche einer Überzeichnung der neueren Entwicklungen. Ein sehr offensichtliches Kennzeichen des Sachleistungsprinzips ist die Direktabrechnung zwischen Versicherer und Leistungserbringer, Versicherungsnehmer müssen nicht in finanzielle Vorleistung treten. Seit der Reform des VVG im Jahr 2008 stellt der neu gefasste § 192 in Abs. 3 explizit klar, dass neben der reinen Aufwandserstattung auch zusätzliche Dienstleistungen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungsanspruchnahme stehen, als Bestandteil der Krankheitskostenversicherung angeboten werden können. Hierzu zählen u. a. die unmittelbare Abrechnung, aber auch die Beratung über Leistungen und über Leistungsanbieter.⁵⁰ Ein wesentliches und im Vergleich zur eher technischen Frage der Abrechnung bedeutenderes Merkmal des Sachleistungsprinzips ist aber, dass Versicherer die Leistungskonditionen und -vergütungen mit den Leistungsanbietern vertraglich vereinbaren – sei es unternehmensindividuell oder, wie überwiegend in der GKV, kollektiv. Dies ist, wie oben ausgeführt, in der PKV nach wie vor nur sehr eingeschränkt bzw. gar nicht möglich.

Während in der GKV "harte" Fragen der Vergütung die Diskussion über Selektivverträge dominieren, dürften in der PKV zwangsläufig eher "wei-

lung von Strukturen für eine optimale medizinische Versorgung von Privatpatienten im ambulanten Bereich spezialisiert hat" (www.gomedus.de). Das Unternehmen baut deutschlandweit ein Gesundheitsnetz mit Fachärzten insbesondere für Privatpatienten auf. Die Leistungserbringung im Rahmen dieses Gesundheitsnetzes haben zwei Erstversicherer als Bestandteil ihrer neuen Tarife aufgenommen.

⁴⁹ Vgl. z. B. Ärzte-Zeitung vom 15.9.2008 oder Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 7.9.2008 (S. 49).

⁵⁰ Die Direktabrechnung mit den Leistungserbringern praktiziert die PKV im stationären Bereich bereits seit den 1980er Jahren.

che" Qualitätsaspekte im Vordergrund stehen. Mindestens vergleichbar effektiv dürften hingegen die Möglichkeiten der PKV mit Blick auf die Steuerung von Patienten sein, weil sich mit einer in Abhängigkeit von der Arztwahl gestaffelten Kostenerstattung wirksame finanzielle Steuerungsanreize erzielen lassen. Allerdings spricht gegen eine weitreichende Nutzung dieser Möglichkeiten, dass Versicherungsnehmer eine Einschränkung der Arztwahl – auch wenn sie gegen finanziellen Vorteil frei gewählt ist – als Leistungsminderung und damit für sich genommen negativ werten. Dieser Nachteil kann u. U. durch ein ausreichend dichtes Netz von Partnerärzten ausgeglichen werden. Den auf den Leistungsmärkten eher kleinen PKV-Unternehmen dürfte dies schwer fallen, zumal das "Verkaufsargument" überdurchschnittlicher Qualitätsanforderungen das Feld potenzieller Partner zusätzlich einschränkt.

Damit bleibt das Angebot von PKV-Unternehmen leistungsseitig auf "Partner" unter den Leistungsanbietern beschränkt, mit denen – im Unterschied zur GKV – keine exklusiven, die Vergütung regelnden Leistungsverträge geschlossen werden. Die Betonung der Qualitätskomponente dieser Angebot für die Versicherungsnehmer legt nahe, dass sich diese Angebote primär auf Ballungsgebiete mit entsprechend hoher Arztdichte konzentrieren. Zur Steuerung ihrer Versicherungsnehmer können die PKV-Unternehmen zunächst auf das Angebot "zusätzlicher Dienstleistungen" (gemäß § 192 Abs. 3 VVG) wie Beratung und Empfehlungen sowie Direktabrechnungen zurückgreifen oder – verstärkend – auf finanzielle Anreize in Form von Tarifangeboten mit gestaffelter Kostenerstattung. Ein substanzieller Vertragswettbewerb zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungsanbietern wird damit kaum erreicht. Ein solcher setzt größere Spielräume für Vergütungsvereinbarungen voraus.

5.3 Wettbewerb und Versorgungsqualität

Die Art und Weise, wie die Wettbewerbsbedingungen auf den Leistungsmärkten der PKV die Qualität der medizinischen Versorgung von privat Versicherten beeinflussen, kann ebenfalls anhand eines Vergleichs mit der GKV kenntlich gemacht werden. Der Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“, der in der öffentlichen Diskussion mit den Unterschieden der Vergütungssysteme – höhere „Preise“ und keine Mengenregulierungen in der PKV – verknüpft wird, impliziert, dass privat versicherte Patienten „besser“ medizinisch versorgt werden als gesetzlich versicherte. Eine solche Schlussfolgerung setzt voraus, dass den zusätzlichen Vergütungen (je Versicherten) größere Mengen oder zusätzliche andersartige medizinisch indizierter Leistungen, eine höhere Leistungsqualität oder eine Kombination aus diesen Elementen gegenüberstehen. Die vorliegenden Untersuchungen haben je-

doch gezeigt, dass ein bedeutender Anteil der Vergütungsunterschiede zwischen PKV und GKV durch reine Preiseffekte erklärt werden kann, also durch Preisunterschiede für (in Menge, Art und Qualität) vergleichbare Leistungen (vgl. Kapitel 5.1.5). Systematische Versorgungsunterschiede mit Auswirkungen auf die Versorgungsqualität können zwischen privat und gesetzlich Versicherten dennoch bestehen.

Einen ersten offensichtlichen Anhaltspunkt für Versorgungsunterschiede liefern die z. T. beträchtlichen Unterschiede in der Wartezeit auf einen Behandlungstermin zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Diese Unterschiede wurden in einer Reihe von neueren Untersuchungen auf der Basis von Patientenbefragungen festgestellt (vgl. BKK-Bundesverband 2008; KBV 2008; Zok 2007). Besonders ausgeprägt scheinen dabei die Unterschiede in den Wartezeiten für einen Termin beim Facharzt zu sein. Auch bei akuten Beschwerden zeigten sich große Unterschiede in den Wartezeiten für einen Termin je nach Versichertenstatus (Zok 2007). Die Untersuchung von Längen et al. (2008) ergab auf der Grundlage eines experimentellen Studiendesigns (telefonische Terminanfragen bei Arztpraxen), dass gesetzlich Versicherte im Durchschnitt mehr als drei Arbeitstage länger auf einen Termin warten müssen als privat Versicherte.

Für den stationären Sektor kam die Untersuchung von Sauerland et al. (2009) – ebenfalls auf experimenteller Basis mit telefonischen Terminanfragen bei zufällig ausgewählten Krankenhäusern – zu dem Ergebnis, dass bei 75 % der Krankenhäuser der Versichertenstatus auf die Vergabe eines Behandlungstermins keinen Einfluss hat. Für die übrigen 25 % der Krankenhäuser ergab sich eine um durchschnittlich 1,6 Tage längere Wartezeit für gesetzlich Versicherte. Dass bei Krankenhäusern die festgestellten Unterschiede in den Wartezeiten deutlich geringer ausfielen, lässt sich mit der gleichen Vergütung bei allgemeinen Krankenhausleistungen für gesetzlich und privat versicherte Patienten begründen. Privat versicherte Wahlleistungen im Krankenhaus (wie Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung) werden dagegen zusätzlich vergütet, allerdings verfügen auch viele gesetzlich Versicherte für diese Art von Leistungen über private Zusatzversicherungen.

Eine im Durchschnitt längere Wartezeit hat nicht zwangsläufig negative Auswirkungen auf die medizinische Qualität der Behandlung. Entsprechend kann aus systematisch unterschiedlichen Wartezeiten nicht zwangsläufig auf entsprechende Unterschiede der medizinischen Versorgungsqualität geschlossen werden, die anstatt mit unterschiedlicher Morbidität mit einem unterschiedlichen Versicherungsstatus zu erklären sind. Auch wenn der empirische Nachweis für Deutschland bislang noch aussteht, ist aber davon auszugehen, dass längere Wartezeiten dazu beitragen können, dass Patienten medizinisch notwendige Untersuchungen aufschieben oder sogar ganz darauf verzichten. In den vorliegenden Untersuchungen zu den Terminver-

gabeunterschieden wird allerdings nicht ausreichend berücksichtigt, dass im (Verdachts-)Fall ernsthafter Erkrankungen häufig eine schnellere Terminvergabe auch für gesetzlich Versicherte erfolgt und – mit Blick auf die längeren Wartezeiten bei Fachärzten – häufig auch Überweisungen durch Hausärzte beschleunigend wirken.

Weitergehenden Aufschluss über mögliche Unterschiede in der Versorgungsqualität kann aus Unterschieden der Leistungsstruktur gewonnen werden, wenn privat versicherte Patienten systematisch andere Leistungen erhalten. Vergleichsweise viele Untersuchungen liegen diesbezüglich zum Bereich der Arzneimittelversorgung vor. So zeigen einige Analysen, dass bei PKV-Patienten anteilmäßig mehr neue Wirkstoffe bzw. patentgeschützte Medikamente verschrieben werden als bei GKV-Patienten und PKV-Patienten damit offensichtlich schneller und intensiver am pharmakologischen Fortschritt teilhaben (Wild 2008; Ziegenhagen et al. 2004). Entsprechend geringer ist der Anteil der Generika, die privat Versicherten verordnet werden (Wild 2009). Da patentgeschützte Medikamente teurer sind als Generika, können höhere Ausgaben für Arzneimittel bei PKV-Patienten durch diese unterschiedliche Produkt-Preis-Kombination erklärt werden.

Inwieweit dies jedoch tatsächlich zu einer besseren Behandlungsqualität führt, ist nicht eindeutig zu beantworten. Dies hängt z. B. davon ab, ob sich die neuen Wirkstoffe und Medikamente tatsächlich durch eine höhere Wirksamkeit und/oder weniger Nebenwirkungen auszeichnen. Darüber hinaus wäre für eine zuverlässige Beurteilung von Unterschieden der Versorgungsqualität eine sektorübergreifende Betrachtungsperspektive erforderlich. So könnte ein höherer Umsatzanteil von innovativen Onkologika in der PKV (vgl. Wild 2008, S. 8 f.) beispielsweise auch dadurch erklärt werden, dass GKV-Patienten relativ häufiger stationär behandelt werden (vgl. auch Kapitel 5.1.4). Dieser Teil der onkologischen Versorgung inklusive der stationären Arzneimitteltherapie wird in den Verordnungsdaten, die den Auswertungen von Wild (2008) zugrunde liegen, nicht erfasst, müsste aber zur Beurteilung der Versorgungsqualität einbezogen werden.

Speziell für die Verordnung von Insulinen ermittelt Wild (2009a), dass privat versicherte Patienten vermehrten Zugang zu höherpreisigen Insulinanaloga haben, während bei gesetzlich Versicherten der Anteil der günstigeren Humaninsuline größer ist. Dagegen kommt eine aktuelle Studie von Martin et al. (2008), die die Behandlungsqualität bei Typ-2-Diabetes analysiert, zu dem Schluss, dass bei gesetzlich und privat Versicherten die gleichen Untersuchungen und Therapien durchgeführt werden und auch die Arzneimittelversorgung (mit Insulin) vergleichbar ist.

Offensichtliche Unterschiede in der Versorgungsqualität ergeben sich immer dann, wenn die Leistungsansprüche in den beiden Versicherungssystemen explizit voneinander abweichen. Bei Arzneimitteln ist dies beispiels-

weise für Arzneien der Fall, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (insbesondere der in-vitro-Fertilisation) verordnet werden (Wild 2008, S. 15). Hier wurde der Erstattungsanspruch in der GKV durch das GKV-Modernisierungsgesetz ab dem Jahr 2004 deutlich reduziert.

Zusammenfassend lässt sich damit auf empirischer Basis keine eindeutige Aussage treffen, inwiefern es tatsächlich Unterschiede in der Behandlungsqualität zwischen PKV- und GKV-Versicherten gibt, zumindest insofern es sich um Leistungen handelt, die auch in der GKV erstattungspflichtig sind.

6 Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform

Das zum 1.4.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) enthielt neben zahlreichen Neuregelungen auch eine Reihe von weitreichenden Maßnahmen, mit denen die wettbewerblichen Rahmenbedingungen in der PKV verändert wurden. Im Wesentlichen ergaben sich hieraus zwei Neuerungen:

- die Erschwerung des Wechsels abhängig Beschäftigter in die PKV,
- die Pflicht zum Angebot eines Basistarifs in Verbindung mit einer teilweisen Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen.

Darüber hinaus erhielten gesetzliche Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten, Wahltarife anzubieten und damit in Marktbereichen zu konkurrieren, die bislang exklusiv der PKV vorbehalten waren.

6.1 Einschränkung der Möglichkeiten eines Wechsels von der GKV in die PKV

Durch die Änderungen des § 6 SGB V zur Versicherungsfreiheit wurde das Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Jahren zur Voraussetzung dafür, dass abhängig Beschäftigte aus der GKV in die PKV wechseln dürfen. Zuvor war ein solcher Wechsel bereits nach Ablauf des Kalenderjahres möglich, in dem das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze dieses Jahres und die des Folgejahres überstieg. Mit dieser Neuregelung soll die Abwanderung von abhängig Beschäftigten in die PKV erschwert werden. Dabei zielt der Gesetzgeber primär auf die Wechsler, für die die Bilanz aus der Nutzung von Leistungen der Solidargemeinschaft einerseits und ihren Beitragsleistungen andererseits deutlich zu Ungunsten der GKV ausfällt. Konkret genannt werden in der Begründung des Gesetzentwurfs beitragsfrei Familienversicherte, Auszubildende und Berufsanfänger mit geringem Arbeitsentgelt, die „unter Umständen jahrzehntelang...von den Leistungen der Solidargemeinschaft profitiert haben“⁵¹. Aus der Gesetzesbegründung geht indirekt hervor, dass

⁵¹ Deutscher Bundestag Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006, S. 95.

der Gesetzgeber die finanziellen Auswirkungen dieser Regelung für relativ groß hält.⁵²

Betroffen sind von der Neuregelung nur die abhängig Beschäftigten, die auch nach einem Wechsel in die PKV diesen beruflichen Status beibehalten. Umgekehrt gilt, dass bislang nicht versicherungspflichtige Personen, die in eine abhängige Beschäftigung wechseln – z. B. ein Wechsel von freiberuflicher Tätigkeit in ein Angestelltenverhältnis –, zunächst für drei Jahre versicherungspflichtig werden und in die GKV wechseln müssen, selbst wenn ihr aktuelles Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt und sie hierdurch Anwartschaften in einer bisherigen privaten Krankenversicherung verlieren.

Das IGES Institut hatte im Rahmen einer Analyse der Wechsel von Versicherten zwischen GKV und PKV auf der Basis empirischer Haushaltsdaten die Auswirkung dieser Neuregelung auf den Zugang in die PKV geschätzt. Demnach wären im Zeitraum der Jahre 2002 bis 2004, für den die Neuregelung simuliert wurde, rund 15 % aller GKV-Abgänge verhindert worden, wenn eine dreijährige obligatorische Wartezeit gegolten hätte, wie sie mit dem GKV-WSG beschlossen wurde (vgl. Albrecht et al. 2007, S. 97). Es ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Wechsel infolge der Einführung der dreijährigen Wartezeit lediglich zeitlich aufgeschoben und später nachgeholt wird. Ein Rückgang der Zugänge in der geschätzten Höhe wäre entsprechend einmalig für die ersten drei Jahre nach Inkrafttreten der Neuregelung zu erwarten. Bei kumulativer Betrachtung hingegen, also mit Blick auf die zeitliche Entwicklung des Versichertenbestandes, ergibt sich ein dauerhafter negativer Niveaueffekt.

Wie die Entwicklung der Wechsel zwischen PKV und GKV in den ersten beiden Jahren nach Inkrafttreten des GKV-WSG zeigt, stellt die Schätzung eines Rückgangs der Zugänge um insgesamt 15 % bislang noch eine relativ gute Näherung dar (Tabelle 13). Demnach gab es im ersten Jahr einen überdurchschnittlich starken Rückgang der Zugänge aus der GKV (-17,4 %), im Jahr 2008 jedoch schon wieder einen Anstieg um knapp 5 %. Dadurch, dass sich gleichzeitig die Abgänge zur GKV im vergangenen Jahr verringerten, erhöhte sich der Nettozugang um fast 20 %. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auf die Entwicklung der Zugänge zahlreiche Einflüsse wirken und die beobachteten Veränderungen nicht vollständig der durch das WSG eingeführten obligatorischen dreijährigen Wartezeit zugeschrieben werden können. So lag beispielsweise die Jahresarbeitsentgeltgrenze ("Versicherungspflichtgrenze") im Jahr 2008 um etwa 2 % über dem Wert für 2006. Gleich-

⁵² Vgl. Deutscher Bundestag Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006, S. 209 f.

zeitig haben sich aber auch die Arbeitnehmereinkommen im Jahr 2008 stärker erhöht als in den Vorjahren.

Tabelle 13: Entwicklung des Nettozugangs aus der GKV in die PKV

Jahr	Zugänge aus der GKV	Abgänge zur GKV	Saldo	Veränderung der Zugänge aus der GKV (ggü. Vj.)
1998	327.800	154.800	173.000	3,8%
1999	324.800	149.200	175.600	-0,9%
2000	325.000	148.600	176.400	0,1%
2001	360.700	147.500	213.200	11,0%
2002	362.000	129.800	232.200	0,4%
2003	338.400	130.400	208.000	-6,5%
2004	297.700	130.600	167.100	-12,0%
2005	274.500	154.200	120.300	-7,8%
2006	284.700	143.900	140.800	3,7%
2007	233.700	154.700	79.000	-17,9%
2008	244.900	151.000	93.900	4,8%

Quelle: IGES; PKV (2009)

In seinem Urteil vom 10. Juni 2009 hat das Bundesverfassungsgericht die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht für vereinbar mit dem Grundgesetz erklärt (BVerfG, 1 BvR 706/08). Im Wesentlichen hat das Gericht hierfür vier Gründe genannt:

- Die Erwägung des Gesetzgebers sei gerechtfertigt, insbesondere Beschäftigte, die zuvor unter Umständen jahrzehntelang von den Leistungen der Solidargemeinschaft profitiert haben, beim Erreichen eines höheren Einkommens für einen gewissen Zeitraum zur Stützung des Solidarausgleichs weiterhin an die GKV zu binden ("nachlaufende Solidarität").
- Mit Blick auf Beschäftigte, die bereits bei der erstmaligen Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten – wie insbesondere bei akademischen Berufsanfänger – und bis dahin ausschließlich privat krankenversichert waren, hält das Bundesverfassungsgericht eine Einbeziehung in die Versicherungspflicht gleichwohl für angemessen, weil damit ein berechtigter Nachweis über die Dauerhaftigkeit und Stetigkeit des Überschreitens eingefordert werde.

- Die verlängerte Versicherungspflicht diene auch der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der GKV, die als "überragend wichtiger Gemeinwohlbelang" anzusehen seien.
- Die Verlängerung der Versicherungspflicht schränke für die PKV den Kundenkreis zwar temporär ein, dieser Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit sei aber gerechtfertigt, zumal der Versichertenbestand hiervon nicht unmittelbar betroffen sei und der Zugang anderer bedeutender Kundenkreise der PKV (Beamte, Freiberufler, Selbständige) von der Neuregelung nicht erfasst würde.

Die neue Bundesregierung plant auf der Grundlage des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und FDP, Wechsel in die PKV zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu ermöglichen.

6.2 Einführung eines verpflichtenden Basistarifs

Die privaten Krankenversicherer sind dazu verpflichtet, seit dem 1. Januar 2009 einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten.⁵³ Dieser Tarif muss sich am Leistungsumfang der GKV orientieren. Es gilt Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung. Für den Basistarif dürfen die PKV-Unternehmen nur Prämien erheben, die den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten. Würde durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entstehen, ist der Beitrag zu halbieren. Belastungsunterschiede der Versicherungsunternehmen infolge des Verzichts auf Risikozuschläge sowie infolge der Begrenzung der Beitragshöhe werden unternehmensübergreifend ausgeglichen (Risikoausgleich).⁵⁴ Dabei wird unterschieden: Aufwendungen infolge von Vorerkrankungen werden auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig verteilt, während Mehraufwendungen infolge der Beitragsbegrenzung gleichmäßig auf alle Versicherungsunternehmen der PKV, d. h. auf alle PKV-Vollversicherten, zu verteilen sind.

Die Einführung des Basistarifs stellt einen erheblichen regulatorischen Eingriff in den Markt für private Krankenversicherungen dar. Kontrahierungs-

⁵³ Mit Inkrafttreten des GKV-WSG wurde ein neuer Absatz 1a zu § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes eingeführt (bzw. ein neuer Absatz 7 zu § 178a Versicherungsvertragsgesetz). Im SGB V wird durch Änderung von § 257 Abs. 2a festgelegt, dass seit dem 1.1.2009 Beitragszuschüsse für eine private Krankenversicherung an Beschäftigte nur noch dann gezahlt werden, wenn das Versicherungsunternehmen den Basistarif anbietet.

⁵⁴ Um den Risikoausgleich für den Basistarif durchführen zu können, sind Prüfungen des Gesundheitszustands der Versicherten vorgesehen und auch gesetzlich zulässig (§ 178g Abs. 1 VVG).

zwang, das Verbot von Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen zur Berücksichtigung von Vorerkrankungen bei der Prämienkalkulation sowie die absolute Höchstgrenze der Prämienhöhe widersprechen den bislang maßgeblichen Kalkulationsprinzipien in der PKV. Ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich bildet ebenfalls einen "Fremdkörper" im Geschäftsmodell der PKV, welches sich substantiell vom Geschäftsmodell der privaten Pflegepflichtversicherung unterscheidet. Ein solcher Ausgleich ist die notwendige Folge des Kontrahierungszwangs bei gleichzeitigem Verbot von individuellen Risikozuschlägen. Ein unternehmensübergreifender "finanzieller Spitzenausgleich" wurde allerdings bereits mit Einführung des Standardtarifs durch das GSG 1993 in der PKV implementiert (und ist überdies in der privaten Pflegepflichtversicherung etabliert). Aufgrund der geringen Anzahl von Versicherten im Standardtarif blieb dieser Risikoausgleich bislang jedoch ohne große finanzielle Bedeutung.

Dagegen bleibt die Möglichkeit, die Beiträge für den Basistarif nach Alter und Geschlecht zu differenzieren. Auch ist der Basistarif mit Selbstbehalten kombinierbar. Da der Basistarif zusätzlich neben die herkömmlichen PKV-Tarife tritt, wird aus Sicht der Versicherungsnehmer die Vertragsfreiheit nicht eingeschränkt, sondern es werden, im Gegenteil, die Tarifwahlmöglichkeiten erweitert. Die regulatorischen Eingriffe können im Wesentlichen zwei Zielen zugeordnet werden: einem sozialpolitischen und einem wettbewerbspolitischen.

Das sozialpolitische Ziel ist eine verbesserte Absicherung bestimmter, als besonders schutzbedürftig angesehener Personengruppen gegen Krankheitsrisiken, die bislang keinen oder keinen bezahlbaren Versicherungsschutz in der PKV erhalten konnten, vom GKV-System aber nicht "aufgefangen" werden (z. B. ehemals PKV-Versicherte, die ihre Beiträge nicht mehr bezahlen konnten, oder PKV-Versicherte mit sehr hoher relativer Prämienbelastung aufgrund von Alter/Risikozuschlägen infolge von Vorerkrankungen). Der verpflichtende Basistarif mit Kontrahierungszwang und ohne Risikozuschläge sowie mit Höchstbeitrag und Beitragsreduktion bei Bedürftigkeit soll diesen Personen Zugang zu bezahlbarem Versicherungsschutz gewährleisten - korrespondierend mit der ab 1.1.2009 für die Gesamtbevölkerung geltenden Versicherungspflicht.

Das wettbewerbspolitische Ziel ist die Erweiterung der Möglichkeit zum Wechsel des Versicherers. Durch die Übertragbarkeit von (Teilen der) Alterungsrückstellungen sollen die bislang häufig prohibitiv hohen finanziellen Verluste eines Wechsel von älteren Bestandsversicherten deutlich gemindert werden. Der Kontrahierungszwang sowie der Risikoausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen wurde neben der Vereinheitlichung der Leistungen und Vergütungen im Basistarif eingeführt, um die Übertragung von Alterungsrückstellungen praktikabel zu machen, d. h. vor allem,

um hierbei Risikoselektion zu vermeiden. Insbesondere der unternehmensübergreifende Risikoausgleich soll verhindern, dass die Übertragung von kalkulatorischen Alterungsrückstellungen, die nicht an die individuelle Risikosituation des Versicherungsnehmers zum Wechselzeitpunkt angepasst sind, mit Risikoselektion einhergeht.

Je nach Zielsetzung lassen sich unterschiedliche finanzielle Effekte aus der Einführung des Basistarifs auf die PKV ableiten.

6.2.1 Finanzielle Effekte der sozialpolitischen Ziele des Basistarifs

Der Verzicht auf individuelle Risikozuschläge sowie die Begrenzung des Beitrags im Basistarif auf den GKV-Höchstbeitrag können im individuellen Versicherungsverhältnis – gemessen an der ansonsten praktizierten Tarifierungspraxis in der PKV – Deckungslücken verursachen. Diese Deckungslücken sind über Zuschläge auf die Prämien aller PKV-Versicherten bzw. aller Versicherten im Basistarif zu schließen (§ 8 Abs. 1 Nr. 6 und Nr. 7 KalV). Damit ist – wie bereits für den ehemaligen Standardtarif – explizit eine Quersubventionierung zwischen dem Basistarif und den Normaltarifen vorgesehen, während ansonsten für PKV-Tarife gilt, dass sie sich selbst tragen müssen (vgl. auch §§ 14 und 15 der Kalkulationsverordnung).

Finanzielle Mehrbelastungen der PKV-Versicherten allein durch den Basistarif sind auf die gesetzlichen Vorgaben der Beitragskappung – mit dem GKV-Höchstbeitrag und der Abwendung von Hilfebedürftigkeit als zentrale Maßgaben – zurückzuführen und damit der sozialpolitischen Zielsetzung zuzuschreiben. Hierbei können drei Arten von Belastungswirkungen unterschieden werden: Belastungen aus der Beitragsdeckelung, aus dem Verzicht auf Risikodifferenzierung in der Beitragsbemessung und aus der Berücksichtigung der individuellen Einkommenssituation.

- Durch die Begrenzung auf den GKV-Höchstbeitrag weichen ab einer bestimmten Höhe die (gedeckelten) Zahlbeträge von den rechnerisch notwendigen Beiträgen ab. Da die im Basistarif zu entrichtenden Beiträge altersabhängig steigen, bedeutet das, dass ab bestimmter Altersstufen die zu zahlenden Beiträge die jeweiligen geschlechts- und altersspezifischen Ausgabenrisiken nicht mehr decken. Die Differenzbeträge müssen durch eine Umlage auf alle PKV-Versicherten aufgebracht werden. Hierdurch kommt es c. p. zu entsprechenden Prämiensteigerungen in den PKV-Normaltarifen.⁵⁵

⁵⁵ Zu berücksichtigen ist allerdings, dass diejenigen Personen, die bereits in der PKV versichert sind und dort Alterungsrückstellungen gebildet haben, diese bei einem

- Der Verzicht auf Risikodifferenzierung kann dazu führen, dass bei einer Häufung von Vorerkrankungen unter den Zugängen in den Basistarif Mehraufwendungen in einem Ausmaß entstehen, das infolge der Höchstbeitragsbegrenzung allein durch eine Umlage innerhalb der im Basistarif Versicherten nicht mehr gedeckt werden kann. Dann müssen ebenfalls die in den PKV-Normaltarifen Versicherten zur Deckung dieser Mehraufwendungen herangezogen werden mit entsprechend prämienerhöhenden Wirkungen. Tendenziell prämienerhöhend wirkt darüber hinaus, dass die Umlage innerhalb des Basistarifs zum Ausgleich von nicht berücksichtigten Vorerkrankungen die Attraktivität des Basistarifs für "gute Risiken" mindert. Daher wird das Ausmaß, in dem die Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen innerhalb des Basistarifs ausgeglichen werden können, nicht nur durch die Begrenzung der Beitragshöhe auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt, sondern mittelbar auch durch eine voraussichtlich ungünstige Risikostruktur.
- Eine weitere gesetzlich vorgeschriebene Beitragskappung setzt unterhalb der Höhe des GKV-Höchstbeitrags ein und ist abhängig von der individuellen Einkommenssituation des Versicherungsnehmers – ein Kriterium, das für die normale Tarifierung in der PKV keine Rolle spielt. Sobald Versicherte im Basistarif ihrem Versicherer eine Bescheinigung der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende oder der Sozialhilfe vorlegen, dass allein durch die Zahlung des für sie gültigen Beitrags im Basistarif Hilfebedürftigkeit entsteht, muss der Versicherer diesen Beitrag um die Hälfte reduzieren. Der hierdurch entstehende Differenzbetrag muss wiederum durch eine Umlage auf alle PKV-Vollversicherten in den Normaltarifen aufgebracht werden und führt dort c. p. zu entsprechenden Prämiensteigerungen.

Die finanziellen Mehrbelastungen der in den PKV-Normaltarifen Versicherten fallen demnach um so höher aus, je mehr

- ältere Personen ohne vorherige oder mit nur unterdurchschnittlicher Versicherungszugehörigkeit (und entsprechend geringeren Alterungsrückstellungen),
- Personen mit behandlungsaufwändigen Vorerkrankungen,

Wechsel in den Basistarif anrechnen lassen können. Dadurch verringert sich – je nach Höhe der bislang gebildeten Alterungsrückstellungen – der kalkulatorisch notwendige Beitrag, so dass auch die Differenz zum Zahlbetrag entsprechend niedriger ist als für Personen ohne Alterungsrückstellungen (z. B. freiwillige GKV-Mitglieder). Gerade für höhere Alter, in denen der Differenzbetrag für Neuversicherte hoch ist, haben die PKV-Versicherten mit größerer Wahrscheinlichkeit eine höhere Versicherungszugehörigkeit und infolgedessen auch höhere Alterungsrückstellungen.

- einkommensschwache Versicherte (insbesondere unter den bislang Unversicherten)

in den Basistarif wechseln. Zudem verstärken sich die finanziellen Belastungen tendenziell selbst. Während nämlich die Prämienhöhungen in den Normaltarifen, die aus Deckungslücken im Basistarif resultieren, nach oben prinzipiell unbegrenzt sind, sind Beitragssteigerungen im Basistarif nur begrenzt möglich. Sie können lediglich für diejenigen Basistarifgruppen (nach Geschlecht, Alter und Selbstbehaltsstufe) vorgenommen werden, deren Zahlbeitrag noch unter dem GKV-Höchstbeitrag liegt, oder im Zuge eines Anstiegs des GKV-Höchstbeitrags. Damit ist jedoch ein Selbstverstärkungsprozess angelegt: Je größer die Deckungslücken im Basistarif werden, desto mehr verschlechtert sich die relative Beitragsposition von Normaltarifen im Vergleich zum Basistarif.

6.2.2 Finanzielle Effekte der wettbewerbspolitischen Ziele des Basistarifs

Weitere, die PKV potenziell belastende finanzielle Effekte ergeben sich aus der Kombinierbarkeit des Basistarifs mit Zusatzversicherungen. Dieser Effekt leitet sich aus der wettbewerbspolitischen Zielsetzung ab, einen Wechsel des Versicherers ohne prohibitiv hohe finanzielle Verluste des Versicherten zu ermöglichen. Hierzu wurde mit dem GKV-WSG erstmals die Möglichkeit geschaffen, Alterungsrückstellungen beim Wechsel des Versicherungsunternehmens anrechnen zu lassen. Allerdings ist die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen auf einen dem Basistarif äquivalenten Umfang beschränkt, d. h. auf den Teil, der kalkulatorisch erforderlich ist, um das Eintrittsalter im bisherigen Tarif auch im Basistarif beizubehalten.⁵⁶ Darüber hinaus galt für Bestandsversicherte, die bereits vor dem 1.1.2009 eine private Krankheitsvollversicherung hatten, eine zeitliche Beschränkung: Sie konnten nur innerhalb des ersten Halbjahres 2009 unter Mitnahme des basistarif-äquivalenten Teils ihrer Alterungsrückstellungen zu einem anderen Versicherer wechseln – und dort auch nur in den Basistarif, in dem sie mindestens 18 Monate verweilen müssen, damit sie diese Alterungsrückstellungen erneut übertragen können.⁵⁷ Seit dem 30.6.2009 können Be-

⁵⁶ Vgl. § 13a Abs. 1, 2 KalV: Der Übertragungswert berechnet sich aus der Summe des gesetzlichen Beitragszuschlags nach § 12 Abs. 4a VAG und höchstens der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung).

⁵⁷ Auch eine erneute Übertragung unterliegt Einschränkungen: Sollen die Alterungsrückstellungen prämiemindernd für einen Wechsel in einen Normaltarif eingebracht werden, so geht dies nur bei demselben Versicherer. Bei einem erneuten Anbieter-

standsversicherte nur noch – wie beim früheren Standardtarif – unter bestimmten Voraussetzungen in den Basistarif des bisherigen Versicherers wechseln (Alter über 55 Jahre, Bezug einer GRV-Rente bzw. Beamtenpension oder Hilfebedürftigkeit). Für Neuversicherte (ab 1.1.2009) gilt dagegen die Übertragbarkeit des jeweils basistarif-äquivalenten Teils der Alterungsrückstellungen nicht nur für Wechsel in den Basistarif, sondern für Wechsel in jeden Tarif eines anderen Anbieters.

In vielen Fällen ist davon auszugehen, dass die im bisherigen Normaltarif gebildeten Alterungsrückstellungen höher sind, als es zur Beibehaltung des Eintrittsalters im Basistarif erforderlich wäre (Ausnahme: bisherige Tarife mit sehr hohen Selbsthalten und/oder erst kurze Versicherungszugehörigkeit). Damit in diesen Fällen der "überschießende" Teil der Alterungsrückstellungen nicht zwangsläufig verloren geht, hat der Gesetzgeber ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, den Basistarif mit einer Zusatzversicherung beim bisherigen Versicherer zu kombinieren. Für diese Zusatzversicherung sind dann die verbleibenden Teile der Alterungsrückstellungen anzurechnen.

Belastungswirkungen können sich nun in den Fällen ergeben, in denen es PKV-Versicherten gelingt, durch eine Kombination von Basistarif und Zusatzversicherung ihre Beitragsbelastung zu senken, ohne dass sich ihr versicherter Leistungsumfang reduziert. Für die PKV insgesamt entstehen hierdurch Einnahmeausfälle bei unverändertem Ausgabenrisiko. Dies kann zu weiteren Deckungslücken führen, die durch entsprechende Prämien erhöhungen ausgeglichen werden müssen, und beeinträchtigt die Unternehmensergebnisse.

Grundsätzlich geht dieses Belastungsrisiko von sämtlichen PKV-Vollversicherten aus, ist aber besonders für diejenigen ausgeprägt, bei denen das Entlastungspotenzial aufgrund überdurchschnittlich hoher Prämien in ihren bisherigen Tarifen hoch ist. Auch in diesem Zusammenhang sind Selbstverstärkungstendenzen angelegt.

6.2.3 Einschätzung der tatsächlichen finanziellen Effekte

Nach Angaben des PKV-Verbands waren zur Jahresmitte 2009, also nach Ablauf des einmaligen Zeitfensters für Bestandsversicherte, 9.800 Personen im Basistarif versichert (PKV 2009, S. 23). Die Anzahl liegt damit deutlich

wechsel gilt die Übertragbarkeit wieder nur für den Basistarif. Wird die Mindestverweildauer von 18 Monaten nicht eingehalten, ist nur der seit dem Wechsel in den Basistarif neu gebildete Teil der Alterungsrückstellungen übertragbar (und beim dritten Wechsel der seit dem ersten Wechsel neu gebildete Teil) (§ 13 Abs. 1a KalV).

unter früheren Schätzungen⁵⁸ und entspricht einem Anteil von 0,1 % des Versichertenbestands in der privaten Krankenvollversicherung zur Jahresmitte 2009. Bemerkenswert ist die Struktur der im Basistarif versicherten Personen in Bezug auf ihre Herkunft: Mehr als die Hälfte (5.000) wurde aus dem früheren modifizierten Standardtarif überführt, ein knappes Drittel (3.050) war vorher ohne Versicherungsschutz und 16 % (1.550) wechselten in den Basistarif ihres bisherigen Versicherungsunternehmens. Nur 100 freiwillig gesetzlich Versicherte entschieden sich im ersten Halbjahr für einen Wechsel in den Basistarif der PKV und ebenfalls nur 100 Personen nutzten den Basistarif für einen Anbieterwechsel innerhalb der PKV. Eine Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit nahmen nur etwas mehr als ein Fünftel (2.200) der im Basistarif versicherten Personen in Anspruch.

Trotz des bislang geringen Zulaufs sieht der PKV-Verband im Basistarif „eine latente Bedrohung für die Existenz der privaten Krankheitsvollversicherung“ (PKV 2009, S. 4). Es gibt jedoch zwei wesentliche Gründe, warum sich die finanziellen Risiken, die der PKV aus dem Basistarif entstehen, kurz- bis mittelfristig in engen Grenzen halten werden.

(1) Der Basistarif hat ein relativ ungünstiges Beitrags-Leistungs-Verhältnis.

Nach den uns vorliegenden vorläufigen Beitragstabellen (Stand: 22. Juli 2008) würde – bezogen auf das vergangene Jahr – bereits ab der Altersstufe 26 Jahre (Männer) bzw. 21 Jahre (Frauen) der Höchstbeitrag (2008: 536,40 Euro monatlich)⁵⁹ erhoben werden, sofern kein Selbstbehalt gewählt wird. Durch die Wahl der höchstmöglichen Selbstbehaltsstufe im Basistarif (1.200 Euro p.a.) könnte die Beitragshöhe so stark gesenkt werden, dass der Höchstsatz erst beim Eintrittsalter von 50 Jahren erreicht würde. Der geringste zu zahlende Beitrag im Basistarif ergibt sich nach den vorliegenden Beitragstabellen für das Alter 21 mit höchster Selbstbehaltsstufe; er beträgt bei Männern 420,43 Euro monatlich, für Frauen 434,89 Euro monatlich.⁶⁰ Für beihilfeberechtigte Personen sind die Beitragshöhen entspre-

⁵⁸ Den Kalkulationsgrundsätzen des PKV-Verbands konnte man entnehmen, dass mit 90.000 Versicherten im Basistarif gerechnet wurde. Das Bundesjustizministerium war zu Jahresbeginn 2007 von maximal 300.000 Personen im Basistarif ausgegangen.

⁵⁹ Der Höchstbeitrag entspricht dem Maximalbeitrag in der GKV, wobei die im Jahr 2008 gültige Beitragsbemessungsgrenze von 3.600 Euro monatlich sowie der in diesem Jahr GKV-durchschnittliche Beitragssatz in Höhe von 14,9 % zugrunde gelegt wird.

⁶⁰ Zum Vergleich: Ein 50jähriger Mann konnte im Jahr 2008 bei einem vergleichsweise günstigen privaten Krankenversicherer einen einfachen PKV-Normaltarif (d. h. im Krankenhaus ohne Einbettzimmer und ohne Chefarztbehandlung) ohne Selbstbetei-

chend dem Beihilfeanteil geringer, allerdings nicht exakt in Höhe des Beihilfeanteils. Gemäß den Kalkulationsgrundsätzen des PKV-Verbands würden bei einer 100 %-Erstattung (bzw. 0 % Beihilfeanteil) die Beiträge für Beihilfeberechtigte etwas höher liegen als für Nicht-Beihilfeberechtigte.

Den vergleichsweise hohen Beiträgen steht ein Leistungsumfang gegenüber, der in Art, Umfang und Höhe mit dem in der GKV vergleichbar sein muss. Bezogen auf die Art der medizinischen Leistungen bedeutet dies im Vergleich zu normalen PKV-Tarifen nicht durchweg eine Leistungsreduktion, sondern in einigen Fällen sogar eine Erweiterung des Leistungsanspruchs (z. B. für Rehabilitation). Zudem dürften gerade diejenigen Versicherten mit überdurchschnittlich hohen Prämienbelastungen in Normaltarifen der PKV, für die ein Wechsel in den Basistarif am ehesten in Frage kommt, bereits Möglichkeiten der Leistungsabwahl bzw. der Erhöhung von Selbstbehalten genutzt haben, so dass der Basistarif auch mit Blick auf seinen Leistungsumfang eine Verbesserung darstellen könnte.

Dagegen bietet der Basistarif gerade zwei Leistungsdimensionen nicht, die den meisten Entscheidungen für einen privaten Krankenversicherungsschutz zugrunde liegen dürften: eine langfristige Leistungsgarantie und den Status „Privatpatient“. Wird durch Gesetz der Leistungsanspruch in der GKV eingeschränkt, werden auch die Leistungen im Basistarif entsprechend reduziert. In der „normalen“ PKV-Welt kann es dagegen in bestehenden Versicherungsverhältnissen keine nachträglichen Leistungsminderungen geben – zumindest explizit nicht. Allerdings beruht die Leistungsgarantie in der PKV zum Teil (und notgedrungen) auf abstrakt formulierten Ansprüchen. In der konkreten Praxis verbleiben den Versicherungsunternehmen Spielräume, Leistungsansprüche zu begrenzen (vgl. Kapitel 5.1.3). Darüber hinaus bedingt die langfristige Leistungsgarantie in der PKV Prämiensteigerungen, die häufig über das Ausmaß der Beitragssteigerungen in der GKV hinausgehen (vgl. Kapitel 4.1).

Vorteile, die sich aus dem Status „Privatpatient“ ergeben, gründen i. W. auf höheren Vergütungen auf Basis der amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ), die die PKV-Unternehmen im Vergleich zur GKV den Leistungsanbietern, vor allem den niedergelassenen Ärzten, für die Behandlung ihrer Versicherten zahlen. Dies schlägt sich beispielsweise häufig in zeitlichen Vorteilen für privat versicherte Patienten (schnellere Terminvergabe, kürzere Wartezeiten und mehr Gesprächszeit beim Arzt) nieder (vgl. Kapitel 5.1.5 und Kapitel 5.3). Auch für den Basistarif werden GOÄ/GOZ Grundlage der Vergütung ärztlicher Leistungen sein, allerdings werden die

ligung für rd. 435 Euro erhalten, vorausgesetzt, er zahlt keine Risikozuschläge. Dieser Tarif wäre damit um ca. 112 Euro günstiger als der Basistarif für sein Einstiegsalter.

Vergütungssätze geringer ausfallen. Während in den Normaltarifen in der Regel der 2,3-fache Satz der GOÄ (mittlerer Standard der Leistungsqualität), bei besonderem Aufwand auch der 3,5-fache Satz, abgerechnet werden kann, gilt gemäß § 75 Abs. 3a SGB V – je nach Abschnitt des Gebührenverzeichnisses – der 1,16fache bis zum 1,8fachen (für Zahnärzte bis zum 2fachen) Satz. Hiervon abweichende (auch niedrigere) Sätze können zwischen dem PKV-Verband und den Kassenärztlichen Vereinigungen für den Basistarif vereinbart werden. Insgesamt dürfte die Vergütung im Basistarif aus Sicht der niedergelassenen Ärzte zwar attraktiver sein als in der GKV, zumal für die Behandlung von im Basistarif versicherten Personen keine Mengenregulierungen und Wirtschaftlichkeitsvorgaben gelten, wie sie in der GKV auf der Basis kollektivvertraglicher Regelungen zur Anwendung kommen. Insoweit aber die Basistarif-Vergütung mit einer entsprechenden Verringerung der nach „normalen“ Bedingungen vergüteten Behandlungen einhergeht, kann sie aus Sicht der Ärzte keinen gleichwertigen „Privatpatient-Status“ rechtfertigen.

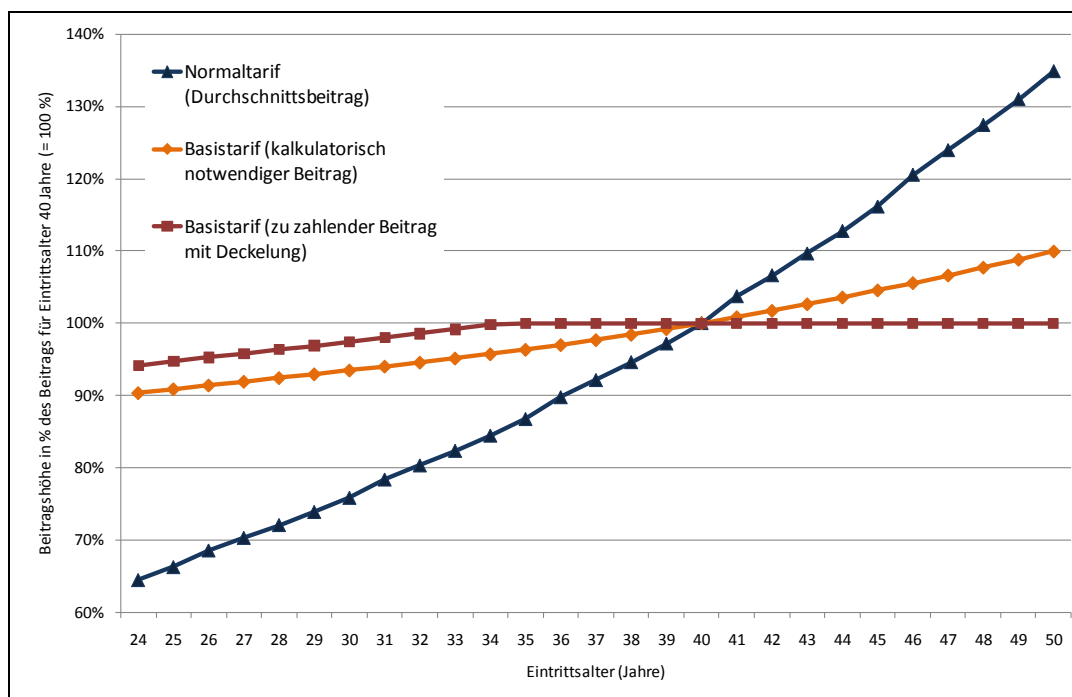
Speziell für freiwillige GKV-Mitglieder verliert der Basistarif zusätzlich an Attraktivität dadurch, dass sie sich – im Gegensatz zu privat Krankenversicherten – keine zuvor gebildeten Alterungsrückstellungen beitragsmindernd bei einem Wechsel in den Basistarif anrechnen lassen können. Auch mit Blick auf familiäre Bedingungen kann der Basistarif zu deutlichen finanziellen Verschlechterungen führen. So gibt es im Basistarif der PKV im Gegensatz zur GKV keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Ebenfalls nachteilhaft wäre ein Wechsel für Familien während der Elternzeit, denn im Basistarif gibt es während dieser Zeit keine Beitragsfreiheit wie in der GKV. Diese Gründe dürften u. a. dazu beigetragen haben, dass bislang kaum freiwillige GKV-Mitglieder von der Option eines Wechsels in den Basistarif der PKV Gebrauch gemacht hat (s. o.).

(2) Die Rückstellungsverluste dürften in vielen Fällen nach wie vor so hoch sein, dass sie Versicherte von einem Wechsel aus Normaltarifen abhalten.

Nur in dem Fall, dass die im Normaltarif angesparten Alterungsrückstellungen geringer sind als die jeweilige basistarif-äquivalente Höhe, ergeben sich keine Rückstellungsverluste. Die Höhe übertragbaren Alterungsrückstellungen entspricht dann exakt den tatsächlich gebildeten Alterungsrückstellungen (zzgl. 10 %-Beitragszuschlag). Hiervon ist allerdings nur für sehr stark leistungsreduzierte Vollversicherungstarife auszugehen (z. B. bei sehr hohen Selbsthalten). Rückstellungsverluste sind dagegen wesentlich wahrscheinlicher. Je mehr aber ein Wechsel mit Rückstellungsverlusten verbunden ist, desto unwahrscheinlicher wird es, dass durch eine Kombination von Basis- und Zusatztarif – wie von der PKV befürchtet – Anbieterwechsel möglich werden, die bei Aufrechterhaltung der Leistungsansprüche zu Beitragseinsparungen führen.

Für spürbar hohe Rückstellungsverluste spricht insbesondere das flache altersbezogene Beitragsprofil. Dass das altersbezogene Beitragsprofil im Basistarif relativ flach verläuft, ist nicht nur auf die Beitragsbegrenzung nach Maßgabe des GKV-Höchstbeitrags zurückzuführen. Auch wenn man den kalkulatorisch erforderlichen Beitragsverlauf (gemäß der uns vorliegenden vorläufigen Beitragstabellen) zugrunde legt, zeigt sich ein Beitragsprofil, das deutlich flacher verläuft als das eines durchschnittlichen Normaltarifs der PKV (Abbildung 29).

Abbildung 29: Altersprofil der Beiträge im Basistarif (Männer, Selbstbehalt 300 Euro) im Vergleich zu Normaltarif, 2008



Quelle: IGES, vorläufige Beitragstabellen für den Tarif BTN für Nicht-Beihilfeberechtigte im Basistarif (Stand: 22. Juli 2008), Normaltarif: Morgen & Morgen (gemäß Kapitel 4.2).

Ein flacher altersbezogener Beitragsverlauf bedeutet, dass nur sehr niedrige Alterungsrückstellungen aufgebaut werden, weil die Glättungsanforderungen an das Deckungskapital entsprechend gering sind. Die Höhe der erforderlichen Alterungsrückstellungen im Basistarif wird durch zwei weitere Faktoren gemindert: Selbstbehalte bleiben bei der Bildung der Alterungsrückstellungen unberücksichtigt, zusätzlich wird für die Basistarifversicherten eine höhere Mortalität unterstellt.

- Im Basistarif werden für alle Selbstbehaltstufen gleiche Alterungsrückstellungen angespart (und zwar wie für die Variante ohne Selbstbehalt). Normalerweise gilt, dass um so mehr Alterungsrück-

stellungen gebildet werden müssen, je steiler der Verlauf der erwarteten Ausgaben ist. Hohe Selbstbehalte verstärken diesen Effekt, weil unterhalb der Selbstbehaltsschwelle für den Versicherte keine Ausgaben anfallen und diese Schwelle mit größerer Wahrscheinlichkeit erst in höheren Altersstufen überschritten wird. Dieser "Schwellenwerteffekt" führt dazu, dass der Verlauf steiler ausfällt als ohne Selbstbehalt. Da dieses Prinzip im Basistarif nicht kalkulatorisch berücksichtigt wird, sind Varianten des Tarifs mit Selbstbehalt günstiger, als sie es nach herkömmlicher Art der Bildung von Alterungsrückstellungen wären.⁶¹ Für Versicherte mit hohem Selbstbehalt wird ein geringerer Anteil des Beitrags als Sparanteil gewertet, der übertragbare Teil der Alterungsrückstellungen fällt hierdurch geringer aus.

- Da für Basistarifversicherte eine erhöhte Mortalität unterstellt wird (Zuschlag auf die Sterbewahrscheinlichkeiten von 35 % bei Männern und 30 % bei Frauen jeweils bis zum Alter 75), müssen als Folge relativ geringere Alterungsrückstellungen gebildet werden, von denen dann aber wiederum ein höherer Anteil (infolge des Ablebens von Versicherten) im Basistarif "vererbt" werden kann.

Folglich führt die Beschränkung der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen auf den jeweiligen basistarif-äquivalenten Umfang dazu, dass bei einem Wechsel Alterungsrückstellungen nur in geringer Höhe portabel sind.⁶² Faktisch könnte das übertragbare Deckungskapital somit häufig auf

⁶¹ Die fehlende Differenzierung der Höhe der zu bildenden Alterungsrückstellungen in Abhängigkeit von Selbstbehaltsstufen stellt eine „Gegenmaßnahme“ zur Neutralisierung des "Tarifhoppings" von hohen Selbstbehaltsstufen zur Selbstbehaltsstufe Null dar. Mit einem solchen Tarifwechsel ist systematisch zu rechnen, sobald Versicherte Altersstufen erreichen, ab denen die Tarifvarianten mit Selbsthalten kaum noch oder keine Beitragsvorteile gegenüber der Variante ohne Selbstbehalt aufweisen. Nach den hier zugrunde liegenden vorläufigen Beitragstabellen ist dies spätestens mit einem Alter Ende 40 der Fall. Die Selbstbehaltsstufen werden daher über pauschale Abschläge nur geschlechtsabhängig, aber altersunabhängig berechnet.

⁶² So argumentierten einige private Versicherte in Unternehmensinformationen gegenüber ihren Kunden, dass sich ein Wechsel in den Basistarif mit anschließendem Wechsel in einen Normaltarif nicht lohne. Begründung: Der Übertragungswert der bisherigen Alterungsrückstellungen würde nur eine geringe Beitragsersparnis im Normaltarif ermöglichen – und zwar so gering, dass sie durch die Differenz zum viel höheren Beitrag im Basistarif, der während der 18-monatigen Mindestbindungsfrist zu entrichten ist, aufgezehrt würde. Ein direkter Wechsel in den Normaltarif ohne Umweg über den „teuren“ Basistarif sei daher die bessere Variante, zumal die Versicherten dann keine Einschränkung ihres Leistungsanspruchs für 18 Monate hinnehmen müssten.

den 10%-Zuschlag nach § 12 (4a) VAG beschränkt bleiben. Dies betrifft nicht nur Wechsel aus dem Basistarif heraus, sondern alle nun möglichen Wechsel, da sich die Übertragungswerte generell am Basistarif orientieren.

Insgesamt ist also von deutlichen Rückstellungsverlusten auszugehen, insbesondere für Versicherte, die in ihrem bisherigen Volltarif infolge langer Versicherungsvertragslaufzeiten und/oder hoher Leistungsniveaus (geringer Selbstbehalte) bereits relativ hohe Alterungsrückstellungen gebildet haben. Dies entkräftet auch eine weitere Befürchtung der PKV vor finanziellen Belastungen, nämlich die, dass infolge der teilweisen Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen die bisherigen Stornogewinne in den Normaltarifen sinken und dort zu zusätzlichen Prämiensteigerungen führen. Je höher aber die Rückstellungsverluste ausfallen, desto geringer ist das Potenzial entfallender Stornogewinne durch Versichertenwechsel in der PKV unter den neuen Rahmenbedingungen.⁶³ Unabhängig von der tatsächlichen Veränderung der Stornogewinne: Aus der Befürchtung der PKV ließe sich herauslesen, dass sich die preisliche Attraktivität von Normaltarifen maßgeblich auf Stornogewinne durch Anbieterwechsel stützt. Wenn dies so wäre, läge den Normaltarifen kein versicherungsökonomisch überzeugendes Modell zugrunde. Vielmehr lässt sich der Wegfall bzw. eine Reduzierung des PKV-Stornos – im Gegensatz zur Umlage zwischen Basistarif und Normaltarifen – als systemkonform für die PKV versicherungsökonomisch begründen, insoweit hierdurch eine stärkere Beitragsglättung über die Zeit erzielt würde. Unabhängig davon verschlechtern beide möglichen Folgen des Basistarifs – Umlage und Verringerung des Storno – c. p. die Position der PKV gegenüber der GKV im Wettbewerb um Versicherungsnehmer, die von der Versicherungspflicht befreit sind.

Insgesamt werden der PKV-Branche durch die Einführung der teilweisen Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen unmittelbar keine Beitragsmittel entzogen, denn bei Wechseln in die GKV können Versicherte weiterhin keine Alterungsrückstellungen mitnehmen.⁶⁴

Das Bundesverfassungsgericht kam – teilweise auch auf der Grundlage der hier dargelegten Argumente – mit seinem Urteil vom 10. Juni 2009 zu dem

⁶³ Stornogewinne infolge von Anbieterwechseln innerhalb der PKV entstehen weiterhin immer noch dann, wenn die Höhe der gebildeten Alterungsrückstellungen über das basistarif-äquivalente Ausmaß hinaus geht und dieser Teil nicht für einen Zusatztarif beim bisherigen Versicherer verwendet wird.

⁶⁴ Vgl. hierzu die Neuregelung in § 5 der Kalkulationsverordnung, wonach für die Kalkulation des Basistarifs, dessen Leistungsumfang maßgeblich für den übertragbaren Teil von Alterungsrückstellungen ist, der Abgang zur GKV als Abgangswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden darf.

Schluss, dass der Basistarif die PKV-Unternehmen nicht in ihren Grundrechten verletzt (BVerfG, 1 BvR 706/08). Zwar erkannte das Gericht in den Vorschriften über den Basistarif eine Beschränkung der Berufsausübung der privaten Krankenversicherungsunternehmen; auch hielt es für möglich, dass infolge nicht risikogerechter Prämien Unterdeckungen eintreten. Insgesamt aber sah das Gericht in den Vorschriften ein angemessenes Ziel-Mittel-Verhältnis:

- Als gerechtfertigt betrachtete das Bundesverfassungsgericht das Ziel, dem der PKV zugewiesenen Personenkreis einen ausreichenden und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, sowie das Ziel, auf dem Markt PKV einen funktionierenden Wettbewerb herzustellen, der auch Bestandskunden umfasst.
- Den Basistarif als Mittel, um diese Ziele zu erreichen, hielt das Bundesverfassungsgericht auf der Grundlage der „nicht zu beanstandenden Prognose des Gesetzgebers“ für vertretbar. Die Vorschriften des Basistarifs seien derzeit als nicht so schwerwiegend anzusehen, dass sie die Funktionsfähigkeit der PKV in Zukunft ausschließen. Vielmehr könne der Gesetzgeber davon ausgehen, dass der Basistarif auf absehbare Zeit keine bedeutsamen Auswirkungen auf das PKV-Geschäft habe, da derzeit ausgeschlossen werden könne, dass viele Versicherte in den Basistarif wechselten.

Sollte sich die Prognose des Gesetzgebers, auf deren Grundlage der Gesetzgeber die Auswirkungen der Neuregelungen beurteilt hat, später ganz oder teilweise als Irrtum erweisen, „wäre er dann gegebenenfalls zur Korrektur verpflichtet“.

7 Fazit und wirtschaftspolitische Implikationen

Ihrem Anspruch nach bietet die PKV ihren Versicherten langfristigen Krankenversicherungsschutz, der auf langfristig garantierten Leistungszusagen gründet. Risikoäquivalente Prämienkalkulation und der Aufbau von Deckungskapital (Alterungsrückstellungen) als maßgebliche Versicherungstechnik gewährleisteten eine größere Unabhängigkeit von demographischen Veränderungen im Vergleich zu der nach dem Umlageverfahren organisierten GKV; entsprechend seien die Versicherten besser gegen das Risiko zukünftig steigender Beiträge geschützt.

Die versicherungsökonomische Analyse der derzeit maßgeblichen Kalkulations- und Versicherungstechniken in der PKV hat mehrere Ansatzpunkte aufgezeigt, die begründete Zweifel aufkommen lassen, dass die PKV ihren Ansprüchen gerecht werden kann, einen „besseren“ Schutz gegen Beitragssteigerungen zu bieten. Es ist somit fraglich, ob die etablierten Strategien der PKV zur Bewältigung der zukünftigen versicherungstechnischen Risiken, insbesondere mit Blick auf den demographischen Wandel, ausreichen. Das Konzept „alterskonstanter“ Prämien greift angesichts einer steigenden Lebenserwartung und angesichts eines ausgabentreibenden medizinischen Fortschritts zu kurz, trotz Alterungsrückstellungen können daher auch sprunghafte Beitragserhöhungen nicht ausgeschlossen werden. Solche größeren Beitragserhöhungen und -schwankungen wirken sich bereits aus rein versicherungsmathematischen Gründen stärker für ältere Versicherte aus, für die Rückstellungen (und evtl. Risikoaufschläge) nachträglich, d. h. mit Rückwirkung, anzupassen sind.

Zum wirtschaftspolitischen Problem wird nicht der Mangel dieses Konzepts an sich, sondern der Umstand, dass sich kein Wettbewerb um bessere Ansätze entwickelt. Da Neukunden bei ihrem Eintritt in die PKV typischerweise jünger und gesünder sind, messen sie weiter in der Zukunft liegenden Prämienveränderungen nur geringe entscheidungsrelevante Bedeutung bei. Ältere Bestandsversicherte, die relativ stärker von größeren Beitragserhöhungen und -schwankungen betroffen sind, haben wegen des Erfordernisses erneuter Risikoprüfungen und dem drohenden Verlust von Alterungsrückstellungen faktisch kaum noch Möglichkeiten, den Anbieter zu wechseln. Daher fehlt die Grundlage für einen an den Nachfragepräferenzen orientierten und somit effizienten Wettbewerb. Der versicherungstechnische Fortschritt bleibt auf diese Weise stark gehemmt.

Zu einem weitergehenden wirtschaftspolitischen Problem werden diese Wettbewerbsdefizite auf der Nachfrageseite, wenn sie von den Krankenversicherungsunternehmen in einer Weise genutzt werden, die die Ineffizienzen im Versicherungsangebot noch verstärken. So verfügen PKV-Unternehmen über Spielräume, mit ihrer Tarifangebotspolitik Versichertengruppen mit – im Querschnittvergleich – systematisch unterschiedlicher Risikostruktur wirksam voneinander zu trennen und so den Wettbewerb um Versicherte ganz auf Neukunden zu konzentrieren. Das Problem größerer Prämienhöhungen und -schwankungen für ältere Bestandsversicherte in dann „vergreisten“ Tarifen wird auf diese Weise deutlich verstärkt. Entsprechende Vorwürfe gegen die Branche stehen seit Jahren in der Diskussion, auf die der Gesetzgeber bereits vor mehreren Jahren mit verschiedenen Maßnahmen reagiert hat.

Tatsächlich gibt es nur rudimentäre empirische Evidenz über Art und Ausmaß der Folgen eines fehlenden Bestandswettbewerbs in der PKV. Auch wurde bislang nicht geprüft, ob bzw. inwieweit die gesetzlichen Maßnahmen zu einer Dämpfung der Prämiensteigerungen älterer privat Krankenversicherter beigetragen haben. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde daher eine empirische Analyse auf der Basis von umfangreichen Tarifdaten durchgeführt, die damit erstmals für wissenschaftliche Zwecke genutzt wurden. Die Ergebnisse dieser Analyse geben deutliche Hinweise darauf, dass viele PKV-Unternehmen in den letzten Jahren über neu auf den Markt eingeführte Tarife eine Politik der Risikoseparierung betrieben haben. Diese Politik ermöglichte ihnen, durch neue Tarife mit relativ niedrigen Prämien Zugänge zu gewinnen, führte aber zu überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen in der Folgezeit. Ältere Tarife wurden dementsprechend auf einem überdurchschnittlichen Prämienniveau angeboten.

Nicht nur auf dem Versicherungsmarkt, auch auf den Leistungsmärkten der PKV sind Wettbewerbsmängel feststellbar; diese sind letztlich auf die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in einen gesetzlichen und einen privaten Teil zurückzuführen. Der Wettbewerb der Leistungsanbieter um privat versicherte Patienten ist insbesondere in der ambulanten Versorgung durch relativ hohe Ausgaben gekennzeichnet. Diese erklären sich maßgeblich damit, dass Leistungsanbieter, von denen die meisten sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten behandeln, im System der GKV mit Regulierungen zur Begrenzung von Leistungsmengen sowie mit niedrigeren Preisen konfrontiert sind. Je stärker die „Kostendämpfungsmaßnahmen“ in der GKV wirken, desto eher neigen die Leistungsanbieter dazu, die damit verbundenen Umsatzeinbußen durch Erlöse aus der Behandlung von privat versicherten Patienten zu kompensieren. Dies ist ihnen auch – zumindest teilweise – möglich, weil im PKV-System keine vergleichbaren gesetzlichen Regulierungen existieren. Inwiefern diese „Kom-

pensionsstrategie“ von Leistungsanbietern für die privat versicherten Patienten mit einer höheren Versorgungsqualität verbunden ist, ist bislang kaum empirisch untersucht worden (mit Ausnahme der Unterschiede bei Wartezeiten).

Relativ mehr Leistungen zu höheren Preisen und u. U. auch höheren Qualitäten in der PKV sind daher kein originäres Ergebnis von Leistungswettbewerb und spiegeln daher auch nicht unmittelbar unterschiedliche Nachfragepräferenzen. Im Wesentlichen werden für aus medizinischer Sicht vergleichbare Leistungen in der PKV höhere Preise gezahlt, weil in der GKV und der PKV unterschiedliche Vergütungssysteme gelten. Diese Situation auf den Leistungsmärkten kann die PKV nur mit Winkelzügen begründen: Gegenüber den Versicherungsnehmern wird üblicherweise die Qualitätskomponente der Behandlung betont („Privatpatienten-Status“), allerdings darf sich diese nicht auf den medizinischen Kernbereich beziehen, um nicht die öffentliche Kritik über eine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu bedienen. Es wird damit von Seiten der PKV nicht ganz offen und klar kommuniziert, worin leistungsbezogenen Vorteile für PKV-Versicherte gegenüber der GKV liegen, die die relativen Mehrausgaben rechtfertigen. Die Leistungsunterschiede werden zwar mittlerweile durch das Wissenschaftliche Institut der PKV dokumentiert, aber die Schlussfolgerungen schwanken bemerkenswert unentschieden zwischen ‚PKV-Versicherte sind besser versorgt‘ und ‚Leistungsanbieter machen unangemessen hohe Aufwendungen geltend‘. In der gesundheitspolitischen Debatte wird schließlich das Argument vorgebracht, „Überzahlungen“ der PKV seien quasi systemrelevant, weil ohne sie die gemeinsam genutzte Versorgungsinfrastruktur sowie innovative Behandlungsmethoden nicht mehr ausreichend finanziert werden könnten. Dieses Argument ist deshalb fraglich, weil alternative Rahmenbedingungen der Finanzierung in der Krankenversicherung denkbar sind, die weniger alloka-tive Verzerrungen bzw. Wettbewerbsmängel verursachen.

Direkte Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern über Art und Vergütung der Leistungserbringung werden mittlerweile auch in der PKV verstärkt als Ansatz gesehen, mit dem die Versicherungsunternehmen direkt gegen Ineffizienzen und Wettbewerbsmängel auf den Leistungsmärkten vorgehen und somit die Ausgabenentwicklung besser kontrollieren können. Diesbezüglich ist die Position der PKV ähnlich unklar: Traditionell gilt es in der PKV als wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber der GKV, nicht in das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten einzugreifen.⁶⁵ Dennoch fordert die PKV, dass der Gesetzgeber ihr Spielräume

⁶⁵ Die für den Basistarif eingeführte gesamtschuldnerische Haftung von Patient und PKV-Unternehmen wurde vom PKV-Verband kritisiert, weil mit ihr „eine Verände-

für Preisverhandlungen mit Leistungsanbietern (etwa in Form von Öffnungsklauseln in den amtlichen Gebührenordnungen) schafft.⁶⁶ Unabhängig von der noch etwas unklaren Positionsbestimmung stößt der Ansatz direkter Vertragsbeziehungen mit den Leistungsanbietern in der PKV auf ungünstige marktbezogene und gesetzliche Rahmenbedingungen: PKV-Unternehmen haben, gemessen an den gesetzlichen Krankenkassen, mit denen sie auf demselben Markt um Verträge mit Leistungsanbietern konkurrieren, nur geringe Marktanteile. Es dürfte ihnen folglich Schwierigkeiten bereiten, ihren Versicherten über lokal begrenzte Leistungsmärkte hinaus attraktive Versorgungsangebote zu machen. Hinzu kommt, dass die PKV-Unternehmen schon aus rechtlichen Gründen derzeit keine exklusiven, die Vergütung regelnden Verträge mit Leistungsanbietern schließen dürfen. Dagegen verfügen sie aber über Spielräume zur Tarifgestaltung, die sie zu einer wirksamen Patientensteuerung nutzen könnten. Insgesamt ist eine Erschließung substanzieller Wettbewerbspotenziale durch direkte Verträge zwischen PKV-Unternehmen und Leistungsanbietern unter den gegebenen Umständen nicht zu erwarten.

Welche wirtschaftspolitischen Implikationen ergeben sich aus den aufgezeigten Wettbewerbsdefiziten sowohl auf dem Versicherungsmarkt als auch auf den Leistungsmärkten der PKV?

Die wesentliche Herausforderung der PKV, aber auch der Wirtschaftspolitik, die die Rahmenbedingungen für diesen Versicherungsmarkt bestimmt, besteht darin, dass die versicherungsökonomische Kernfunktion erfüllt werden kann: die Befriedigung der Nachfrage von Versicherungsnehmern nach langfristigem Schutz vor unerwünschten Einkommensschwankungen, die aus unsicheren, nicht planbaren und u. U. die eigene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit übersteigenden Gesundheitsaufwendungen ergeben. Dieses Ziel der Einkommensglättung über die Zeit ist nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit zeitstabilen Prämien, die aufgrund der Langfristigkeit des Versicherungsverhältnisses kaum realisierbar erscheinen. Die Erfüllung der versicherungsökonomischen Kernfunktion verlangt aber, dass größere Prämienchwankungen vermieden werden und dass die Versicherungsunternehmen die Beitragsentwicklung für die Versicherten möglichst voraussehbar und planbar gestalten. Dies kann beispielsweise auch bedeu-

nung des Arzt-Versicherten-Verhältnisses zugunsten unmittelbarer Vertragsbeziehungen zwischen Arzt und Versicherer droht“ und sich damit eine Einführung des Sachleistungsprinzips in der PKV anbahne (vgl. PKV Publik Ausgabe 07/2007).

⁶⁶ Im aktuellen Zahlenbericht des PKV-Verbands heißt es mit Blick auf die Kostensteigerungen für Versicherungsleistungen: „Die PKV wird deshalb nicht nachlassen in ihrem Bemühen, mehr Einfluss auf Preise, Mengen und Qualität der Gesundheitsleistungen zu nehmen.“ (PKV 2009, S. 4)

ten, dass die Beiträge regelmäßig steigen – aber eben stetig und planbar sowie in einem Ausmaß, das zumindest mit den typischen Lebenseinkommensprofilen harmoniert.⁶⁷

Welche Art der langfristigen Prämiengestaltung die Kriterien der Kosteneffizienz und der Übereinstimmung mit den Nachfragepräferenzen am besten erfüllt, kann sich nur im Wettbewerb herausstellen. Eine wettbewerbsorientierte Wirtschaftspolitik kann hierfür die Voraussetzungen und die geeigneten Rahmenbedingungen schaffen.

Dies beginnt zunächst mit einer Überprüfung der Vorschriften zur Tarifikalkulation hinsichtlich der Frage, ob sie die Spielräume der PKV-Unternehmen einengen, innovative Versicherungsprodukte insbesondere mit Blick auf die langfristige Beitragsgestaltung anzubieten. Die Vorschriften sollten kein Hinderungsgrund dafür sein, dass auch anfänglich teurere Tarife angeboten werden können, mit denen eine flachere und gleichmäßigere Prämienentwicklung über die Zeit gewährleistet werden soll, indem höhere Sparanteile bzw. auch prospektiv ausgerichtete Schätzungen der Ausgabenentwicklung in der Prämienkalkulation angesetzt werden.

Dass sich optimale Versicherungsangebote auf dem Markt durchsetzen können, setzt voraus, dass nicht präferenzgerechte Angebote von Versicherungsnehmern entsprechend negativ sanktioniert werden können. In wettbewerblichen Systemen setzt dies Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Nachfrager voraus. Kann der durch die jüngste Gesundheitsreform geschaffene Basistarif als wirkungsvoller Einstieg in die Schaffung solcher langfristigen Wahl- und Wechselmöglichkeiten betrachtet werden? Schließlich bildet dieser Tarif die Grundlage für die zumindest teilweise Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen, die als Schlüssel zur Förderung des Bestandswettbewerbs in der PKV gesehen wird, denn alle Versicherten mit Eintritt in die PKV seit dem 1.1.2009 können die übertragbaren Teile der Alterungsrückstellungen bei jedem Wechsel zu jedem Tarif prämienmindernd einsetzen (also auch bei Wechseln von Normaltarif zu Normaltarif).

Voraussichtlich können die Maßnahmen der jüngsten Gesundheitsreform ihrer wettbewerblichen Zielsetzung nicht gerecht werden. Die Übertragbarkeit der jeweils basistarif-äquivalenten Teile der Alterungsrückstellungen bei Wechseln zwischen Normaltarifen ist ordnungspolitisch verfehlt. Sie provoziert Risikoselektion, weil derartige Wechsel unter diesen Bedingungen finanziell um so attraktiver werden, je geringer das individuelle Krankheitsrisiko ist. Allerdings dürften die nur gering angesetzten Alterungsrück-

⁶⁷ Unter diesem Gesichtspunkt können auch einkommensabhängige Beiträge eine versicherungsökonomisch effiziente Art der Prämienbemessung darstellen.

stellungen im Basistarif, die für Neuversicherte auch bei Wechseln zwischen Normaltarifen maßgebend sind, dafür sorgen, dass dieser Konstruktionsfehler zumindest in den nächsten Jahren nur begrenzt quantitativ und damit finanziell im PKV-System spürbar werden wird:

- Erstens sind Rückstellungsverluste bei nur sehr geringen Anteilen an den gebildeten Alterungsrückstellungen, die übertragen werden können, auch schon für vergleichsweise gute Risiken zu erwarten.
- Zweitens wächst der Bestand an Neuversicherten (nach dem 1.1.2009) nur langsam. Erst längerfristig ist bei einem Nettoneuzugang von zuletzt 90.300 Personen (2008) im Verhältnis zu einem Bestand von insgesamt 8,64 Mio. Personen in der Vollversicherung mit einem kritischen Potenzial für Risikoselektionsprozesse zu rechnen. Der politische Wille zu mehr Wettbewerb auch um Versichertenbestände mit Eintritt in die PKV vor dem 1.1.2009 wurde auf dem Verordnungsweg (via Kalkulationsverordnung und Mindestverweildauer) umgangen.

Eine Wettbewerbsintensivierung ist aber unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ordnungspolitisch gar nicht wünschenswert, weil eben die Begrenzung der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen auf die jeweils basistarif-äquivalenten Teile von der individuellen Risikosituation des Versicherten zum Wechselzeitpunkt abstrahiert und einer Risikoselektion Vorschub leistet. In der bereits seit Jahren geführten Diskussion über die Portabilität von Alterungsrückstellungen wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass eine Mitgabe nur der kalkulatorischen (und damit tarif-durchschnittlichen) Alterungsrückstellung Risikoselektionseffekte verursacht, die eine Gefahr für die Stabilität des privaten Krankenversicherungsmarktes darstellen. Statt dessen bedarf es einer individualisierten Ausgestaltung der übertragbaren Alterungsrückstellungen, mit der die individuelle gesundheitliche Risikosituation der Versicherten berücksichtigt wird. Die durch das GKV-WSG eingeführte Form der Portabilität entspricht dieser Anforderung nicht. Im Gegenteil: Diese Art der unzureichend differenzierten Übertragbarkeit wurde stets auch von Befürwortern der Portabilität als nicht funktionsfähig abgelehnt.

Ein funktionsfähiger Krankenversicherungsmarkt, auf dem jederzeitige Wechsel der Versicherten möglich sein sollen, benötigt effektive Mechanismen zur Verhinderung von Risikoselektion. In der GKV übernimmt dies der – mittlerweile morbiditätsorientierte – Risikostrukturausgleich. In der PKV, die – obwohl „substitutive Krankenversicherung“ – ihren Versicherten derzeit keine vergleichbaren Wechselmöglichkeiten einräumt, müssten übertragbare und individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen diese Aufgabe übernehmen. Die Diskussion darüber, wie dies umgesetzt werden könnte, hat sich die PKV in den letzten Jahren nahezu kategorisch versperrt.

Dabei wurde mittlerweile eine Reihe von Diskussionsbeiträgen und Konzepten vorgelegt, die von einer prinzipiellen Machbarkeit eines solchen Ansatzes ausgehen und teilweise auch konkrete Umsetzungsmöglichkeiten aufzeigen.⁶⁸ Gelänge es, entsprechende Wechsellmöglichkeiten unter Vermeidung von Risikoselektion durch individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen zu schaffen, hätte der Wettbewerb in der PKV sogar einen Effizienzvorteil gegenüber dem der GKV: Der Versicherungswettbewerb könnte dann auch über Variationen im Leistungsumfang geführt werden.

Gerade wenn PKV-Unternehmen vermehrt anstreben, direkten Einfluss auch auf die Leistungserbringung zu nehmen, und sich die Unternehmen damit zunehmend hinsichtlich der medizinischen Versorgungsorganisation unterscheiden, sind (den Bestand) umfassende Wahl- und Wechsellmöglichkeiten der Versicherten notwendig, um effiziente Versorgungsergebnisse zu erreichen.

Auf den Leistungsmärkten sollten die PKV-Unternehmen die von ihnen geforderten Spielräume erhalten, mit Leistungsanbietern unmittelbar zu verhandeln und von den amtlichen Gebührenordnungen abweichende Vergütungsvereinbarungen zu treffen. Ob und wie diese Spielräume genutzt werden, kann offen bleiben. Zunächst wird die PKV ihr Dilemma selbst lösen (müssen), wie sie ihre Einflussnahme auf die Arzt-Patient-Interaktion mit ihrem bisherigen Selbstverständnis in Einklang bringt, gemäß dem eine solche Einflussnahme als Element des „Sachleistungsprinzips“ verpönt war. Vorstellbar wäre eine differenzierte Antwort, wonach ein Teil der Unternehmen bzw. der Tarife die „alte PKV“ bietet, der andere Teil die „neue PKV“, die im Umgang mit Leistungsanbietern auch Anleihen bei den gesetzlichen Krankenkassen nimmt. Welche Angebote aus Sicht der Versicherungsnehmer „günstiger“ sein werden, wäre dem Wettbewerb überlassen.

Im Unterschied zur GKV (vgl. § 69 SGB V) findet das Wettbewerbs- und Kartellrecht im Bereich der PKV bereits uneingeschränkt Anwendung auf die Beziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern. Gerade aber wegen der relativ geringen Marktanteile der PKV-Unternehmen könnten bestimmte Formen von Kooperationen und Zusammenschlüssen notwendig erscheinen, wenn durch mehr Vertragswettbewerb auch in der PKV eine stärkere Dämpfung der Ausgabenentwicklung erreicht werden soll. Aus wirtschaftspolitischer Sicht sollte daher mittelfristig geprüft werden – und dies gilt in ähnlicher Weise auch für die GKV –, ob bzw. inwiefern sich Kooperationen von Versicherern als wettbewerbskonform ein-

⁶⁸ Vgl. für einen Überblick den Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004, S. 143 ff. Neuere Beiträge sind Nell/Rosenbrock (2007), Nell/Rosenbrock (2008) und Eekhoff et al. (2008).

stufen lassen. Hierbei sollte zukünftig insbesondere die Frage nach der adäquaten Abgrenzung relevanter Märkte einen Schwerpunkt der wettbewerbspolitischen Diskussion bilden. Die Abgrenzungsfrage stößt im Gesundheitsbereich auf grundlegende Veränderungen der "Produktionsprozesse" (z. B. Integrierte Versorgung, zunehmende Spezialisierungen in der Krankenhausversorgung). Auch sollte sich die wettbewerbspolitische Diskussion mit dem Ansatz einer stärkeren Orientierung an der Konsumentenwohlfahrt ("more economic approach") und dessen Implikationen und Anwendbarkeit im Gesundheitsbereich auseinandersetzen.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C (2007): Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV, Baden-Baden.
- Albrecht M, Schröder WF, et al. (Hg) (2006): Modelle einer integrierten Krankenversicherung. Finanzierungseffekte, Verteilungswirkungen, Umsetzung. Berlin.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2007): Stellungnahme der Bundesärztekammer, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVR), Stand: 17.01.2007.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2006): Konzept der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Transparenz, Qualität und Innovation, Stand: 19.07.2006.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.
- BKK-Bundesverband (2008): Bevölkerungsumfrage BKK 2008, Thema Arztbesuche. Online verfügbar unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,1444,nodeid,>html, Zugriff am 18.02.2009.
- Bohn, Klaus (1980): Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung. Karlsruhe
- Brandstetter B (2008): Private Krankenversicherung bleibt intransparent, in: Die Welt vom 5.3.2008, S. 19.
- Breyer F, Felder S (2006): Life Expectancy and Health Care Expenditure in the 21st Century: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying, in: Health Policy, 75, S. 178-186.
- Brockmann H (2002): Why is less money spent on health care for elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in: Social Science & Medicine, 55, S. 593-608.e
- Buchner F (2002): Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Gesundheitsökonomische Beiträge, Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Buchner F, Wasem J (2006): "Steeping" of Health Expenditure Profiles, in: The Geneva Papers, 31, 581-599.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) (2009): Statistik der BaFin – Erstversicherungsunternehmen '07 (Textteil).
- Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28.03.2002, Berlin und Bonn.
- Dinkel RH (1998): Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf Basis

- von Kohortendaten, in: Häfner H (Hs.): *Gesundheit – unser höchstes Gut?*. Berlin, S. 61-83.
- Dohmen C (2009): Private Krankenversicherer erhöhen Prämien, in: *Süddeutsche Zeitung* vom 5.11.2009, S. 17.
- Eekhoff J, Bünnagel V, Kochskämper S, Menzel K (2008): *Bürgerprivatversicherung, Ein neuer Weg für das Gesundheitswesen*, Tübingen.
- Erbsland M (1995): *Demographische Effekte auf die zukünftigen Behandlungsausgaben und den Beitragssatz der GKV*, ZEW Diskussionspapier 18/1995, Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim.
- Felder S (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende, in: *GGW*, 8 (4), S. 23-30.
- Felder S, Meier M, Schmitt H (2000): Health care expenditure in the last months of life, in: *Journal of Health Economics*, 19, S. 679-695
- Felder S, Werblow A (2008): *Do the Age Profiles of Health Care Expenditure Really Steepen over Time? New Evidence from Swiss Cantons*, Dresdner Discussion Paper in Economics, No. 05/08, Technische Universität Dresden, Dresden.
- Fetzer S (2005): *Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt*, Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwig Universität Freiburg 130/2005.
- Fries J (1980): Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: *New England Journal of Medicine*, 303, S. 130-135.
- Grabka M (2006): *Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP*, in: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hg) (2006): *Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?*, Bonn.
- Gruenberg EM (1977): The Failure of Success, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 55: S. 3-24.
- Häussler B, Albrecht M (2007): *Konsequenzen des demographischen Wandels für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben*. In: Häussler B & Klusen N (Hrsg.) *Jahrbuch der medizinischen Innovationen*. Band 3. *Innovationen gestalten den demographischen Wandel*. S. 63-77. Stuttgart: Schattauer.
- Hess R (2005): *Private Krankenversicherung: Identitätskrise*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 102, Heft 30, S. A-2066.
- Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J (2001): Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life, in: *Health Affairs*, 20, S. 188-195.
- Jahberg H (2006): *Neue Hiobsbotschaften für Privatpatienten*, in: *Der Tagesspiegel* vom 28.02.2006, S. 17.
- Jürges H (2007): *Health Insurance status and physician-induced demand for medical services in Germany: New Evidence from combined district and individual level data*. MEA Diskussionspapier, Nr. 119, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2008): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung.
- Keßler T (2009): Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006, WIP Diskussionspapier 6/2009, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Kowalski M (2007): Private Krankenversicherung – Bessere Alternativen finden, in: Focus vom 22.01.2007, S. 128 ff.
- Krämer W (1993): Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin, Frankfurt, New York: Campus.
- Kruse A, Knappe E, Schulz-Nieswandt, Schwartz F-W, Wilbers J (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?, Expertise erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg, Januar 2003.
- Lauterbach K, Stock S (2001): Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischer Wandel? Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Leinert J (2006): Subventioniert die PKV das Gesundheitswesen? Eine kritische Analyse. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.
- Lubitz JD, Riley GF (1993): Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life, in: New England Journal of Medicine, 328, S. 1093-1096.
- Lüngen M, Stollenwerk B, Messner P, Lauterbach K, Gerber A (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study for Germany. International Journal for Equity in Health, 7(1): 1-7.
- Martin S, Heinemann L, Ludwig V, Schneider B, Kolb H (2008): Analyse der Versorgungsqualität bei Typ-2-Diabetes bei gesetzlich und privat versicherten Patienten. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133 (42): 2143-2150.
- Meyer U (1997): Beitragsunterschiede und Subventionen zwischen GKV und PKV, Vortrag auf der Tagung des Gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik am 17.10.1997.
- Nell M, Rosenbrock S (2008): Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 9 (2): 173-195.
- Nell M, Rosenbrock S (2007): Die Diskussion über die Portabilität von risikogerechten Transferbeträgen in der Privaten Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Supplement 2007: 39-52.
- Niehaus F (2009): Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM, WIP-Diskussionspapier 7/2009, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Niehaus F (2007): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006, WIP-Diskussionspapier 9/2007, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

- Niehaus F (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.
- Niehaus F, Weber, C (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- o. V. (2009): BaFin lässt "Tarifstrukturzuschlag" höchstrichterlich prüfen, in: BaFin Journal 09/09, S. 3.
- o. V. (2008): Expansion, nicht Explosion: Zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: PKV Public 4/2008, S. 40-43.
- Rathenow H (2007): BVerwG stärkt Rechte von privat Krankenversicherten bei Tarifwechsel, in: BaFin Journal 08/07, S. 8-10.
- Regenauer A (2008): Stoppt die Adipositas-"Epidemie" den Trend zur Langlebigkeit?, in: Versicherungsmedizin, 60 (1): S. 32-33.
- Rürup B, IGES Institut GmbH, DIW Berlin e.V./DIW econ GmbH, Wille E (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen, Abschlussbericht, Berlin.
- Rürup B (2007): Was kostet die Gesundheit in 2030, in: Gesundheit und Gesellschaft, 3 (10), S. 22-29.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2002): Jahresgutachten 2002/03, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Wiesbaden.
- Sauerland D, Kuchinke B A, Wübker A (2009): Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 14, S. 86-94.
- Schellhorn M, Stuck AE, Minder CE, Beck JC (2000): Health services utilization of elderly Swiss: Evidence from Panel Data, in: Health Economics, 9, S. 533-545.
- Schlingensiepen I (2009): BaFin zwingt Allianz vors Bundesverwaltungsgericht, in: Financial Times Deutschland vom 04.09.2009, S. 18.
- Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheit – Ausgaben 1995 bis 2007, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Unternehmen und Arbeitsstätten – Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen, 2007, Fachserie 2 Reihe 1.6.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Terhorst, Elmar (2000): Wahlfreiheit und Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung. Berlin.

- Ulrich V (2003): Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, Diskussionspapier 09/2003, Universität Bayreuth.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) (2009): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009, Köln.
- Verbrugge LM (1984): Longer Life but Worsening Health? Trends in health and Mortality of Middle-aged and Older Persons, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, S. 195-233.
- Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen.
- Wasem J (1995): Gesetzliche und private Krankenversicherung – auf dem Weg zur Konvergenz?, in: *Sozialer Fortschritt*, 44, S. 32-38.
- Werblow A, Felder S, Zweifel P (2007): Population Aging and Health Care Expenditure: A School of "Red Herrings"?, in: *Health Economics*, 16, S. 1109-1127.
- Wild F (2009): Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007, WIP-Diskussionspapier 5/09, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Wild F (2009a): Die Verordnungen von Insulinen bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 14, S. 200-203.
- Wild F (2008): Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2008), WIP-Diskussionspapier 1/08, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Wille E, Ulrich V (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Brümmerhoff D, Hansmeyer K-H (Hg.): *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung*, Duncker & Humboldt, Berlin, S. 9-115.
- Ziegenhagen DJ, Glaeske G, Höer A, Gieseler K (2004): Arzneimittelversorgung von PKV-Versicherten im Vergleich zur GKV, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 4, S. 108-115.
- Zok K (2007): Warten auf den Arzttermin, Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. *WIDOMonitor*, 1/2007: 1-7.
- Zweifel P, Felder S, Meier M (1999): Aging of population and health care expenditure: a red herring?, in: *Health Economics*, 8, S. 485-496.
- Zweifel P, Felder S, Meier M (2001): Reply to: Economics Issues in Testing The Age Neutrality of Health Care Expenditures, in: *Health Economics*, 10, S. 673-674.
- Zweifel P, Felder S, Werblow A (2004): Population Aging and health care expenditure: New Evidence on the "Red Herring", in: *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice, Special Issue on Health Insurance*, 29 (4), S. 652-666.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.de