



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2014, 14. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Christine Holmberg*, Berlin School of Public Health, Charité
Universitätsmedizin Berlin 2

Drei Fragen an

Hendrik Jürges, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -management,
Bergische Universität Wuppertal 3

Buchtipps

von *Christian Weymayr*, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin .. 4

WIDO

Krankenhaus-Report 2014

Den Fehlern auf der Spur 5

Heilmittelbericht 2013

Schulstart mit Sprachtherapie 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt

Jobkiller Bürgerversicherung?

Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte

Hartmut Reiners, Berlin 7

Niemals geht man so ganz:

Die Alterungsrückstellungen in der PKV

Thorsten Kingreen, Universität Regensburg 16

Beihilfe ohne Perspektive?

Die Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte

*Dietmar Haun und Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut
der AOK (WIdO), Berlin* 23

STUDIE IM FOKUS

Orthesen bei Hals- oder Lendenwirbelsäulenproblemen:
hinreichende Nutzenbelege fehlen 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

einzigartig – wer möchte das nicht sein? Einzigartig sein bedeutet schließlich, sich abzuheben von dem Üblichen und außergewöhnlich zu sein. Das war sicherlich nicht das vornehmliche Ziel des dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland. Und doch ist es europaweit einzigartig. Weil es vielleicht gar nicht so nachahmenswert ist?

Eine schleichende Konvergenz von GKV und PKV findet schon seit Jahrzehnten statt, und der Prozess nimmt weiter an Fahrt auf. **Hartmut Reiners** entmythologisiert eine Reihe von Argumenten, die gegen einen gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt ins Feld geführt werden. Er meint, dass sich der ökonomische Druck unweigerlich erhöhen und in nicht allzu ferner Zukunft eine politische Mehrheit zum Handeln zwingen werde.

Einen solchen zusätzlichen ökonomischen Druck erzeuge allein schon das Beihilfesystem für Beamte, schreiben **Klaus Jacobs** und **Dietmar Haun**. Denn die bevorstehende Pensionierungswelle von Staatsbediensteten lasse die Ausgaben heftig anwachsen. Im Zuge ihrer Recherchen stellten die Autoren zudem fest, dass es keinen Überblick zum Versorgungsgeschehen dieser Versichertengruppe gibt, und fordern, hier rasch mehr Transparenz herzustellen.

Ein bisher nicht gelöstes Problem einer weitergehenden Konvergenz beider Krankenversicherungssysteme sind die Alterungsrückstellungen der PKV. Sie könnten den Versicherten bei einem Wechsel nicht ohne Weiteres mitgegeben werden. Dass diese Argumentation allerdings auf wackeligen Füßen steht, stellt **Thorsten Kingreen** sehr anschaulich dar.

Im Koalitionsvertrag schweigen die Parteien bezüglich einer fortschreitenden Konvergenz von GKV und PKV eher stille. Das jedoch ist nichts Außergewöhnliches und muss auch nichts heißen!

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

Ausschreibung
Präventionsstrategien
gegen Demenz gesucht

Das EU-Forschungsprogramm Neurodegenerative Erkrankungen (JPND) bietet jetzt auch die Förderung internationaler Pilotstudien zu Präventionsstrategien gegen Alzheimer, Demenz oder Parkinson an. Dabei kann es um multimodale Interventionen, kulturspezifische Aspekte, Harmonisierungsinitiativen, Machbarkeitsstudien, Evaluationen oder auch die Validierung von Outcome-Parametern gehen. Projektanträge sind bis 20. Februar zu stellen. Bisher wurde nach dem

EU-Programm nur medizinische Grundlagenforschung gefördert. ■
Mehr Informationen:
www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5137.php; www.neurodegenerationresearch.eu

Versorgungsforschung
DFG-Akademie hilft
beim Karrierestart

Die dritte „Nachwuchsakademie Versorgungsforschung“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) findet Anfang Juli in Köln statt. Bewerben können sich junge Gesundheitswissenschaftler, Mediziner, Soziologen, Psychologen, Ökonomen und Politologen,

die eine Promotion eingereicht oder vor nicht mehr als fünf Jahren abgeschlossen haben und noch nicht habilitiert sind. Sie müssen in eine versorgungswissenschaftliche Arbeitsgruppe eingebunden sein und an einer Fachpublikation als Autor mitgewirkt haben. In der Akademiewoche, die von Prof. Dr. Holger Pfaff geleitet wird, geht es um die Entwicklung eigener Versorgungsstudien, Fallstricke in Forschungsanträgen, Unzulänglichkeiten in Studiendesigns sowie darum, sich miteinander zu vernetzen. ■

Mehr Informationen:
www.dfg.de → Förderung → Ausschreibungen → Info Nr. 66/2013

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Verdauungsspaziergang senkt Zuckerspiegel

Einer Typ-2-Diabetes-Erkrankung geht häufig eine eingeschränkte Fähigkeit des Körpers, den Blutzuckerspiegel zu regulieren, voraus. In einer amerikanischen Studie mit zehn sportlich nicht aktiven Teilnehmern über 60 Jahre, bei denen eine verringerte Fähigkeit der Blutzuckerregulierung vorlag, zeigte sich, dass kurze Spaziergänge von 15 Minuten Länge, die 30 Minuten nach dem Essen beginnen, zu einer verbesserten Blutzuckerregulierung führten. Diese kurzen, drei Mal täglich durchgeführten Spaziergänge beeinflussten die Regulation des Blutzuckers stärker als ein einzelner Spaziergang von 45 Minuten Dauer am Nachmittag. Die Autoren vermuten, dass mehrere kurze Spaziergänge nicht nur hilfreicher für die Blutzuckerregulierung, sondern für ältere Menschen möglicherweise auch leichter umzusetzen sind. ■

Diabetes Care 2013;36(10):3262–3268

Vorbeugende Operation bei Brustkrebsrisiko

Seit Längerem sind zwei Genmutationen bekannt, die das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erhöhen. Um ihr Brustkrebsrisiko zu senken, wird Trägerinnen dieser Mutationen die vorsorgliche Entfernung der Brüste und der Eierstöcke angeboten. Die Rate dieser vorbeugenden Operationen ist international sehr unterschiedlich. In einer Langzeitstudie mit 136 Mutationsträger-

rinnen in den USA untersuchten die Autoren, von welchen Faktoren die Entscheidung für eine solche Operation abhängt. Sie stellten fest, dass der Tod einer nahen Angehörigen, insbesondere der Mutter, durch Brustkrebs und das Vorhandensein eigener Kinder die Wahrscheinlichkeit erhöhten, einer vorbeugenden Operation zuzustimmen. Die Autoren raten, diese Faktoren bei der Beratung betroffener Frauen besonders zu berücksichtigen, um gemeinsam mit ihnen das weitere Vorgehen individuell angemessen zu planen. ■

Obstetrics & Gynecology 2013;208(4):329.e1–6

Was macht „erfolgreiches“ Altern aus?

Obwohl die Frage der Lebensqualität im Alter breit diskutiert wird, fehlt eine klare Definition dessen, was „erfolgreiches“ Altern auszeichnet. In einer Übersichtsarbeit trugen Forscher aus 26 Studien Faktoren zusammen, die aus der Sicht älterer Menschen zu einem erfolgreichen Altern beitragen. Häufiger als gesundheitliche Aspekte wie etwa Beweglichkeit nannten die Senioren psychosoziale Faktoren wie das Akzeptieren des Älterwerdens oder das Aufrechterhalten von Aktivitäten und Engagement. Eine wichtige Rolle spielen auch ökonomische Faktoren. Die Autoren fordern ein multidimensionales Konzept „erfolgreichen Alterns“, das neben der Gesundheit auch psychosoziale und finanzielle Faktoren berücksichtigt. ■



Von
Dr. Christine Holmberg,
 Wissenschaftliche
 Mitarbeiterin an der Berlin
 School of Public Health,
 Charité Universitäts-
 medizin Berlin

Adresse:
 Seestraße 73
 13353 Berlin
 Telefon: 030 450-529192
 Fax: 030 450-551915
christine.holmberg@charite.de
bsph.charite.de

Transparenz**AWMF für Offenlegung aller klinischen Studien**

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat die Petition „All Trials Registered – All Results Reported“ zur Offenlegung aller klinischen Studien unterzeichnet und ihre 168 Mitgliedsgesellschaften und interessierte Einzelpersonen aufgefordert, diesem Beispiel zu folgen. Es sei an der Zeit, dass alle Resultate klinischer Studien veröffentlicht werden, teilte das AWMF-Präsidium mit. Zugleich rief das AWMF-Präsidium Regierungen, Behörden und Forschungsinstitutionen dazu auf, gezielt Maßnahmen umzusetzen, um die Veröffentlichung der vollständigen Methoden und Resultate aller klinischen Studien zu erreichen. Patienten, Forschende und Ärzte könnten davon nur profitieren. Die Veröffentlichung der Studien ermögliche bessere Therapieentscheidungen und damit eine bessere Medizin. ■

Mehr Informationen:
www.alltrials.net/get-involved

Resolution**Arbeit an Leitlinien als Forschung anerkennen**

Medizinische Fakultäten und Forschungsstätten sowie Forschungsförderer sollten die Entwicklung klinischer Leitlinien und systematische Übersichtsarbeiten wie Cochrane-Reviews und Health-Technology-Assessments endlich als Forschungsleistung anerkennen. Es sei nicht akzeptabel, dass die daran mitwirkenden Wissenschaftler bisweilen sogar Nachteile für ihre Karriere erlitten, heißt es in einer auf der Delegiertenkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) im November 2013

mit großer Mehrheit beschlossenen Resolution. Leitlinien seien wesentliche Instrumente des Wissensmanagements und der Qualitätsförderung im Gesund-

heitswesen. Dafür brauche man mehr Meta-Forschung. ■

Mehr Informationen:
www.awmf.org/die-awmf/awmf-aktuell/archiv/2013

DREI FRAGEN AN ...**Unsere Forschung soll gesundheitspolitisch relevant sein**

... Professor Dr. rer. pol. Hendrik Jürges, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -management an der Schumpeter School of Business and Economics, Bergische Universität Wuppertal

Forschungsschwerpunkte:
Identifikation kausaler Mechanismen aus Beobachtungsdaten, insbesondere zur Wirkung kindlicher Gesundheit auf Bildungserfolg und zur Wirkung formaler Bildung auf Gesundheit im Alter; Messung von Gesundheit in Bevölkerungsumfragen; Messung und Beschreibung sozialer Ungleichheit in Gesundheit; Wirkung ökonomischer Anreize auf das Verhalten von Akteuren auf Gesundheitsmärkten

Jahresetat:
Haushaltsmittel: sehr gering
Drittmittel: stark schwankend

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
1 Professor,
4 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen u. Mitarbeiter,
1 Mitarbeiterin Assistenz/
Sekretariat

Adresse:
Bergische Universität Wuppertal
Schumpeter School of Business and Economics
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -management
Rainer-Gruenter-Straße 21
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 439-1385
Telefax: 0202 439-1384
juerges@uni-wuppertal.de
www.wiwi.uni-wuppertal.de

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir untersuchen Gesundheit als wirtschaftliche Ressource in ihren sozialen und ökonomischen Determinanten und Auswirkungen auf den gesamten Lebenszyklus. Gesundheit steht in einem engen Wechselverhältnis zu Bildung als weiterer wichtiger Humanressource. Das Spektrum der Forschungsarbeiten am Lehrstuhl reicht von den Einflüssen der pränatalen Umwelt auf späteren Bildungserfolg bis zu sozialen Unterschieden in der Gesundheit im letzten Lebensjahr.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Exzellente Forschung ist ohne Vernetzung nicht denkbar. Wir sind in vielfältiger Weise in Kooperationen und internationale Forschungsnetzwerke eingebunden. So erforschen wir zusammen mit Wissenschaftlern aus Israel und Palästina bei Schülern in der West Bank die Auswirkung der Gesundheit im Kindesalter auf die Intelligenzentwicklung. Als Bereichsleiter Health Care bin ich inhaltlich verantwortlich für das entsprechende Erhebungsprogramm des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), ein Projekt der interdisziplinären Altersforschung in 19 Ländern.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Ja. Leitgedanke unserer Forschung ist, dass sie gesundheitspolitisch relevant sein und Entscheidungsträgern geeignete Interventionspunkte im Lebenszyklus des Menschen aufzeigen soll: Wann, wo und wie müssen politische Maßnahmen, etwa zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung, zur Verminderung sozialer Ungleichheit in Gesundheit oder zur Vermeidung nachteiliger gesundheitlicher Folgen von Arbeitslosigkeit, ansetzen?

Forschung

EU-Programm Horizont 2020 angelaufen

Das neue Forschungsrahmenprogramm „Horizont 2020“ der Europäischen Union ist angelaufen. Die ersten 50 Ausschreibungen für den Gesundheitsbereich wurden im Dezember veröffentlicht. Das aktuelle Projektangebot findet man leicht auf der Forschungsseite der EU im Internet, indem man unter „Societal Challenges“ einen Haken bei „Health, demographic change and wellbeing“ setzt. Die ersten Themen drehen sich um die personalisierte Medizin und die Versorgungscoordination. ■

Mehr Informationen:

<http://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/opportunities/h2020/>

Nutzenbewertung

Jedes vierte patentierte Arzneimittel überprüft

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat seit Beginn der frühen Arzneimittel-Nutzenbewertung vor drei Jahren (Paragraf 35a SGB V) 65 Bewertungsverfahren abgeschlossen. Damit wurde bisher jeder vierte aktuell patentgeschützte Wirkstoff auf seinen therapeutischen Nutzen geprüft. Laut Gesundheitsministerium hat sich das Verfahren bewährt. Die Krankenkassen hätten durch ausgehandelte rund 30 Erstattungsbeträge bisher mehr als 180 Millionen Euro gespart (Bundestagsdrucksache 18/188). ■

Mehr Informationen:

www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung

Weiterbildung

Bachelor-Studium für Radiologie-Assistenten

Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe hat jetzt auch die medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA) erreicht. Die Hochschule des Internationalen Bundes (IB) startet in Coburg im März das Bachelor-Studium „Medizinische Radiologietechnologie“. Es soll später auch in Berlin angeboten werden. Die Westfälische Hochschule plant das gleiche Studium ab September in Essen. Es kostet in Coburg monatlich 590 Euro, in Essen voraussichtlich 380 Euro. ■

Mehr Informationen:

www.hdt-essen.de/university; www.ib-hochschule.eu/gesundheitswissenschaft/mrt

BUCHTIPPS

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Autoren/Titel

Inhalt

Ben Goldacre

Die Wissenschaftslüge

Wie uns Pseudo-Wissenschaftler das Leben schwer machen

Das populäre Sachbuch spannt den Bogen von der Alternativmedizin über Kosmetik und Nahrungsergänzungsmittel bis zur chemischen Pharmaindustrie. Der Bestsellerautor Goldacre prangert

Unwissenschaftlichkeit an, wo immer sie sich in unserem Gesundheitswesen eingenistet hat. Wer den durchgehend flapsigen Ton toleriert, wird inhaltlich reich belohnt. (S. Fischer Verlag 2010)

Imogen Evans, Hazel Thornton, Ian Chalmers, Paul Glasziou

Wo ist der Beweis?

Plädoyer für eine evidenzbasierte Medizin

Ein gutes Buch für Leser, die noch wenig über evidenzbasierte Medizin wissen: Es schützt vor Aktionismus und Wunschenken in der Medizin und räumt Vorurteile gegenüber der EbM aus. Ein Plus ist die Möglichkeit zum kostenlosen Down-

load (unter de.testingtreatments.org). Die Übertragung ins Deutsche könnte aber sorgfältiger sein. So wird zu Unrecht behauptet, in der Einladung zum Mammografie-Screening werde über „Nachteile hinweggegangen“. (Huber 2013)

Trisha Greenhalgh

How to read a paper

The Basics of Evidence-Based Medicine

Der EbM-Klassiker von 1996, der bereits in der vierten, um zwei Kapitel erweiterten Auflage vorliegt, richtet sich an Leser von medizinischer Fachliteratur und besticht durch seine Praxisorientierung. Das Credo der Autorin lautet: EbM dient der bestmöglichen Ver-

sorgung von Individuen. Das Buch führt gründlich in das Thema ein, stellt diverse Arten wissenschaftlicher Publikationen vor und behandelt umfassend die Frage, wie Evidenz in die Praxis gebracht werden kann. (Wiley-Blackwell/ BMJ Books 2010)



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von: **Dr. Christian Weymayr**, Freier Medizinjournalist und Mitglied im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

Schaeferstraße 22
44623 Herne
Telefon: 02323 9171451
info@christian-weymayr.de
www.christian-weymayr.de

Krankenhaus-Report 2014

Den Fehlern auf der Spur

Wo Menschen in einem komplexen System komplizierte Aufgaben erledigen, geschehen Fehler. Auch eine Krankenhausbehandlung birgt immer Risiken, die die Sicherheit und das Wohlergehen der Patienten beeinträchtigen können. Einen erheblichen Anteil dieser Ereignisse sehen Experten als vermeidbar an.

Internationalen Studien zufolge wird bei schätzungsweise zwei bis vier Prozent aller Krankenhaufälle in deutschen Kliniken ein Patient oder eine Patientin vermeidbar geschädigt, das entspräche 360.000 bis 720.000 Fällen pro Jahr. Bei rund einem Prozent der Behandlungsfälle liegt dabei vermutlich eine Verletzung der Sorgfaltspflicht zugrunde. In diesen Fällen spricht man von einem Behandlungsfehler. Von solchen Behandlungsfehlern endet jeder zehnte tödlich. Somit gäbe es in deutschen Krankenhäusern jedes Jahr etwa 19.000 vermeidbare Todesfälle, eine Zahl, die fünfmal so hoch ist wie die der Verkehrstoten im gleichen Zeitraum.

Die Fehlerquellen in Krankenhäusern sind vielfältig. Die Hauptursache für Infektionen durch Krankenhauskeime etwa liegt in mangelhafter Hygiene. Knapp vier Prozent der Krankenhauspatienten zogen sich 2011 während eines Klinikaufenthaltes eine solche Infektion zu. Dabei könnten einfache Maßnahmen wie konsequente Händedesinfektion die Infektionsgefahr bereits wirkungsvoll reduzieren. Experten gehen davon aus, dass das Risiko für eine Infektion mit Krankenhauskeimen bereits ausreichend sinkt, wenn in 80 Prozent aller relevanten Fälle eine solche Händedesinfektion erfolgt. Erreicht werden im Mittel aber kaum 50 Prozent, manche Kliniken liegen sogar noch deutlich darunter.

Ein weiteres großes Risikofeld stellt die Medikamentengabe im Krankenhaus dar. Um Fehler bei der ärztlichen Verordnung, der Kommunikation oder der Verabreichung zu vermeiden, sind vor allem elektronische Unterstützungssysteme nötig. Auch mangelhafte Kommunikationsstrukturen, sowohl zwischen Arzt und Patient, als auch zwischen Klinikmitarbeitern, spielen eine wichtige Rolle.

Hier ist eine Kultur gefragt, bei der die Patientensicherheit im Mittelpunkt steht.

Spektakuläre Skandale wie der Fall der schadhafenden Brustimplantate oder der ungeeigneten Hüftprothesen haben eindrucksvoll gezeigt, dass die Regeln, nach denen Medizinprodukte geprüft und zugelassen werden, verschärft werden müssen. Hier können Produktregister wie das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) und das Deutsche Aortenklappenregister künftig einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit leisten.

Wichtig sind auch Systeme für mehr Qualitätstransparenz, wie das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) der AOK. Sie helfen, Versorgungsunterschiede zwischen Krankenhäusern zu identifizieren. So zeigt QSR für den planbaren Einsatz künstlicher Hüftgelenke zwischen den deutschen Kliniken große Unterschiede bei der Ergebnisqualität. Solche Erkenntnisse lassen sich nutzen, um die Patientensicherheit zu verbessern.

Im aktuellen Krankenhaus-Report 2014 werden Stand und Entwicklung der Patientensicherheit in deutschen Kliniken analysiert. Im Diskussionsteil geht es um den Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und Behandlungsergebnis sowie die Krankenhausprivatisierung. Zudem bietet der Report wieder einen umfangreichen Datenteil zu Strukturen, Kosten und Patienten, die bewährte Krankenhauspolitische Chronik und das aktuelle Krankenhaus-Directory mit Leistungs-, Budget- und Qualitätsdaten für rund 1.500 Krankenhäuser. ■



Jürgen Klauber,
Geschäftsführer des Wido

„Die Krankenhäuser sind gefordert, Ereignisse zu erfassen und zu analysieren, die die Patientensicherheit gefährden. Ein umfassendes Fehlermanagement hilft dabei. Durch Qualitätstransparenzsysteme sind zudem die qualitativen Unterschiede zwischen den Kliniken bekannt. Dieses Wissen ist für Krankenhäuser, Patienten und Ärzte ein wichtiger Baustein für mehr Patientensicherheit.“



*Klauber J,
Geraedts M,
Friedrich J, Wasem J
(Hrsg.):
Krankenhaus-Report
2014 – Schwerpunkt:
Patientensicherheit.
Stuttgart: Schattauer
2014; 504 Seiten,
54,95 Euro, ISBN 978-
3-7945-2972-8*

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des Wido unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von Wido-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144



Heilmittelbericht 2013

Schulstart mit Sprachtherapie

Rund 35 Millionen Mal haben die 141.000 Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherung 2012 ein Rezept für Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie ausgestellt. Fast 276 Millionen einzelne Behandlungssitzungen sind so zusammengekommen.

Der aktuelle Heilmittelbericht, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) jedes Jahr Mitte Dezember veröffentlicht, beschreibt detailliert die Heilmittelleistungen, die 2012 zulasten der GKV erbracht wurden. Im Durchschnitt hat jeder gesetzlich

Versicherte fast vier einzelne Behandlungen für insgesamt knapp 72 Euro erhalten. Bundesweit hat die Heilmittelversorgung mehr als fünf Milliarden Euro gekostet. Die häufigsten Anwendungen kommen aus dem Bereich der Physiotherapie mit einem Anteil von 85,5 Prozent an allen Heilmittelbehandlungen. Fast die Hälfte aller sprachtherapeutischen Verordnungen richtete sich an Kinder im Grundschulalter zwischen fünf und neun Jahren. Rund ein Fünftel der AOK-versicherten Kinder dieser Altersstufe wurden 2012 mit einer Ergo- oder Sprachtherapie in

ihrer Entwicklung unterstützt. Den größten Bedarf haben dabei sechsjährige Jungen, von denen ein Viertel auf diese Weise behandelt wurde. Bei den gleichaltrigen Mädchen lag der Anteil bei knapp 17 Prozent. Die Analysen des Heilmittelberichts umfassen die Inanspruchnahme von Therapien nach Alter, Geschlecht und Region. Auswertungen zum Behandlungsanlass und zur Art der Therapie runden die Darstellung ab. Auf diese Weise unterstützt er Ärzte, Therapeuten und Krankenkassen dabei, eine hochwertige und wirtschaftliche Heilmittelversorgung zu planen. ■

Waltersbacher A:
Heilmittelbericht 2013.
55 Seiten, als kostenloser Download unter:
http://wido.de/heilmittel_2013.html

Versorgungs-Report 2013/2014

Schwerpunkt Depression

Die Depression ist die häufigste Form psychischer Erkrankungen. Der Versorgungs-Report 2013/2014 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) widmet sich ihr deshalb in seinem Schwerpunktthema.

Wie oft Depressionen innerhalb eines längeren Zeitraums vorkommen und wie sie sich entwickeln, beschreiben die Autoren des aktuellen Versorgungs-Reports. Sie gehen den Fragen nach, wer depressive Erkrankungen versorgt, welche Rolle die Allgemeinmedizin dabei spielt und mit welchen Arzneimitteln depressive Patienten wie lange versorgt werden. Auch auf die Frage, wie

die Erkrankten mit vorhandenen und innovativen Ansätzen besser unterstützt werden können, versucht der Versorgungs-Report eine Antwort zu geben. Zusätzlich zum Schwerpunktthema Depression enthält der Versorgungs-Report ein Kapitel „Krankheits- und Behandlungs-Monitoring“ mit fünf Versorgungsanalysen. Im Fokus stehen dabei Rückenschmerzen, Herzinsuffizienz, Typ-2-Diabetes, die Versorgung mit Herzkathetern und die Arzneimittelversorgung älterer Patienten. Der aktuelle Report nimmt Aspekte der Versorgungsqualität in den Blick und diskutiert, wie angemessen die gegenwärtige Versorgung ist. ■

Psychotherapie

Leichter Zugang

Die ambulante Psychotherapie steht erneut auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Der Zugang zu ambulanten Psychotherapien soll einfacher, Kurzzeit- und Gruppentherapien stärker gefördert werden. Einzeltherapien sind bisher die dominierende Therapieform, obwohl die so behandelten Patienten eine geringere Therapietreue aufweisen als die in einer Gruppentherapie. Während Versicherte in Einzeltherapie von 25 genehmigten Sitzungen durchschnittlich 18 Termine wahrnehmen, sind es bei den Teilnehmern einer Gruppentherapie durchschnittlich 20,5 bis 22 Sitzungen. ■



Klauber J, Günster C,
Gerste B, Robra BP,
Schmacke N:
Versorgungs-Report
2013/2014. Schwerpunkt:
Depression. Stuttgart:
Schattauer 2014;
54,99 Euro,
ISBN 978-3-7945-2929-2

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Irene Langner: „Definition, Ausmaß und Implikationen der Polypharmazie“, Symposium der Österreichischen Pharmakologischen Gesellschaft mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Forum der forschenden pharmazeutischen Industrie in Österreich, Wien, 2/2014 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland“, Kongress „Armut und Gesundheit“, Berlin, 3/2014 +++ 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelwissenschaft und Arzneimittel-epidemiologie e. V. (GAA), Düsseldorf, 12/2013: Uwe Eichler: „Entwicklung der Biologika im ambulanten GKV-Markt seit 2003“, Irene Langner: „OECD-Indikatoren zur Verschreibungsqualität in der ambulanten Versorgung“

JOBKILLER BÜRGERVERSICHERUNG?

Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Die Überführung der privaten Krankenversicherung (PKV) in ein integriertes Krankenversicherungssystem wird von namhaften Ökonomen und Publizisten mit Argumenten abgelehnt, die einer sachlichen Überprüfung nicht standhalten. Den von ihnen postulierten Wettbewerb gibt es weder zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der PKV noch innerhalb des PKV-Systems. Auch ignorieren sie wesentliche ökonomische Defizite der PKV wie die im Vergleich zur GKV deutlich höheren Verwaltungs- und Behandlungskosten bei in etwa gleichen medizinischen Ergebnissen. Eine integrierte Krankenversicherung bietet gegenüber dem bestehenden dualen System von GKV und PKV klare gesamtwirtschaftliche Vorteile. Ihre Realisierung ist allerdings mit politischen und verfassungsrechtlichen Problemen verbunden, die man nicht unterschätzen darf. Es ist eher wahrscheinlich, dass über das Projekt einer Bürgerversicherung das Verfassungsgericht mit entscheidet.

Schlüsselwörter: Alterungsrückstellungen, Ärztevergütung, Beihilfe, Bürgerversicherung, duale Krankenversicherung, integrierte Krankenversicherung, Verfassungsrecht, Verwaltungskosten, Wettbewerb GKV-PKV

A transfer of private health insurance into an integrated health care system is rejected by renowned economists and publicists with arguments that do not hold out against objective examination. The postulated competition does neither exist between SHI and private health insurance nor within the private health insurance system. Additionally, they ignore substantial economic deficits of private health insurance such as significantly higher administrative and treatment costs compared to SHI, while the medical results are roughly the same. An integrated health care system would provide clear overall economic advantages over the present dual system of statutory and private health insurance. Its implementation, however, is associated with political and constitutional issues that should not be underestimated. In all probability, the Constitutional Court will be involved in the decision on a citizens' health insurance scheme.

Keywords: age provisions, physician fees, aid, citizens health insurance scheme, dual health insurance system, integrated health insurance, constitutional law, administrative costs, competition between SHI and private health insurance

1 Einleitung

Der von der SPD, den Grünen, der Linken und dem Deutschen Gewerkschaftsbund geforderte Umbau des dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV) zu einer Bürgerversicherung war im Bundestagswahlkampf 2013 das wichtigste gesundheitspolitische Thema. Dieser Streit wurde auch mit Parolen wie „Keine Einheitsversicherung“ oder „Keine Zwei-Klassen-Medizin“ ausgetragen. Einige bekannte Ökonomen befürworten in Gutachten und Stellungnahmen das

bestehende duale System von PKV und GKV und warnen vor hohen volkswirtschaftlichen Kosten eines monistischen Krankenversicherungssystems. Dabei suspendieren sie offensichtlich eigene ordnungspolitische Grundsätze, wenn es um die ökonomische Bewertung des PKV-Systems geht. Auch die publizistische Begleitmusik dieser Thesen zeigt, dass der Umbau des dualen Systems zu einer monistischen Krankenversicherung bei aller ökonomischen Legitimation kein Selbstläufer ist. Er benötigt eine breite politische Mehrheit im Bundestag und Bundesrat. Die aber entsteht nur unter hohem Problemdruck.

¹Diplom-Volkswirt Hartmut Reiners, Berlin · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

2 Welche ökonomische Legitimation hat das duale System von GKV und PKV?

Die ökonomische Legitimation des dualen Krankenversicherungssystems bezweifelte der Wirtschaftssachverständigenrat schon vor zehn Jahren (*SVR-W 2004, Ziffern 489–494*). Es führe zu einer gesamtwirtschaftlich unsinnigen Risikomischung, und die unterschiedlichen Vergütungssysteme bewirkten eine Fehlallokation von Ressourcen. Daher sollte es in ein monistisches System überführt werden.

Offensichtlich teilt der SVR-W in seiner aktuellen Zusammensetzung diese Auffassung nicht mehr. Er spricht sich in seinem Jahresgutachten 2013/14 zwar für eine „Bürgerpauerschale“ aus (*SVR-W 2013, Ziffern 716 ff.*), lässt aber offen, ob dieses Postulat auch eine Bürgerversicherung einschließt. Gegen die haben sich zwei seiner fünf Mitglieder als Angehörige des Kronberger Kreises, des Beirats der Stiftung Marktwirtschaft, öffentlich ausgesprochen (*Kronberger Kreis 2013*): „Das Gesundheitswesen muss austariert werden, um das Nebeneinander von Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung zu beseitigen. Mehr Geld hilft hinsichtlich solcher Fehlsteuerungen nicht. Einer Bürgerversicherung muss daher eine klare Absage erteilt werden.“

Die Forderung, dass angesichts von Über- und Fehlversorgung nicht mehr Geld ins Gesundheitswesen gepumpt werden sollte, ist nachvollziehbar. Aber die Annahme, die Bürgerversicherung würde den Finanzrahmen des Gesundheitswesens künstlich ausdehnen, ist falsch. Sie würde die finanziellen Lasten anders verteilen als das duale GKV-PKV-System, aber nicht mehr Geld in das Gesundheitswesen bringen. Eher das Gegenteil ist zu erwarten, weil die PKV, wie noch gezeigt wird, erhebliche ökonomische Defizite hat, die nur mit einer Bürgerversicherung abgebaut werden können.

Auch ausgewiesene Gesundheitsökonominnen lehnen die Bürgerversicherung ab und führen folgende Argumente an (*Augurzky und Felder 2013; Pimpertz 2013; Ulrich und Pfaff 2013*):

- Das duale System von GKV und PKV habe nicht zu einer Zweiklassenmedizin geführt. Daher entfalle eine wesentliche Legitimation für die Bürgerversicherung.
- Die Bürgerversicherung würde den sinnvollen Systemwettbewerb von GKV und PKV beseitigen.
- Die kapitalgedeckte Absicherung der Altersrisiken der PKV Sorge für mehr Generationengerechtigkeit als das Umlageverfahren der GKV.
- Die Bürgerversicherung schade der Gesundheitswirtschaft durch Umsatzrückgänge in Arztpraxen und gefährde über 60.000 Arbeitsplätze in der Versicherungswirtschaft.

3 Führt das duale System von GKV und PKV zu einer Zweiklassenmedizin?

Es wird behauptet, „dass das Modell der Dualität aus GKV und PKV die Versorgungsnachteile der meisten staatlichen Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin vermieden hat“ (*Ulrich und Pfaff 2013, 1*). Diese These ist schon deshalb angreifbar, weil es das duale GKV-PKV-System nur in Deutschland gibt (*Greß et al. 2009*), man also eigentlich keine derartigen Vergleiche mit anderen Systemen anstellen kann. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass steuerfinanzierte Gesundheitssysteme eine größere Tendenz zu langen Wartezeiten aufweisen als Systeme mit einer sozialen Krankenversicherung (*Greß und Wasem 2007*). Auch werden viele GKV-Versicherte diese Argumentation nicht nachvollziehen können, da sie im bestehenden dualen System länger auf einen Arzttermin warten müssen als Privatpatienten. Auf Basis der Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung ermittelte Martin Schellhorn, dass die Wartezeiten für GKV-Versicherte im Durchschnitt bei Hausärzten 0,8 Tage länger sind als die von Privatpatienten, bei den Fachärzten sind es 9 Tage (*Schellhorn 2007*).

Ob man diese Ungleichbehandlung von Kassen- und Privatpatienten als Zweiklassenmedizin bezeichnen kann, ist eine Definitionsfrage. Sie betrifft in Deutschland eher die Abläufe als die Ergebnisse ärztlicher Behandlung. Aus der internationalen Literatur ist zu erkennen, dass Wartezeiten auf einen Behandlungstermin erst ab einer bestimmten Dauer negativen Einfluss auf die medizinischen Outcomes haben, zum Beispiel bei Diabetikern bei mehr als 30 Tagen (*Roll et al. 2012*). In der stationären Versorgung sind so gut wie keine auf den Versichertenstatus zurückzuführenden Unterschiede in der Behandlungsqualität zu sehen. Dort ist der Status des Privatpatienten an eine Zusatzversicherung gebunden, die auch viele GKV-Mitglieder abgeschlossen haben. Eine solche Zusatzversicherung besaßen 2011 rund 5,7 Millionen Personen. Der PKV-Verband macht keine Angaben darüber, wie viele davon GKV-Mitglieder sind.

Die Zusatzversicherung kommt für eine komfortablere Unterbringung (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) und Chefarztbehandlung auf, aber dass diese Privilegien zu besseren medizinischen Ergebnissen führen, darf man bezweifeln. Die Bürgerversicherung würde sie auch nicht abschaffen, es sei denn, den Versicherungen wird das Geschäft mit Zusatzversicherungen verboten. Aber wer fordert das? Daraus zu schließen, die Bürgerversicherung halte ihr Versprechen, nämlich die Zwei-Klassen-Medizin abzuschaffen, nicht, verwechselt Zwei-Bett-Zimmer mit Zwei-Klassen-Medizin (*Mihm 2013b*). Außerdem betrifft dieser Punkt weniger die Legitimation der Bürgerversicherung als die der PKV. Denn wenn sich die

medizinischen Outcomes bei Kassen- und Privatpatienten in etwa gleichen, weshalb sind dann die Leistungen der PKV so viel kostspieliger als die der GKV?

4 Welchen gesamtwirtschaftlichen Nutzen hat das duale GKV-PKV-System?

Eine duale Krankenversicherung macht unter ordnungspolitischen Aspekten nur Sinn, wenn die Bürger zwischen beiden Systemen wählen können. Diese Möglichkeit hat aber wegen der Versicherungspflichtgrenze und den eingeschränkten Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung in der GKV nur ein eng begrenzter Personenkreis (*Pfister 2010; Jacobs 2013*).

Ulrich und Pfaff verweisen auf rund 2,5 Millionen PKV-Versicherte, die auch die GKV hätten wählen können. Sie verschweigen dabei, dass diese Personen nur innerhalb einer kurzen Frist zwischen GKV und PKV wählen und nur unter sehr restriktiven Bedingungen in die GKV zurückkehren können (Paragraf 9 Absatz 1 Nr.1 Fünftes Sozialgesetzbuch [SGB V]). Eine wirkliche Konkurrenz zwischen GKV und PKV gibt es deshalb nur um die sehr überschaubare Gruppe der Berufsstarter mit einem über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Gehalt.

Aber auch dieser Wettbewerb hat fragwürdige Aspekte. Angehörige dieses Personenkreises, die irgendwann mal eine Familie gründen möchten, gehen besser in die GKV, weil dort die Kinder kostenfrei mitversichert sind. Man zahlt zwar anfangs in der GKV als junger Single höhere Beiträge als in der PKV, aber die amortisieren sich später durch die eingesparten Kosten für die Versicherung der Kinder. Hier hat die GKV gegenüber der PKV einen Wettbewerbsvorteil, der allerdings unter sozialpolitischen Gesichtspunkten sehr fragwürdig ist. Dafür sorgt die Beitragsbemessungsgrenze, die 2014 in der GKV bei 4.050 Euro monatlich liegt. An dieser Grenze endet das Solidarprinzip und beginnt die Welt der einheitlichen Kopfpauschale. Ein freiwillig Versicherter mit zum Beispiel einem Monatsgehalt von 8.000 Euro zahlt den gleichen Beitrag wie sein Kollege mit einem Gehalt von 4.050 Euro, nämlich 627,75 Euro. Anstelle des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent und einem Versichertenanteil von 8,2 Prozent (Arbeitgeberanteil: 7,3 Prozent) kommt er umgerechnet auf einen allgemeinen Beitragssatz von 7,8 Prozent beziehungsweise einen Versichertenanteil von 4,2 Prozent (Arbeitgeberanteil: 3,6 Prozent).

Die Schwachstellen des dualen Systems blenden deren Befürworter aus und postulieren lieber einen indirekten Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Die PKV übe mit ihrer „Innovationsoffenheit“ Druck auf die GKV aus, der ohne sie entfallen würde „mit der Tendenz zu einer Versorgung auf

einem niedrigeren Niveau“ (*Ulrich und Pfaff, 2*). Die GKV habe im Status quo ein starkes Interesse an einem Leistungsangebot, das nicht zu stark hinter dem der PKV zurückfällt. „Die Existenz der PKV sichert damit der Gesamtheit aller gesetzlich Versicherten einen Krankenversicherungsschutz auf hohem Niveau“ (*Augurzky und Felder, 45*). Hier wird ein Zusammenhang nicht belegt, sondern konstruiert. Der Leistungskatalog der GKV wird nach gesetzlich festgelegten Regeln erstellt und unterliegt keinem imaginären Wettbewerbsdruck der PKV. Die GKV-Versicherten haben Anspruch auf ärztliche Behandlung, die „nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist“ (Paragraf 28 Absatz 1 SGB V). Was darunter konkret zu verstehen ist, und welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dem Stand des medizinischen Wissens entsprechen, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) auf Basis des international bewährten Grundsatzes der evidenzbasierten Medizin. Ein solches Scheininnovationen ausgrenzendes Instrument hat die PKV nicht. Allerdings haben die Entscheidungen des GBA insofern Einfluss auf die Leistungen der PKV, als die Beihilferegelungen für Beamte, und damit für knapp die Hälfte der PKV-Mitglieder, regelmäßig dem GKV-Leistungskatalog angepasst werden. Deshalb bestimmt eher der Leistungskatalog der GKV den der PKV als umgekehrt.

Nicht nur zwischen GKV und PKV, sondern auch innerhalb des PKV-Systems gibt es keinen wirklichen Wettbewerb. Die Feststellung, der Wettbewerb sei „nicht bestmöglich ausgestattet“ (*Ulrich und Pfarr 2013, 2*), ist die euphemistische Umschreibung eines für die PKV-Mitglieder fatalen Sachverhalts. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist faktisch eine Lebensentscheidung, weil bei einer Kündigung des Vertrags die Ansprüche aus den Alterungsrückstellungen verloren gehen. Sie müssen in der neuen Versicherung wieder aufgebaut werden, was mit zunehmendem Alter immer teurer und schließlich unbezahlbar wird (*Meyer 2001*). Deshalb ist die Behauptung, die PKV beruhe im Unterschied zur GKV auf dem Prinzip der Vertragsfreiheit und sei „daher grundsätzlich besser geeignet, unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich ihres Versicherungsschutzes Rechnung zu tragen“ (*Augurzky und Felder 2013, 48*), eine Verdrehung der Realität. Denn eine gesetzliche Krankenversicherung kann man bei Nichtgefallen ohne Verluste wechseln, eine private nicht.

Auch entsprechen die je nach Geschäftsmodell der Versicherung unterschiedlichen Wahltarife in der PKV wie bei einem Autokauf weniger den Wünschen als den finanziellen Möglichkeiten der Kunden (*Zok 2013, 23 ff.*). Bei Anhebungen der Versicherungsprämie wechseln erfahrungsgemäß viele Versicherte, wenn möglich, in einen billigeren Tarif mit höheren Selbsthalten beziehungsweise kleinerem Leistungspaket, weil sie sich die Vollversicherung nicht mehr leisten können. Diese durch finanziellen Zwang verursach-

ten Leistungseinbußen als „Präferenz“ der Versicherten zu bezeichnen, grenzt an Zynismus. Die vorhandenen Forschungsergebnisse zeigen zudem eindeutig, dass Zuzahlungen und Selbstbehalte keine positiven Effekte auf die Ressourcensteuerung haben, sondern reine Finanzierungsinstrumente sind (Reiners 2012). Sie sind entweder hoch und haben unerwünschte soziale und gesundheitliche Folgen; oder sie sind niedrig, führen dann aber nicht zu einer geringeren Inanspruchnahme.

Wettbewerb in der PKV kann nur funktionieren, wenn ein Versicherungswechsel nicht mit dem Verlust von Ansprüchen aus den Alterungsrückstellungen verbunden ist, wie auch Ulrich und Felder als Mitverfasser des „Bayreuther Manifestes“ feststellten (Oberender et al. 2006, 31 ff.). Die vom Bundesjustizministerium berufene Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts kam ebenfalls zu diesem Ergebnis (VVG-Kommission 2004, 143 ff.). Beide Autorengruppen brachten einen gemeinsamen Risikopool der Versicherungsunternehmen für die Absicherung der Altersrisiken ins Gespräch. Sonst drohe bei einer individuellen Mitnahme der Ansprüche aus den Alterungsrückstellungen ein Wettbewerb über Risikoselektion, in dem Versicherungen durch das Abwerben von Kunden mit einer hohen Alterungsrückstellung ihren eigenen Cashflow erhöhen und zugleich ihre Konkurrenten schädigen könnten. Außerdem könnten kleinere Versicherungen in diesem Wettbewerb mit finanzstarken Konzernen nicht mithalten. Ein gemeinsamer Risikopool zerstört allerdings das bestehende Geschäftsmodell der PKV, das auf der Anlage der Alterungsrückstellungen auf dem Finanzmarkt und den Stornogewinnen bei gekündigten Versicherungsverträgen beruht. Auf dieses Dilemma gehen die Befürworter des dualen Krankenversicherungssystems mit keinem Wort ein.

5 Sorgt die PKV für mehr Generationengerechtigkeit?

Der PKV-Verband schaltet Anzeigen mit dem Slogan „Vorbildlich: Eine Krankenversicherung mit eingebauter Altersvorsorge“. Demografische Risiken lassen sich aber nicht durch Alterungsrückstellungen beseitigen, sie gelten sowohl für das Umlage- als auch für das Kapitaldeckungsverfahren. Beide Finanzierungssysteme bewirken Rechtsansprüche beziehungsweise Anwartschaften für eine Beteiligung an zukünftiger Wertschöpfung. Entscheidend für die Einlösung dieser Ansprüche ist immer die Leistungsfähigkeit der Wirtschaft zu dem Zeitpunkt, an dem sie fällig werden (Schmähl 2009). Der Unterschied zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren liegt in den jeweiligen Gewährleistungsträgern, das heißt in der Frage, wer für die Finanzierung der Alterssicherung geradestehen muss. Das ist zum einen das

Sozialbudget beziehungsweise die nationale Wertschöpfung und zum anderen der internationale Finanzmarkt. Die Vorstellung, der Finanzmarkt biete einen verlässlicheren Schutz gegen Folgen der demografischen Entwicklung, ist auch unabhängig von seiner hinreichend belegten grundsätzlichen Instabilität eine Illusion (Minsky 2011). Die Versicherungswirtschaft benötigt gemäß einer Faustregel eine Relation von Sparern zu Entsparern von mindestens 1,2 zu 1. Die demografische Entwicklung geht aber eher in Richtung 1 zu 1. Der britische Ökonom Nicholas Barr zog vor diesem Hintergrund schon Jahre vor dem großen Finanzmarkt-Crash von 2008 den Schluss, dass „aus wirtschaftlicher Sicht der demografische Wandel kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme (ist)“ (Barr 2002, 13).

Die Behauptung, die GKV sei nicht demografiefest finanziert, wird mit sogenannten Generationenbilanzen unterfüttert, in denen sich die Differenz zwischen den wegen der Alterung der Gesellschaft zu erwartenden Zuwächsen der Gesundheitsausgaben und den Beitragszahlungen der heutigen Generation zu deren „impliziter Schuld“ bei den nachwachsenden Versicherten aufsummiert. Diese „implizite Schuld“ werde bis 2055 auf fast ein Viertel der Wertschöpfung anwachsen (Felder und Fetzer 2007). Solche Modellrechnungen sind nicht nur wegen ihrer spekulativen Annahmen fragwürdig (Reiners 2013). Sie konstruieren auch mit ihrem Postulat, jede Generation habe für ihre gesamten zukünftigen Krankheitskosten selbst aufzukommen, einen künstlichen Konflikt zwischen Jung und Alt. Mit dem gleichen Recht, wie zukünftige Belastungen der Jüngeren durch die irgendwann anfallenden Krankheitskosten ihrer Eltern und Großeltern zu deren „Schulden“ hochgerechnet werden, könnten diese ihrem Nachwuchs deren Ausbildungskosten in Rechnung stellen oder zumindest eine Saldierung mit ihren Krankheitskosten im Alter verlangen. Auch müssten Vermögenstransfers in Form von Erbschaften und Schenkungen berücksichtigt werden, die zudem nicht eine inter-, sondern eine intragenerative Ungleichverteilung aufweisen (Bofinger 2008). Korrekte Bilanzierungen von Leistungen und Gegenleistungen zwischen Jung und Alt müssten diese und andere Faktoren wie Erfindungen, Produktivitätszuwächse oder Kriegsfolgen erfassen, was schon rein empirisch unmöglich ist. Das den Generationenbilanzen zugrunde liegende Postulat von Generationengerechtigkeit ist daher eine „Schimäre, die weder zu konkreten Handlungsanweisungen führt ... noch auf einem sauber definierten Konzept beruht“ (Börsch-Supan 2003, 1).

6 Vernichtet die Bürgerversicherung Arbeitsplätze?

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) warnte im April vergangenen Jahres: „Bürgerversicherung kostet 100.000

Arbeitsplätze“ (Mihm 2013a). Sie bezog sich auf eine Studie zu den Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der GKV und PKV, nach der insgesamt die Jobs von 67.000 PKV-Mitarbeitern von einer Bürgerversicherung betroffen wären (Paquet 2013, 54 f.). Diese Schätzung ist plausibel, allerdings sagt sie wenig darüber aus, wie viele Arbeitsplätze durch eine Bürgerversicherung tatsächlich verloren gingen. Eine entsprechende Prognose könne nur realistisch gestaltet werden, wenn klar ist, welche Rolle die PKV-Unternehmen in beziehungsweise neben einer Bürgerversicherung spielen sollen (Paquet 2013, 89 f.). Dazu gibt es gegenwärtig nur grobe Vorstellungen, aber noch kein detailliertes Konzept.

Bemerkenswert ist, dass in dem FAZ-Artikel eine auf der Hand liegende Frage nicht gestellt wird: Sollte die PKV für die Krankenversicherung von 13 Prozent der Bevölkerung tatsächlich über 60.000 Mitarbeiter beschäftigen, weshalb kommt dann die GKV für die anderen 87 Prozent mit 120.000 Angestellten aus (Stand: 2011)? Die Overhead-Kosten hatten 2012 in der PKV einen Anteil an den Gesamtausgaben von 20,6 Prozent, in der GKV einschließlich Pflegeversicherung von 5,4 Prozent (Tabelle 1). Den Löwenanteil dieser Aufwendungen haben in der PKV die Abschlusskosten, die sich allerdings unter den Versicherungsunternehmen erheblich unterscheiden. Diese Ausgaben können zwischen 0,6 bis 15,2 Prozent der Bruttobeiträge der PKV-Mitglieder liegen (Paquet 2013, 51). Die Bürgerversicherung würde den Verwaltungsaufwand also erheblich reduzieren. Wenn der Beitrag in der FAZ diesen volkswirtschaftlichen Effizienzgewinn auf Arbeitsplatzvernichtung reduziert, ist das in etwa so, die Ablösung der Dampf- durch die E-Lok nicht als technischen Fortschritt zu bewerten, sondern als Jobkiller für Heizer.

Offenbar spielen Aspekte einer wirtschaftlichen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen für die Anhänger der dualen Krankenversicherung eine nachgeordnete

te Rolle. Auch die gegenüber der GKV deutlich höheren Behandlungsausgaben der PKV, insbesondere in der ambulanten Versorgung, werden von ihnen nicht als Indikator für Unwirtschaftlichkeit gesehen, sondern als Wachstumsfaktor, der mit einer Bürgerversicherung verloren gehe (Ulrich und Pfaff 2013, 3 f.; Niehaus 2013; Kaiser 2013). Diese werde zu einem durchschnittlichen Umsatzverlust pro Arztpraxis von jährlich über 40.000 Euro führen und bedrohe so die medizinische Infrastruktur. Ob diese Zahl realistisch ist, sei dahingestellt. Auf jeden Fall kann man nicht so tun, als habe die Bürgerversicherung mit einem einheitlichen Vergütungssystem keine Auswirkungen auf die Umsätze von Arztpraxen. Eine Modellrechnung ergab, dass „im Durchschnitt die Leistungen für Privatversicherte den Ärzten rund 2,28 mal so gut vergütet (werden) wie die gleichen Leistungen gegenüber GKV-Versicherten“ (Walendzik et al. 2008, 47).

Dieses Ungleichgewicht im dualen Vergütungssystem von Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) setzt falsche Anreize und fördert Versorgungsdisparitäten. Wegen der höheren Zahl von Privatpatienten bringt eine Arztpraxis zum Beispiel im Südwesten Berlins höhere Erträge als eine am östlichen Stadtrand, was zu Über- beziehungsweise Unterversorgung führt. Auch haben Hausärzte meist deutlich geringere Umsätze mit Privatpatienten als Fachärzte (Kaiser 2013). Wenn die medizinische Infrastruktur gefährdet wird, dann nicht durch ein einheitliches Vergütungssystem, sondern durch die weder medizinisch noch ökonomisch zu rechtfertigenden Disparitäten zwischen dem EBM- und dem GOÄ-System. Zudem werden medizinisch unnütze Leistungen wie individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) privat abgerechnet (Windeler 2008). Solche Mehrumsätze kann man nicht als wünschenswertes Wirtschaftswachstum interpretieren. Genauso gut könnte man die Überschreitungen des geplanten Kostenrahmens für den neuen Hauptstadtflughafen als regionalen Wachstumsimpuls für Berlin und Brandenburg begrüßen.

TABELLE 1

Leistungsausgaben und Overhead-Kosten in Millionen Euro, 2012

	GKV + soziale Pflegeversicherung	PKV + private Pflegeversicherung
Leistungsausgaben	195.002	23.305
Overhead-Kosten	11.097*	6.040**
Anteil Overhead-Kosten (in %)	5,4	20,6

* Nettoverwaltungskosten + sonstige Ausgaben, **Verwaltungs- und Abschlusskosten

Quelle: BMG 2013, PKV-Verband 2014, eigene Berechnungen

Grafik: G+G Wissenschaft 2014

7 Perspektiven eines integrierten Krankenversicherungssystems

Der Umbau des dualen zu einem einheitlichen Krankenversicherungssystem steht vorläufig nicht auf der politischen Tagesordnung. Ein solches Projekt braucht eine breite politische Mehrheit, und die ist nicht vorhanden. Die aufgezeigten Widersprüche im dualen Krankenversicherungssystem werden sich aber weiter zuspitzen und seine ökonomische Legitimation weiter aushöhlen. Das gilt insbesondere für das Beihilfesystem, das öffentliche Haushalte spätestens dann finanziell überfordern wird, wenn die geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1970 nach und nach in Pension gehen (siehe hierzu auch den Beitrag von *Jacobs und Haun* ab Seite 23 in diesem Heft). Dabei handelt es sich nicht nur um eine Alterskohorte mit wachsenden Behandlungskosten, auch deren Beihilfeanteil steigt in der Regel von 50 auf 70 Prozent. Das wird vor allem die Länderhaushalte mit ihrem großen Beamtenapparat belasten und spätestens ab dem Jahr 2020 zum Handeln zwingen, wenn das von der Föderalismuskommission 2009 beschlossene Verbot der Nettoneuverschuldung der Länder greift. Man wird dann nach einem Weg aus diesem Dilemma suchen, der eigentlich nur in einer Überführung der Beamten in das GKV-System bestehen kann. Das wird zwar schon aus rechtlichen Gründen nicht mit einem

Schlag, sondern nur schrittweise geschehen können. Aber das Geschäftsmodell der PKV wäre substanziell beschädigt, weil die Beamten bislang knapp die Hälfte ihrer Klientel stellen. Wenn das Beihilfesystem ein Auslaufmodell wird, werden sich vor allem die großen Versicherungskonzerne fragen, ob sie nicht ganz aus dem Krankenversicherungsgeschäft aussteigen sollten.

Die wachsenden ökonomischen Probleme des Beihilfesystems und der PKV werden sicher den Handlungsdruck auf die Politik erhöhen, jedoch ergibt sich daraus kein Selbstläufer in Richtung Bürgerversicherung. Die vorliegenden Expertisen zu einer integrierten Krankenversicherung sehen zwar keine unüberwindbaren juristischen Hindernisse für dieses Projekt (*Bieback 2005; Kingreen und Kühling 2013*). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gewährt dem Gesetzgeber in der Frage der finanziellen Sicherung der solidarischen Krankenversicherung einen sehr breiten Spielraum. Aber bei der politischen Umsetzung dieses Projekts sind Fragen zu klären:

- Welche Unternehmensform soll die Krankenversicherung haben (öffentlich-rechtlich oder privat) und welche wettbewerbsrechtlichen Fragen ergeben sich?
- Welche Ansprüche ergeben sich aus dem Beihilfesystem für Beamte?

TABELLE 2

Stolpersteine auf dem Weg zur monistischen Krankenversicherung

Reformebene	Umsetzungsproblem	Konfliktpotenzial
Unternehmensform	Grundsätzlich ist eine öffentliche Unternehmensform ebenso denkbar wie eine private. Die besonderen Strukturen der GKV müssen kartellrechtlich abgesichert werden.	Eher gering. Die Politik hat einen breiten rechtlichen Spielraum in der Umsetzung.
Leistungskatalog	Unterschiede zwischen PKV und GKV sind gering. Zusatzversicherungen für besondere Leistungen könnten alle Versicherungen anbieten.	Eher gering. Die Grundleistungen der GKV und der PKV sind ähnlich.
Vergütungssystem	Umstellung von Einzelleistungsvergütung auf morbiditätsorientierte Pauschalen. Gegebenenfalls Übergangsregelungen für bestimmte Facharztpraxen.	Eher hoch. Berührt sind wirtschaftliche Interessen von Ärzten.
Alterungsrückstellungen	Alterungsrückstellungen der PKV könnten als „Auflösungszahlungen“ in die GKV überführt werden. Es ist aber unklar, wem die Alterungsrückstellungen gehören.	Eher hoch. Es geht um rund 180 Milliarden Euro. Vermutlich wird diese Frage vom Bundesverfassungsgericht zu klären sein.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

- Welche vertrags- und eigentumsrechtlichen Aspekte müssen in Übergangsregelungen berücksichtigt werden?
- Wie kann ein einheitliches Vergütungssystem für Ärzte aussehen?

Die beiden ersten Fragen sind vergleichsweise einfach zu beantworten, auch wenn rechtliche Fallstricke beachtet werden müssen (*Kingreen und Kühling 2013*). Man kann wie in den Niederlanden allen Krankenversicherungen eine einheitliche Unternehmensform geben, ohne ihnen damit deren öffentlichen Auftrag beziehungsweise freigemeinnützigen Charakter zu nehmen (*Greß et al. 2009*). Grundsätzlich ist auch ein Nebeneinander von öffentlich-rechtlichen und privaten Unternehmen denkbar. Die PKV-Unternehmen haben keinen grundsätzlich geschützten Anspruch auf ihr traditionelles Geschäftsmodell. Auch das Beihilfesystem hat keinen Verfassungsrang. Der Staat ist lediglich verpflichtet, sich am Krankenversicherungsschutz seiner Beamten angemessen zu beteiligen und für Übergangsregelungen, vor allem für ältere Beihilfeempfänger, zu sorgen. Die wirklich schwierigen und konfliktträchtigen Probleme sind die Gestaltung der Übergangsregelungen in Bezug auf eigentums- und vertragsrechtliche Aspekte sowie die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems für Ärzte.

Eine entscheidende verfassungsrechtliche Frage ist die nach den Alterungsrückstellungen der PKV (siehe hierzu auch den Beitrag von *Kingreen* ab Seite 16 in diesem Heft). Dazu gibt es noch kein höchstrichterliches Urteil, sondern nur Rechtsexperten (*Kingreen und Kühling 2013*). Demnach haben weder die Versicherten noch die Versicherer einen durch Artikel 14 Grundgesetz geschütztes Eigentumsrecht an den Alterungsrückstellungen. Bei Ersteren begründen sie nur einen Anspruch auf Beitragsglättung mit zunehmendem Alter, bei Letzteren sind sie bilanztechnische Rechnungsposten beziehungsweise Rückstellungen zur Risikoabsicherung, die keinem speziellen Eigentumsschutz unterliegen. Aus den Alterungsrückstellungen könnten zwar bei einem gesetzlich verfügbaren Wechsel von PKV-Mitgliedern in die GKV „Auflösungszahlungen“ geleistet werden. Wie sich dieser Prozess aber im Detail so gestalten lässt, dass er einen verfassungsrechtlichen Stresstest besteht, ist noch nicht abschließend geklärt. Kommt es in dieser Frage zu keiner einvernehmlichen Lösung mit der Versicherungswirtschaft, wird wohl oder übel das Bundesverfassungsgericht das letzte Wort haben.

Der Übergang zu einem einheitlichen Vergütungssystem ist hingegen kein verfassungsrechtliches Problem, auch wenn man mit entsprechenden Klagen rechnen muss. Es geht um wirtschaftliche Interessen von einem Teil der niedergelassenen Ärzte. Wie bereits erwähnt, sind bei vergleichbaren Fällen die Behandlungskosten bei Privatpatienten mehr als doppelt so hoch wie bei Kassenpatienten. Dies hängt mit der fehlenden Mengengrenzung und der Struktur der Einzel-

leistungsvergütung in der GOÄ zusammen (*Walendzik et al. 2008*). Mittlerweile liegen Skizzen eines einheitlichen Vergütungssystems mit folgenden Schwerpunkten vor (*Friedrich Ebert Stiftung 2013; Walendzik 2013*):

- Beibehaltung des bestehenden Vergütungsvolumens von GKV und PKV
- morbiditätsorientierte Pauschalen, kombiniert mit Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Kalkulation von Vergütungshöhe und -umfang durch ein beim GBA angesiedeltes Institut
- getrennte Vergütungsordnungen für Haus- und Fachärzte, Harmonisierung der Facharztvergütungen mit dem DRG-System

Auch wenn man dem in der GKV sicher nicht populären Vorschlag folgt, am bestehenden gesamten Vergütungsvolumen von GKV und PKV festzuhalten (*Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband 2013*), wären die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte regional und nach Fachgebieten unterschiedlich betroffen. So brachten die Privatpatienten im Jahr 2007 den Hausärzten 15,8 Prozent ihres Umsatzes, den Orthopäden hingegen 37,7 Prozent (*Kaiser 2013, 19 ff.*). Ein einheitliches Vergütungssystem, das den oben genannten Kriterien folgt, würde die Honorare anders verteilen, sonst machte es auch keinen Sinn. Für eine Übergangszeit sind daher Regelungen für die Kompensation von Honorarverlusten denkbar, vor allem dann, wenn Investitionsentscheidungen getroffen wurden im Vertrauen auf die Mehreinkünfte durch Privatpatienten (*Walendzik 2013, 22 f.*).

Klar ist aber auch, dass kein einheitliches Vergütungssystem geschaffen werden kann, bei dem jeder Arztpraxis der Umsatz des alten Systems garantiert wird. Darin liegt ein erhebliches Protestpotenzial, wie man schon aus den Erfahrungen mit EBM-Reformen lernen kann, bei denen es auch immer Gewinner und Verlierer gab.

8 Fazit

Die gegen die Bürgerversicherung vorgebrachten ökonomischen Argumente sind letztlich haltlos und basieren eher auf ideologischen Schablonen als auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die offenen verfassungsrechtlichen Fragen weisen aber darauf hin, mit welchem Sperrfeuer gerechnet werden muss, wenn das Projekt eines gemeinsamen Krankenversicherungssystems auch nur in die Nähe einer politischen Mehrheitsfähigkeit kommt. Die Union und die SPD haben dieses Thema in ihrem Koalitionsvertrag ausgeklammert, aber das bedeutet nicht das Ende der Debatte. Eine Schlüsselrolle wird dabei das Beihilfesystem für Beamte einnehmen, auf das hohe Ausgabensteigerungen zukommen

wird, die den Staatshaushalt stark belasten werden. Dann steht die Bürgerversicherung mit einiger Sicherheit wieder auf der tagespolitischen Agenda. Die heute vorliegenden Szenarien einer Bürgerversicherung, wie zum Beispiel der von der Bertelsmann-Stiftung gemeinsam mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband erstellte Zehn-Punkte-Plan, können dann wieder aus der Schublade geholt werden (*Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband 2013*).

Literatur

- Augurzyk B, Felder S (2013):** Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung. RWI-Materialien Heft 75; www.rwi-essen.de → Publikationen → RWI Materialien → RWI Materialien 2013 (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Barr N (2002):** Rentenreformen: Mythen, Wahrheiten und politische Entscheidungen. Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Jg. 55, Heft 2, 3–46
- Bieback KJ (2005):** Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Bertelsmann Stiftung, Verbraucherzentrale Bundesverband (2013):** Gerecht, effizient und nachhaltig. Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung; www.bertelsmannstiftung.de → Gesundheit → Bürgerorientiertes Gesundheitswesen → Versorgung verbessern → Integrierte Krankenversicherung → Downloads (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Bofinger P (2008):** Gerechtigkeit für Generationen. Eine gesamtwirtschaftliche Perspektive. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung; <http://library.fes.de> → Digitale Bibliothek → FES-Publikationen → Titel in die Schnellsuche eingeben (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Börsch-Supan A (2003):** Zum Konzept der Generationengerechtigkeit; www.mea.mpsoc.mpg.de/fileadmin/files/topics/Paper_GenGerechtigkeit_17Jun03.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Felder S, Fetzer S (2007):** Die Gesundheitsreform – (k)ein Weg zur Entlastung zukünftiger Generationen? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 61, Heft 7-8, 39–45
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2013):** Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen; <http://library.fes.de> → Digitale Bibliothek → FES-Publikationen → Titel in die erweiterte Suche eingeben (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Greß S, Leiber A, Manougian M (2009):** Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. WSI-Mitteilungen, Jg. 62, Heft 7, 369–375
- Greß S, Wasem J (2007):** Weg von der Beitrags- hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer Sicht. In: Felix D (Hrsg.). Die Finanzierung der Sozialversicherung. Berlin: Lit-Verlag, 5–24
- Jacobs K (2013):** Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 47–73
- Kaiser HJ (2013):** Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung. Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen; www.pvs.de → Studie von der Startseite heruntergeladen (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Kingreen T, Kühling J (2013):** Monistische Einwohnerversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Meyer U (2001):** Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloption. In: Scholz R et al. (Hrsg.). Zu den Wechseloptionen der PKV. PKV-Dokumentation 25, 58–76; www.pkv.de/publikationen/dokumentationen/zu_den_wechseloptionen_der_pkv.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Mihm A (2013a):** Bürgerversicherung kostet 100.000 Arbeitsplätze. Frankfurter Allgemeine Zeitung. 13.04.2013; www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/umbau-der-krankenversicherung-buergerversicherung-kostet-100-000-arbeitsplaetze-12140626.html (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Mihm A (2013b):** Bürgerversicherung hält Versprechen nicht. Frankfurter Allgemeine Zeitung. 20.08.2013; www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gesundheitspolitik-buergerversicherung-haelt-versprechen-nicht-12538540.html (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Minsky HP (2011):** Instabilität und Kapitalismus. Zürich: Diaphenes
- Niehaus F (2013):** Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten: Die Entwicklung von 2006 bis 2011. WIP-Diskussionspapier 01/13; www.wip-pkv.de → Veröffentlichungen → Studie downloaden (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Oberender P, Felder S, Ulrich V et al. (2006):** Bayreuther Versicherermodell. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen. Bayreuth: P.C.O.
- Paquet R (2013):** Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Arbeitspapier 284 der Hans-Böckler-Stiftung; www.boeckler.de → Veröffentlichungen → Arbeitspapiere → Jahrgang 2013 → Seite 2 klicken (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Pfister F (2010):** Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG – Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang
- Pimpertz J (2013):** Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen. IW policy paper 12/2013; www.iwkoeln.de → Studien → IW policy papers (letzter Zugriff am 20.12.2013)
- Reiners H (2012):** Ökonomenstammtisch. Anmerkungen zu öffentlichen Erklärungen der DGGÖ. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 3, 72–77
- Reiners H (2013):** Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 175–196
- Roll K, Stargardt T, Schreyögg J (2012):** Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient care. In: The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice 37, 609–642;

www.hche.de → Publikationen → HCHE Research Papers (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Schellhorn M (2007): Vergleich von Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten Versorgung. In: Böcken J et al. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2007. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 95–113

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

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005. Bundestagsdrucksache 15/4300 vom 18.11.2004; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/043/1504300.pdf> (letzter Zugriff am 20.12.2013)

SVR-W (2013): Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2013/14; www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Gutachten und Expertisen → Aktuelles Jahresgutachten (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Ulrich V, Pfaff C (2013): Zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV. In: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 9–10, 1–7

VVG-Kommission (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts) (2004): Abschlussbericht vom 19. April 2004; www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_professuren/vwl_sozialpolitik/Meyer_Seiten/forschung/Abschlussbericht.pdf (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Walendzik A et al. (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag Nr. 165 aus dem FB Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen; www.wiwi.uni-due.de → Forschung → Publikationen → 2008 (letzter Zugriff am 20.12.2013)

Walendzik A (2013): Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 2, 16–24

Windeler (2008): IGeL – ärztliche Zusatzleistungen kritisch betrachtet. Die BKK, Jg. 96, Heft 1, 98–102

Zok K (2013): GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 15–45

DER AUTOR



Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners, Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist, lebt in Berlin. Bis 2009 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MAGS) des Landes Brandenburg; zuvor in gleicher Funktion im MAGS Nordrhein-Westfalen. In dieser Eigenschaft an allen

GKV-Reformgesetzen seit 1988 beteiligt. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie.

Niemals geht man so ganz: Die Alterungsrückstellungen in der PKV

von Thorsten Kingreen¹

ABSTRACT

Auch in der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wird der vor etwa 15 Jahren eingeschlagene Weg einer Annäherung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung weiterverfolgt werden. Ein wesentliches Hindernis für die Durchlässigkeit zwischen den beiden Krankenversicherungen bilden die Alterungsrückstellungen, die die privaten Versicherungsunternehmen für ihre Versicherten bilden und die bislang bei einem Wechsel des Versicherers nur ausnahmsweise und eingeschränkt mitgenommen werden dürfen. Es spricht vieles dafür, diese Rückstellungen jedenfalls bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung (PKV) portabel auszugestalten. Eine solche Regelung ist verfassungsrechtlich zulässig. Allerdings muss dann aus Gleichbehandlungsgründen auch die Portabilität der Rückstellungen beim Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ermöglicht werden, weil die Alterungsrückstellungen in der PKV die gleiche Funktion haben wie die Umlagefinanzierung in der GKV: die Verteilung der im Alter steigenden Gesundheitsausgaben auf den Längsschnitt des Lebens.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, private Krankenversicherung, Konvergenz, Alterungsrückstellungen, Portabilität, Umlageverfahren

In the 18th Legislature of the German Bundestag, the path to achieving an approximation of statutory and private health insurance chosen 15 years ago will be further pursued. A major barrier to the permeability between the two health insurance systems are the ageing provisions of private insurance companies for their policyholders: So far, when insurees switch health care funds, ageing provisions may be transferred only exceptionally and in a limited amount. It is planned to allow a transfer at least within the private health insurance system. Such a scheme is constitutionally permissible. However, according to the principle of equal treatment, portability should also be allowed when insurees switch to SHI because ageing provisions in private health insurance have the same function as pay-as-you-go-funding in statutory health insurance: the distribution of increasing age-related health costs across the entire life.

Keywords: statutory health insurance, private health insurance, convergence, ageing provisions, portability, pay-as-you-go-funding

1 Einführung

Die duale Krankenversicherungsordnung aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist historisch gewachsen, sozial- und ordnungspolitisch aber kaum noch begründbar. Der angebliche Systemwettbewerb existiert praktisch nicht, weil allenfalls fünf Prozent der Bevölkerung tatsächlich Wahlrechte haben (Jacobs 2013, S. 53 ff.). Die Abgrenzung der Versichertenkreise ist historisch zufällig, aber sozialpolitisch unstimmig (Huster 2011, S. 24; Reiners 2011, S. 24), und die markanten Unterschiede bei der Vergütung von ärztlichen

Leistungen für gesetzlich und privat Versicherte führen zu Fehlanreizen, die sich in unterschiedlich langen Wartezeiten und ungleicher regionaler Verteilung der Ärzte niederschlagen (Kingreen 2012, K19–K29). Diese Diagnose ist zwar in den Details nicht unbestritten, doch scheint ein breiter Konsens zu bestehen, dass man – dürfte man sich in eine gesundheitspolitische Stunde null versetzen – das Krankenversicherungssystem so nicht noch einmal organisieren würde. Deshalb ist etwa Mitte der 1990er Jahre ein Kurswechsel eingeleitet worden, den man als allmählichen Konvergenzprozess von gesetzlicher und privater Krankenversicherung interpretieren

¹Professor Dr. jur. Thorsten Kingreen, Fakultät für Rechtswissenschaften, Universität Regensburg · Universitätsstraße 31 · 93053 Regensburg
Telefon: 0941 943-2608 · Telefax: 0941 943-3634 · E-Mail: thorsten.kingreen@jura.uni-regensburg.de

kann. Dabei ist bemerkenswert, dass alle Gesetzgeber, gleich welcher Couleur, diese Annäherung vorangetrieben haben: im Versicherungsrecht durch den Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) einerseits und eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) andererseits (Wahltarife, Bindung an das Kartellrecht, Insolvenzfähigkeit), im Leistungsrecht durch eine Flexibilisierung des Leistungskatalogs in der GKV (Paragraf 11 Abs. 6 Fünftes Sozialgesetzbuch [SGB V]), im Leistungserbringungsrecht durch eine weitgehende Einbeziehung der PKV in die Qualitäts- und Mengensteuerung im Arzneimittel- und Krankenhausrecht. Ökonomische Interessen und politische Rücksichtnahmen verhindern zwar bisweilen, dies öffentlich einzugestehen, im Grunde weiß aber jeder: Es muss sich etwas ändern im Krankenversicherungsrecht, zumal GKV wie PKV vor der gemeinsamen großen Herausforderung der demografischen Entwicklung und einem schon durch den medizinischen Fortschritt bedingten Mengenanstieg stehen.

Es ist daher zu erwarten, dass der 18. Deutsche Bundestag zwar noch nicht den großen Wurf einer Einwohnerversicherung (*Kingreen und Kühling 2013*) wagen, wegen des evidenten Problemdrucks aber den Konvergenzprozess vorantreiben wird. Konvergenz heißt auch: Stärkung der Durchlässigkeit zwischen den Systemen. Ein wesentlicher Schritt auf diesem Weg wäre eine erweiterte Portabilität der Alterungsrückstellungen, die gewissermaßen die Überlebensversicherung des in die Jahre gekommenen dualen Systems bilden. Während GKV-Versicherte ihre Krankenkasse regelmäßig wechseln können, sind Privatversicherte meist lebenslang an ihr Unternehmen gebunden, weil sie die Alterungsrückstellungen (es handelt sich schätzungsweise um 180 Milliarden Euro), die für die im Alter steigenden Gesundheitskosten gebildet werden, beim Wechsel des Unternehmens nicht mitnehmen können, wenn der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde (und auch das gilt nur bei einem Wechsel in den Basistarif).

Für die Alterungsrückstellungen gilt damit beim Wechsel des Unternehmens das Trude-Herr-Prinzip: „Niemals geht man so ganz, irgendwas von mir bleibt hier, es hat seinen Platz immer bei dir.“ (Ergänzung durch die Redaktion: Trude Herr, deutsche Schauspielerin, Schlagersängerin und Theaterdirektorin, 1927–1991) Weil die Unternehmen wissen, dass die einmal aufgebauten Alterungsrückstellungen ihren Platz immer bei ihnen haben, ist der Anreiz, sich nicht nur um die Gewinnung neuer Kunden, sondern auch um die Bestandskunden zu kümmern, eher überschaubar.

Zwar steht die Erleichterung der Portabilität der Alterungsrückstellungen nicht auf dem Programm des Koalitionsvertrags. Das muss aber nicht viel heißen: Gleicht man etwa die letzten beiden Koalitionsverträge mit der politischen Realität der jeweiligen Legislaturperioden ab, stellt man fest, dass vie-

les, was im Koalitionsvertrag stand, noch immer nicht Gesetz geworden ist (zum Beispiel Präventionsgesetz, neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff) und umgekehrt manches, was nicht im Koalitionsvertrag stand, gleichwohl politisch implementiert wurde (zum Beispiel Basistarif, Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz). Vor der Wahl bestand jedenfalls weitgehende Einigkeit unter den maßgeblichen Akteuren der nunmehr geschlossenen Großen Koalition, dass zumindest die Portabilität der Alterungsrückstellungen bei PKV-internen Wechselprozessen erweitert werden muss. Das würde allerdings bedeuten, dass die Rückstellungen bei einem Wechsel in die GKV nach wie vor nicht mitgenommen werden könnten. Wenn aber, was im Folgenden näher zu zeigen sein wird (Kapitel 2), eine Portabilitätsregelung verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig ist, wäre es verfassungswidrig, diesen „grenzüberschreitenden“ Wechsel zur GKV anders als den internen Wechsel innerhalb der PKV zu behandeln (Kapitel 3).

2 Praktikabilität und Zulässigkeit einer Portabilitätsregelung

Vorschläge, eine Mitnahme von Alterungsrückstellungen zu ermöglichen, müssen sich regelmäßig zwei Einwänden stellen: Sie seien erstens nicht individualisierbar und zweitens sei eine solche Regelung verfassungswidrig. Beide Einwände sind nicht stichhaltig.

2.1 Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellungen

Alterungsrückstellungen sind bilanzrechtliche Kalkulationsposten, die nach Paragraf 341 f. Absatz 1 Satz 1 Handelsgesetzbuch (HGB) grundsätzlich prospektiv ermittelt werden, das heißt, die Deckungsrückstellung muss dem versicherungsmathematisch errechneten Wert der künftigen Verpflichtung des Versicherungsunternehmens abzüglich des versicherungsmathematisch ermittelten Barwerts der künftigen Beiträge entsprechen. Da einerseits Prämienhöhungen wegen des Alters ausgeschlossen sind, andererseits aber die Krankheitskosten im Alter signifikant erhöht sind, müssen die Prämien ab dem Eintrittsalter bis zum prognostizierten Sterbealter kalkuliert und entsprechend über den Verlauf des Lebens umgelegt werden. Die anfallenden Prämien übersteigen daher zwar in jungen Jahren den prognostizierten Leistungsbedarf. Aus ihnen werden aber nicht nur die Leistungsausgaben bestritten, sondern auch die Alterungsrückstellungen gebildet, die eine alterskonstante Prämie gewährleisten sollen (Abbildung 1). Dies geschieht individuell in Abhängigkeit vom Eintrittsalter. Der für die Absicherung des Altersrisikos erhobene Prämienanteil (der sogenannte Sparbeitrag) wird verzinslich angelegt; die mit zunehmendem Alter nicht mehr durch die Prämie gedeckten Krankheitskosten werden dann zunächst aus den Zinsgewinnen und sodann aus

der Substanz bedient. Versicherte, die das Unternehmen ohne Mitnahme ihrer bislang angesparten Alterungsrückstellungen erst im höheren Alter wechseln möchten, müssten daher unverhältnismäßig hohe Prämien zahlen, weil der Ansparvorgang für das Alter in vergleichsweise kurzer Zeit erfolgen müsste.

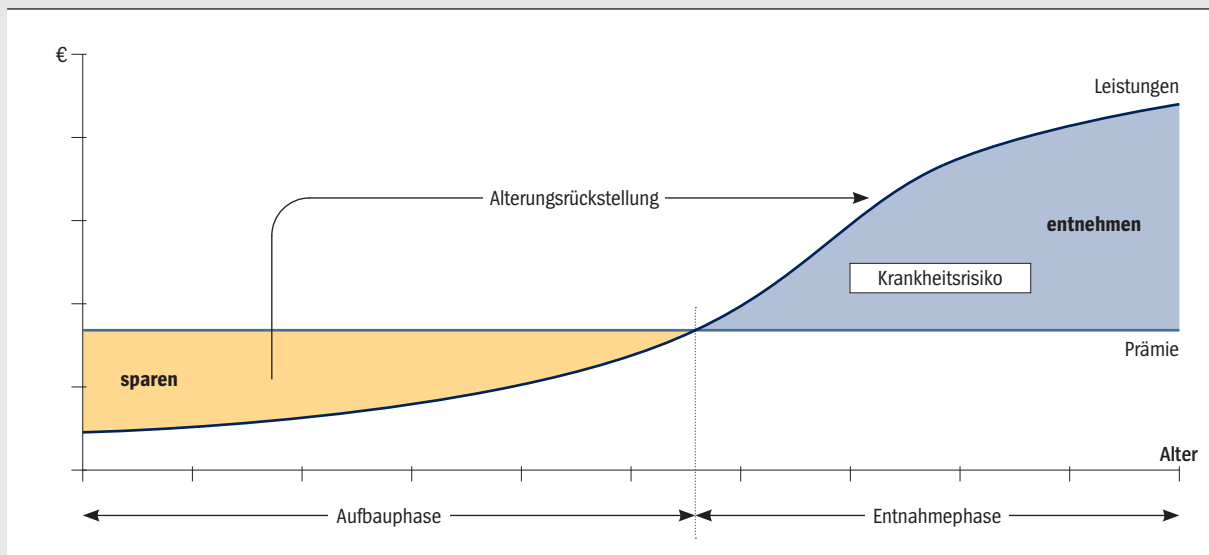
Die Alterungsrückstellungen müssten allerdings für jeden einzelnen wechselwilligen Versicherten individualisierbar sein; nur dann sind sie auch portabel. Das ist auch zu bejahen (Kingreen und Schramm 2013): Wie jede Versicherung beruht auch die Kalkulation der Prämien in der PKV auf dem Gesetz der großen Zahl, indem Kollektive von Versicherten in Tarifen zusammengefasst werden. Dies würde auch ganz ohne die Alterungsrückstellungen funktionieren – dann müssten die Prämien regelmäßig entsprechend den mit dem Alter steigenden Krankheitskosten zunehmen. Doch dieses kollektive Prinzip wird um ein im Wesen individuelles Element ergänzt: die einzelvertragliche Zusage, das ursprüngliche Eintrittsalter in der Weise zu bewahren, dass die Prämie gerade nicht altersabhängig erhöht wird. Damit steigt mit dem Alter des einzelnen Versicherten der individuelle Nachlass, den er gegenüber der höheren Prämie eines Neukunden gleichen Alters erhält (vgl. Abbildung 1). Der versicherungsmathematische Barwert dieses Nachlasses ist die Alterungsrückstellung, der somit ein ebenso individueller Charakter zukommt.

Die auf den einzelnen Versicherungsvertrag bezogene Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellungen folgt nicht

nur aus der versicherungsmathematischen Kalkulationslogik, sondern sie wird auch in einer Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen geregelt beziehungsweise vorausgesetzt. Sie ist nicht nur bilanz- und steuerrechtlich, sondern wird auch im Privat- und Sozialversicherungsrecht vorausgesetzt. Gemäß Paragraph 204 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass er Anträge auf Wechsel in einen neuen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung unter anderem der Alterungsrückstellungen annimmt. Nach Paragraph 13 Absatz 1 Kalkulationsverordnung (KalV) ist für jeden Leistungsbereich dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach Paragraph 341 f. Handelsgesetzbuch (HGB) mit Ausnahme des Teils, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach Paragraph 12a Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) entfällt und der betragsmäßig anlässlich des Tarifwechsels unverändert bleibt, vollständig prämienmindernd anzurechnen. Zwar verbleibt die Alterungsrückstellung beim Tarifwechsel im Unternehmen. Dennoch setzt die Vorschrift zwingend voraus, dass sie zum Zeitpunkt des Tarifwechsels individuell ermittelt und im neuen Tarif berücksichtigt wird. Auch Paragraph 204 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 VVG setzt die Individualisierbarkeit zwingend voraus, indem er die Mitnahme der Alterungsrückstellungen für den Fall des Unternehmenswechsels regelt. Nach Paragraph 204 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 a) VVG ist in diesem Fall die auf den Basistarif kalkulierte Alterungsrückstellung zu übertragen, wenn der Vertrag nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde. Der Versicherungs-

ABBILDUNG 1

Prinzip der Alterungsrückstellungen in der PKV zur Aufrechterhaltung einer konstanten Versicherungsprämie



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

vertrag muss eine solche Mitgabe des Übertragungswerts nach Paragraph 12 Absatz 1 Nr. 5 VAG ausdrücklich vorsehen.

Auch im Sozialversicherungsrecht findet sich in Paragraph 5 Absatz 9 SGB V eine spezielle Regelung zur Individualisierung und Portabilität der Alterungsrückstellungen. Die Vorschrift soll einen lückenlosen Versicherungsschutz für ehemalige PKV-Versicherte sicherstellen, die ihren Versicherungsvertrag im Hinblick auf eine Versicherung in der GKV nach den Paragraphen 5, 9 oder 10 SGB V gekündigt haben (BT-Drucks. 14/1245, S. 59). Diese gehen nämlich das Risiko ein, nur für kurze Zeit versicherungspflichtig zu werden und danach nur zu ungünstigeren Konditionen wieder in die private Krankenversicherung zurückkehren zu können beziehungsweise sogar zu müssen, etwa weil nach dem Wegfall der Versicherungspflicht eine freiwillige Weiterversicherung wegen Nichterfüllung der Vorversicherungszeit (Paragraph 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V) ausscheidet. Daher beinhaltet Paragraph 5 Absatz 9 SGB V einen Anspruch auf Neuabschluss eines Versicherungsvertrags zu den gleichen Tarifbedingungen, die vor Eintritt der Versicherungspflicht und Kündigung des Versicherungsvertrags vereinbart waren, wenn der private Krankenversicherungsvertrag zuvor mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat. Ein zentrales Element dieses Bestandsschutzes sind nach Paragraph 5 Absatz 9 Satz 2 SGB V die „bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen“, die „dem Vertrag zuzuschreiben“ sind. Abgestellt wird also auf individuelle, auf eine konkrete Person bezogene Rückstellungen und auch den einzelnen Versicherungsvertrag. Diese Vorschrift wäre nicht umsetzbar, wenn Alterungsrückstellungen nur kollektive Kalkulationsposten für einen Tarif wären.

2.2 Verfassungsrechtliche Fragen

Verfassungsrechtlich ist gegen die Portabilität von Alterungsrückstellungen immer wieder ins Feld geführt worden, sie seien als Eigentum der Unternehmen und/oder der Versicherten (Artikel 14 Absatz 1 Grundgesetz [GG]) gegen eine Übertragung geschützt (zuletzt *Papier und Schröder 2013, S. 1201*).

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts deckt derartige Schlussfolgerungen indes nicht. Artikel 14 Absatz 1 GG schützt „alle vermögenswerten Rechte, die das Recht einem privaten Rechtsträger so zuordnet, dass er die damit verbundenen Befugnisse nach eigenverantwortlicher Entscheidung zu seinem privaten Nutzen ausüben darf“ (BVerfGE 123, 186/258). Sie sind aber nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts kein konkretes vermögenswertes Recht, über das die Unternehmen privatnützlich verfügen dürfen (BVerfGE 123, 186/258 f.).

Dennoch wird nunmehr über einen Umweg versucht, das Eigentumsgrundrecht doch noch für die Unternehmen zu aktivieren, indem das Sicherungsvermögen, das für die Alterungsrückstellungen zu bilden ist (Paragraph 66 Absatz 1, 1a VAG),

als Eigentum bezeichnet wird (*Papier und Schröder 2013, S. 1201–1202*). Dieser doch etwas durchsichtige Versuch überzeugt aber nicht: Erstens ist schon im Vorfeld des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009 darauf hingewiesen worden, dass die Alterungsrückstellungen als Sicherungsvermögen angelegt werden (BVerfGE 123, 186/208); das Bundesverfassungsgericht hat aber Artikel 14 Absatz 1 GG gleichwohl hier für nicht anwendbar erklärt. Die Diskussion ist also keinesfalls neu, sondern darf nach diesem Urteil eigentlich als abgeschlossen gelten. Zweitens hat das Bundesverfassungsgericht die Eigentumseigenschaft nicht verneint, weil die Alterungsrückstellungen vor ihrer Einstellung in das Sondervermögen noch keine individualisierbaren Vermögensgegenstände sind, sondern deshalb, weil die Unternehmen über diese nicht privatnützlich wie ein Eigentümer verfügen können. An dieser Beschränkung ändert sich aber durch die Anlage der Alterungsrückstellungen in konkreten Vermögensgegenständen überhaupt nichts. Nach wie vor können die Unternehmen nicht wie Eigentümer frei über diese Gegenstände verfügen, sondern nur für den Sicherungszweck. Deshalb hat das Bundesverfassungsgericht in einer offenbar von Papier und Schröder noch nicht berücksichtigten Entscheidung vom 26. Juni 2013 klargestellt, dass die Alterungsrückstellungen schon sachlich nicht in den Schutzbereich von Artikel 14 Absatz 1 GG fallen, „weil ihnen nicht der Charakter eines konkreten, dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts zugeordneten Eigentumsrechts zukommt“ (BVerfG, Beschl. v. 26. 6. 2013, 1 BvR 1148/13, Rn. 9) und daher weder Eigentum der Versicherer noch der Versicherten sind. Alterungsrückstellungen können eben unabhängig von ihrem anlagepolitischen Aggregatzustand vom Versicherungszweck, der Versicherung gegen Krankheit, nicht getrennt und etwa für andere Zwecke des Unternehmens oder der Versicherten verwendet werden.

Portabilitätsregelungen können aber die Berufsfreiheit der Unternehmen (Artikel 12 Absatz 1 GG) und vor allem die durch die allgemeine Handlungsfreiheit (Artikel 2 Absatz 1 GG) geschützte Entscheidung der Versicherten über ihren Versicherer tangieren. Für die nicht wechselnden Versicherten besteht die Gefahr, dass durch den Weggang der „guten Risiken“ mittelbar erhebliche Prämiensteigerungen notwendig werden. Es besteht indes eine durch das Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 Absatz 1 GG) verstärkte Pflicht, eine Versicherung zu tragbaren Prämien beziehungsweise Beiträgen zu gewährleisten. Insoweit kommt es darauf an, die Zugangs- und Finanzierungsregelungen so auszugestalten, dass es nicht zu einer einseitig wirkenden Risikoselektion kommt. Da sich nicht mit Sicherheit vorhersehen lässt, ob die Versicherten die Wechseloptionen unter Mitnahme der Rückstellungen wahrnehmen werden und welche Versicherten wechseln, ist es sinnvoll, Portabilitätsregelungen mit einer Beobachtungs- und laufenden Berichtspflicht zu versehen, um unvorhergesehene, durch Risikoselektion bedingte Schieflagen zeitnah korrigieren zu können (BVerfGE 123, 186/266).

TABELLE 1

Portabilität von Alterungsrückstellungen – wichtige Vorschriften

	Thematischer Inhalt
Grundgesetz Art. 2 Abs. 1 GG Art. 3 Abs. 1 GG Art. 12 Abs. 1 GG Art. 14 Abs. 1 GG Art. 20 Abs. 1 GG	Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich. Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. Das Eigentum und das Erbrecht werden gewährleistet. Inhalt und Schranken werden durch die Gesetze bestimmt. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.
Handelsgesetzbuch § 341f HGB	Deckungsrückstellung
Kalkulationsverordnung § 13 KalV	Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel
Viertes Sozialgesetzbuch § 14 SGB IV	Arbeitsentgelt
Fünftes Sozialgesetzbuch § 1 SGB V § 5 SGB V § 6 SGB V § 9 SGB V § 10 SGB V § 11 SGB V § 226 SGB V § 266 SGB V § 271 SGB V	Solidarität und Eigenverantwortung Versicherungspflicht Versicherungsfreiheit Freiwillige Versicherung Familienversicherung Leistungsarten Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) Gesundheitsfonds
Sechstes Sozialgesetzbuch §§ 63 ff. SGB VI §§ 153 ff. SGB VI	Paragraphen zur Rentenhöhe und Rentenanpassung (Dritter Unterabschnitt) (§ 63 Grundsätze, § 64 Rentenformel für Monatsbetrag der Rente, § 65 Anpassung der Renten, § 66 Persönliche Entgeltpunkte etc.) Paragraphen zur Finanzierung (Viertes Kapitel) (§ 153 Umlageverfahren, § 154 Rentenversicherungsbericht, Stabilisierung des Beitragssatzes und Sicherung des Rentenniveaus)
Versicherungsaufsichtsgesetz § 12 VAG § 12a VAG § 66 VAG	Substitutive Krankenversicherung Alterungsrückstellung; Direktgutschrift Sicherungsvermögen
Versicherungsvertragsgesetz § 204 VVG	Tarifwechsel

3 Erweiterung der Portabilität auf den Wechsel in die GKV

Die Einführung einer umfassenden Portabilität wäre also bei Beachtung der oben stehenden Vorgaben verfassungsrechtlich zulässig. Fraglich ist aber, ob man sie auf einen PKV-internen Wechsel beschränken dürfte. Es würde nämlich eine verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung (Artikel 3 Absatz 1 GG) darstellen, wenn – wie offenbar von der Großen Koalition geplant – PKV-Bestandsversicherte, die zu einem anderen PKV-Unternehmen wechseln möchten, ihre Alterungsrückstellungen mitnehmen dürften, Versicherte, die im Rahmen eines Wechselfensters in die GKV wechseln, hingegen nicht. Diese Ungleichbehandlung wäre nur bei Vorliegen eines sachlichen Grundes zu rechtfertigen, der zudem ein solches Gewicht haben müsste, dass er die durch die Nichtmitgabe erzeugten Belastungen legitimiert. Das ist indes nicht der Fall.

3.1 Funktionale Äquivalenz von Alterungsrückstellungen und Umlagefinanzierung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist nach Paragraph 1 Satz 1 SGB V eine Solidargemeinschaft. Das impliziert zunächst einen interpersonalen Ausgleich zwischen Versicherten mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit und unterschiedlichen Risiken. Der interpersonale Ausgleich zwischen den Versicherten wird durch einen übergeordneten interkorporativen Ausgleich ergänzt, der sich zwischen den Haushalten der Krankenkassen vollzieht. Als Risikostrukturausgleich (Paragraph 266 SGB V) erstreckt er den Solidarausgleich im Sinne von Paragraph 1 Satz 1 SGB V auf die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (Göpfarth 2012, § 266 Rn. 10). Für die Frage der Integration der Alterungsrückstellungen in die GKV ist von entscheidender Bedeutung, dass der interpersonale und der auf seiner Grundlage durchgeführte interkorporale Ausgleich auch ein intertemporaler Ausgleich und als solcher mit der PKV funktional vergleichbar ist. Ein intertemporaler Ausgleich beinhaltet eine zeitliche Verschiebung zwischen Beiträgen und Leistungen an ein und dieselbe Person. Klassischer Anwendungsfall für den intertemporalen Ausgleich ist die Rentenversicherung. Hier werden in der Erwerbsphase Beiträge geleistet, mit denen einerseits die laufenden Leistungsausgaben für andere Bezieher von Rentenleistungen bestritten werden (Paragrafen 153 ff. Sechstes Sozialbuch [SGB VI]), die aber andererseits anwachsende Anwartschaften für den eigenen Leistungsbezug im Alter begründen (Paragrafen 63 ff. SGB VI). Die Beitragsleistungen beinhalten also nicht nur einen interpersonalen Ausgleich zwischen Beitragszahlern und Rentnern, sondern begründen zugleich das Recht zur Teilnahme am Umlageverfahren, also darauf, im Alter zum Nutznießer des interpersonalen Ausgleichs zu werden. Der intertemporäre ist damit zugleich ein intrapersonaler Ausgleich, der im Längsschnitt des Lebens typische Unterschiede hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und des Leistungsbedarfs

ausgleicht. Obwohl also anders als im Kapitaldeckungsverfahren kein Kapitalstock gebildet wird, wird zu Recht gesagt, dass die Rentenversicherung wegen der mit zunehmenden Beitragsleistungen anwachsenden Rentenanswartschaften zugleich eine „Ansparfunktion“ besitzt (Becker 2013, § 79 Rn. 5).

In der GKV besteht zwar, anders als regelmäßig in der gesetzlichen Rentenversicherung, schon während der „Ansparphase“ ein Leistungsbedarf. Doch baut auch sie, insofern nicht anders als die PKV, auf langjährige Versichertenbiografien, in deren Verlauf sich unterschiedliche Beitragsleistungen und Krankheitskosten ausgleichen. Das belegt ein Blick auf die Bemessungsgrundlagen für die Beiträge auf der einen und die Entwicklung des Leistungsbedarfs auf der anderen Seite. Bei versicherungspflichtig Beschäftigten wird der Beitragsbemessung das Arbeitsentgelt (Paragraph 14 Viertes Sozialgesetzbuch [SGB IV]) aus dieser Beschäftigung zugrunde gelegt (Paragraph 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Für die Beiträge der Rentner sind hingegen die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebend, die regelmäßig wesentlich niedriger ausfallen als das zuvor erzielte Arbeitseinkommen. In einer Lebensphase, in der die Ausgaben für Gesundheitsleistungen allmählich ansteigen, sinken also die Beiträge für die GKV ab. Das aber ist lediglich die Konsequenz des Umlageverfahrens, das funktioniert, weil sich das Verhältnis zwischen Beitragslasten und Leistungsbedarf in der vorausgegangenen Erwerbsphase prinzipiell gegenläufig verhält: Höheren Beiträgen steht in dieser Phase ein geringerer Leistungsbedarf gegenüber. Das Umlageverfahren ist also Ausdruck eines auch intertemporalen und damit intrapersonalen Ausgleichs und ist daher ebenso zwingend auf die Kontinuität der Versicherung angewiesen wie die PKV. In der GKV wird die Kontinuität dadurch sichergestellt, dass die Versicherung von Personen, die sich zu Beginn des Erwerbslebens für die PKV entschieden haben, nach Möglichkeit ausgeschlossen wird, soweit diese nicht mehr versicherungspflichtig werden. Daher ist der Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung (Paragraph 9 SGB V) beschränkt und werden solche Personen von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren (Paragraph 6 Absatz 3a SGB V).

Funktional sind also die Teilnahme am Umlageverfahren und die damit verbundenen langjährigen Beitragsleistungen in der GKV mit den Alterungsrückstellungen in der PKV vergleichbar, weil sie exakt die gleiche Funktion erfüllen: Teilnahmeberechtigung am Umlageverfahren und kapitalgedeckte Alterungsrückstellungen begründen gleichermaßen eine Anwartschaft darauf, im Alter nicht wegen erhöhter Leistungsausgaben mit höheren Beiträgen belastet zu werden. Beide sind auf kontinuierliche „Ansparvorgänge“ angewiesen, die den erhöhten Leistungsbedarf im Alter kompensieren. Aus diesem Grund funktioniert der Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds auch nach den gleichen Kriterien

wie die Kalkulation der risikoäquivalenten Prämien, nämlich neben dem Gesundheitszustand vor allem nach dem Alter. Alterungsrückstellungen sind daher der Gegenwert für den mit der Rückkehr erworbenen künftigen Umlageanspruch, den die GKV-Bestandsversicherten aufgrund ihrer kontinuierlichen Versicherungsbiografie, die in die GKV wechselnden PKV-Bestandsversicherten hingegen durch die Einbringung eben dieser Alterungsrückstellungen erworben haben. Sie bilden das „Eintrittsgeld“, das fällig wird, um Mitglied in der umlagefinanzierten Solidargemeinschaft zu werden.

3.2 Verwaltung der Alterungsrückstellungen in der GKV

Eine nicht nur technische Frage ist es dann, wie die Alterungsrückstellungen in der GKV verwaltet werden könnten. Hier spricht zunächst alles für eine zentrale Verwaltung. Durch die Finanzarchitektur der GKV mit risikoadjustierten Zuweisungen an die Krankenkassen trägt nicht die Krankenkasse das Zugangsrisiko als Delta zwischen zu erwartenden Beitragseinnahmen und Ausgaben der PKV-Bestandsversicherten, sondern der Gesundheitsfonds. Mögliche Belastungen durch wechselnde PKV-Bestandsversicherte sind allein für den Gesundheitsfonds relevant, nicht aber für die einzelne Krankenkasse. Eine dezentrale Verwaltung der Rückstellungen durch die Krankenkassen würde hingegen dazu führen, dass diese in einen Wettbewerb um PKV-Bestandsversicherte mit „guten Risiken“ eintreten würden. Außerdem wird durch eine zentrale Verwaltung das Problem vermieden, dass bei jedem Wechsel der Krankenkasse wieder die früheren PKV-Alterungsrückstellungen transferiert werden müssten.

Es gibt allerdings gute Gründe dafür, die Rückstellungen nicht im Gesundheitsfonds zu verwalten. Denn der Gesundheitsfonds nimmt aus den Einnahmen jährliche Zuweisungen an die Krankenkassen vor (Paragraf 266 Absatz 1 Satz 2 SGB V), während die Alterungsrückstellungen für die Restlebenszeit, also nicht nur für ein Jahr kalkuliert sind. Sie haben damit eine andere Funktion als die bislang in Paragraf 271 Absatz 1 SGB V aufgeführten Einnahmequellen des Gesundheitsfonds. Diese spezielle Funktion der Alterungsrückstellungen spricht dafür, sie gesetzlich als eigenständiges Sondervermögen zur Vermeidung rückkehrbedingter Belastungen auszugestalten.

Aus diesem Sondervermögen könnten dann Leistungen an den Gesundheitsfonds fließen, allerdings nur insoweit, als durch die Gesamtheit der innerhalb des Zeitfensters gewechselten PKV-Bestandsversicherten ein Leistungsbedarf besteht, der durch die geleisteten Beitragszahlungen nicht abgedeckt wird.

Man kann damit festhalten, dass die Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel in die GKV die gleiche Funktion übernehmen würden wie bei einem PKV-internen Wechsel. Damit entfällt aber auch die sachliche Rechtfertigung dafür, die Portabilität der Rückstellungen auf diesen PKV-internen Wechsel zu beschränken. Angezeigt ist vielmehr insgesamt eine Portabilität der Alterungsrückstellungen.

Literatur

- Becker U (2013):** Rentenversicherungsrecht. In: Ehlers D, Fehling M, Pünder H (Hrsg.). Besonderes Verwaltungsrecht. Band 3. Heidelberg: C. F. Müller
- Göpffarth D (2012):** Kommentierung des § 266 SGB V. In: Becker U, Kingreen T (Hrsg.). SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. 3. Auflage. München: Beck
- Huster S (2011):** Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Berlin: Klaus Wagenbach
- Jacobs K (2013):** Wettbewerb im dualen Versicherungssystem – Fiktion und Realität. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 47
- Kingreen T (2012):** Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung? Verhandlungen des 69. Deutschen Juristentages. Bd. II/1. München: Beck, K9
- Kingreen T, Kühling J (2013):** Monistische Einwohnerversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Kingreen T, Schramm P (2013):** Fraglicher Wettbewerb. Süddeutsche Zeitung vom 3.6.2013, S. 18
- Papier HJ, Schröder M (2013):** Verfassungsrechtlicher Schutz der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung. Versicherungsrecht, Jg. 64, Heft 28, 1201
- Reiners H:** Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Suhrkamp

DER AUTOR



Professor Dr. Thorsten Kingreen, Jahrgang 1965, Studium der Rechtswissenschaften an den Universitäten Marburg und Genf. Seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Universität Regensburg. Von 2011–2013 Dekan der Fakultät für Rechtswissenschaft an der Universität Regensburg. Sein Forschungsschwerpunkt ist das Gesundheitsrecht.

Unter anderem ist er Herausgeber eines Standardkommentars zum Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Kingreen ist unparteiisches Mitglied im Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und regelmäßig als Schiedsperson im Bereich der stationären Hospizversorgung und der hausarztzentrierten Versorgung tätig.

Beihilfe ohne Perspektive?

Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte

von Dietmar Haun¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Die mit Steuermitteln finanzierte Beihilfe zur Gesundheitsabsicherung von Staatsbediensteten ist über das Prinzip der (anteiligen) Kostenerstattung mit dem privatärztlichen Vergütungssystem und über die ergänzende Restkostenversicherung mit der PKV verbunden. Die Ausgaben in diesem System wachsen stetig und belasten die öffentlichen Haushalte zunehmend. Der Beitrag erörtert aus Sicht verschiedener Akteure die Gründe, die einer Reform der öffentlichen Beihilfe entgegenstehen. PKV und Leistungserbringer profitieren erheblich von der bestehenden Regelung, Beamte und Pensionäre zumindest partiell. Die Politik ist meist auf einen kurzfristigen Planungshorizont fixiert, der vorübergehende Mehrausgaben bei einer Reform der Beihilfe gegenüber längerfristigen Einsparungen überbewertet. Erforderlich ist in jedem Fall mehr Transparenz, sowohl in Bezug auf die Finanzwirkungen von Status quo und Reformmodellen als auch zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung der Beamten.

Schlüsselwörter: Beihilfe, Beamtenversorgung, öffentliche Haushalte, private Krankenversicherung, Reform des Beihilfesystems

In Germany, health care costs of civil servants are partially reimbursed by a tax-financed system of public assistance. This system is linked with the system of medical remuneration for private patients and with private health insurance to cover residual costs. In this system, expenditures are steadily growing and constitute an increasing burden for public households. This article discusses arguments brought forward by different stakeholders of the German health care system against a reform of this system. Private health insurance and health care providers benefit significantly from the existing regulation, civil servants and pensioners at least partially. Politicians are mostly focused on possible extra costs in a short-term perspective and neglect longer-term savings. In any case, more transparency is needed, both with respect to fiscal effects of the present system and reform schemes as well as concerning aspects of quality and efficiency of health care delivery for public servants.

Keywords: civil servants, civil service assistance, public budgets, private health insurance

1 Einleitung

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung kommt die private Krankenversicherung (PKV) an keiner Stelle vor (*CDU/CSU/SPD 2013*). Weder gibt es Aussagen zu Reformbestrebungen im Bereich der PKV noch im Hinblick auf eine mögliche Neuordnung im Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Angesichts des unveränderten

Problemdrucks in der PKV scheinen Reformen gleichwohl unumgänglich, auch wenn die Partner der Großen Koalition dazu jetzt noch keine Einigung erzielen konnten. Immerhin scheinen sie es durchaus schon versucht zu haben. So berichtete die Berliner Zeitung am 6. November 2013, dass die SPD bei den Koalitionsverhandlungen vorgeschlagen habe, Beamte mit einem Jahresgehalt unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze künftig gesetzlich zu versichern, die Union diesen Vorschlag

¹Dietmar Haun, Diplom-Soziologe, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2148 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de

²Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2182 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

jedoch abgelehnt habe, weil die PKV dann kaum noch neue Kunden bekäme. Schon 2004 sei diskutiert worden, Beamten ein Wahlrecht zwischen Beihilfeleistungen und der Zahlung des Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuräumen. Strittig sei jedoch gewesen, ob die Übernahme des Arbeitgeberanteils den Staat mehr oder weniger belastet als die Beihilfe (*Szent-Ivanyi 2013*).

Damit wird auf die schwierige Gemengelage bei einer Reform der Absicherung der Beamten im Krankheitsfall verwiesen, durch die in besonderer Weise Interessen und Besitzstände tangiert würden. Aber noch etwas wird deutlich: Das Wissen über die Auswirkungen möglicher Neugestaltungen ist offensichtlich alles andere als eindeutig. Deshalb erscheint es sinnvoll, diese Thematik im Folgenden etwas näher zu betrachten. Dazu wird zunächst der Status quo der Absicherung von Beamten im Krankheitsfall beleuchtet, ehe anschließend eine mögliche Reform aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet wird.

2 Zum Status quo der Absicherung von Beamten im Krankheitsfall

Wenn in der Vergangenheit über den dualen Krankenversicherungsmarkt in Deutschland und Veränderungen der Marktabgrenzung gesprochen wurde, standen meist die Arbeitnehmer im Blickpunkt, die aufgrund ihres regelmäßigen Arbeitsentgelts oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze über ein individuelles Wahlrecht zur PKV verfügen. Zunehmende Beachtung im GKV/PKV-Kontext haben zuletzt auch die Selbstständigen gefunden, bei denen das Sozialrecht grundsätzlich – also unabhängig von ihrem Einkommen – unterstellt, dass sie nicht auf den Schutz der Solidargemeinschaft angewiesen sind. Alle Selbstständigen haben somit ein individuelles Wahlrecht zwischen GKV und PKV. Dabei verfügen viele Selbstständige jedoch keineswegs über ein hohes Einkommen – vor allem die stark gewachsene Teilgruppe der Solo-Selbstständigen weist einen hohen Anteil im Niedrigeinkommenssektor auf (*Brenke 2013*).

Vergleichsweise wenig Beachtung hat demgegenüber in letzter Zeit die dritte Gruppe von Privatversicherten gefunden: die Beamten und Pensionäre. Das ist schon deshalb bemerkenswert, weil es sich mit mehr als vier Millionen Personen um die deutlich größte Gruppe der Privatversicherten handelt und insbesondere die Steuerzahler ein besonderes Interesse an dieser Personengruppe haben (sollten), denn sie müssen sie schließlich finanzieren.

Beamte und Pensionäre sind in der Regel beihilfeberechtigt, das heißt, sie bekommen von ihrem Dienstherrn als Teil der Alimentation einen Anteil der von ihnen privat bezahlten

Aufwendungen für Gesundheitsleistungen erstattet, basierend auf der privatärztlichen Gebührenordnung. Neben den Beamten und Pensionären zählen auch deren mitversicherte Familienangehörige, Beamte und Versorgungsempfänger aus dem mittelbaren Bundesdienst, von Post, Bahn und Telekom sowie partiell auch Tarifangestellte im öffentlichen Dienst zu den Beihilfeberechtigten. Unter der Bezeichnung „Beamte und Pensionäre“ beziehen wir uns hier auf die Kerngruppe der Berechtigten mit umfassendem Anspruch auf Beihilfeleistungen. Bei aktiven Beamten beträgt der Erstattungsanteil der beihilfefähigen Aufwendungen in der Regel 50 Prozent, bei Pensionären und beihilfeberechtigten Ehepartnern 70 Prozent und bei Kindern 80 Prozent. Allerdings gibt es in den Beihilfevorschriften der Länder in Bezug auf die Definition der beihilfefähigen Leistungen und die zu leistenden Eigenanteile eine Reihe von Unterschieden. Keinen Unterschied gibt es dagegen im Hinblick darauf, dass die Beihilfeberechtigung insoweit alternativlos ist, als sie nicht gegen einen Arbeitgeberbeitrag in der GKV „eingetauscht“ werden kann. Wenn sich Beamte gesetzlich krankenversichern wollen, müssen sie den gesamten Beitrag als freiwilliges Mitglied selbst entrichten, und der Beihilfeanspruch entfällt in Bezug auf den Leistungskatalog der GKV. Dagegen bietet die PKV spezielle Beihilfetarife an, die die bestehenden Beihilfeansprüche gezielt ergänzen. Vor diesem Hintergrund wird bei Beamten und Pensionären auch von einer „faktischen PKV-Versicherungspflicht“ gesprochen.

Entsprechend zeigt Tabelle 1, dass Beamte und Pensionäre zum überwiegenden Teil privatversichert sind, während sich bei den Arbeitnehmern und Selbstständigen ein differenzierteres Bild ergibt. Die Grundlage dieser Analyse bilden die Mikrodaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), einer repräsentativen Wiederholungsbefragung von Personen in privaten Haushalten in Deutschland (*Goebel et al. 2008*). Die Ergebnisse des SOEP sind personengewichtet und zugleich auf den Querschnitt der Bevölkerung hochgerechnet ausgewiesen (zu Daten und Variablenkonzepten der hier dargestellten Ergebnisse sowie ausführlicher zu Unterschieden in der Versichertenstruktur von GKV und PKV siehe *Haun 2013, 78 ff.*).

Mit der Zugehörigkeit zu GKV und PKV ist zugleich auch eine massive Einkommenselektion verbunden. Das jährliche Gesamteinkommen der Privatversicherten im Jahr 2010 beträgt mit knapp 47.000 Euro etwa das 2,2-fache des Einkommens der gesetzlich Versicherten. Die höchsten Einkommen unter den Privatversicherten erzielt die Teilgruppe der Selbstständigen mit Mitarbeitern, gefolgt von den hochqualifizierten, leitenden Angestellten. Das Jahresdurchschnittseinkommen der privatversicherten Beamten liegt mit knapp 41.000 Euro pro Jahr zwar erkennbar niedriger, aber gleichwohl deutlich über dem mittleren Einkommen der gesetzlich versicherten Arbeiter sowie einfachen und mittleren Angestellten, die mit rund 24,5 Millionen die bei Weitem größte Erwerbstätigengruppe in der GKV stellen. Das Durch-

schnittseinkommen der privatversicherten Pensionäre liegt mit rund 37.500 Euro pro Jahr keine zehn Prozent unter dem der Beamten, aber um weit mehr als das Doppelte über dem Durchschnittseinkommen der knapp 17 Millionen gesetzlich versicherten Rentner. Von ihrer Einkommenssituation her würden die Beamten – und ebenso die Pensionäre – somit zu einer Stabilisierung der Finanzgrundlagen der GKV beitragen.

Das Beihilfesystem hat auch zur Folge, dass die Beamten und Pensionäre innerhalb der Privatversicherten bestimmte Besonderheiten aufweisen. Weil die Beamten und Pensionäre nur einen Teil ihrer Gesundheitskosten über die PKV absichern müssen, liegen ihre durchschnittlichen Prämien naturgemäß niedriger als bei den übrigen Privatversicherten (Tabelle 2). Auffällig sind vor allem die großen Unterschiede bei den Anteilen von Versicherten mit Selbsthalten. Von den privatversicherten Arbeitnehmern und Selbstständigen haben fast 70 Prozent einen Selbstbehalt vereinbart, der im Durchschnitt 822 Euro pro Jahr ausmacht. Bei den Beamten liegt der Anteil der Versicherten mit Selbstbehalt erheblich niedriger – bei den Beamten im einfachen und mittleren Dienst bei lediglich neun Prozent und bei den Beamten im gehobenen und höheren Dienst bei rund 14 beziehungsweise

15 Prozent. Von den Pensionären hat gut ein Fünftel einen Selbstbehalt vereinbart, während es etwa bei den privatversicherten Rentnern, die im Durchschnitt nur rund 60 Prozent so viel verdienen wie die Pensionäre, mehr als die Hälfte ist. Aus Umfragen ist bekannt, dass die Vereinbarung eines (höheren) Selbsthalts zur Reduzierung der Prämienbelastung insbesondere von privatversicherten Rentnern zunehmend gewählt wird, dass dieser Weg aber auch von Pensionären immer häufiger beschritten wird (Zok 2013, 23 ff.).

Wenn die Versicherungstarife der Beamten und Pensionäre im Vergleich zu den übrigen Privatversicherten insgesamt in deutlich geringerem Umfang Selbsthalte aufweisen, verweist das aber auch auf einen anderen Punkt. In Ermangelung direkter Vertragsbeziehungen zwischen den privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen auf der einen und den Leistungserbringern auf der anderen Seite gelten Selbsthalte in der PKV als zentrales Steuerungsinstrument zur Vermeidung einer unnötigen beziehungsweise übermäßigen Leistungsanspruchnahme (Augurzky und Felder 2013, 48). Unabhängig von der generellen Einschätzung der Wirkung individueller Steuerungsinstrumente setzt dies natürlich voraus, dass es überhaupt Selbsthalte gibt. Beim überwiegenden Teil der Beamten und Pensionäre ist dies in Bezug auf ihren

TABELLE 1

Krankenversicherungsschutz und Einkommen nach Stellung im Erwerbssystem 2010

Stellung im Erwerbssystem in 2010	Art der Krankenversicherung			Durchschnittliches Jahreseinkommen*	
	GKV in %	PKV in %	Gesamt in Mio. Vers.	GKV in Euro je Versicherten	PKV
Arbeiter, einfache/mittlere Angestellte	97,3	2,7	25,15	25.392	34.389
Hochqualifizierte, leitende Angestellte	80,2	19,8	5,43	49.809	81.749
Selbstständige mit Mitarbeitern	44,8	55,2	1,42	50.389	99.511
Selbstständige ohne Mitarbeiter	68,0	32,0	2,23	26.235	47.728
Beamte	11,1	88,9	2,45	35.812	40.934
Rentner	96,6	3,4	17,32	15.753	22.766
Pensionäre	20,7	79,3	1,53	26.367	37.490
Sonstige**	93,7	6,3	12,77	8.233	6.567
Gesamt	88,3	11,7	68,31	21.410	46.934

Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter

Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPv27 (Hrsg. DIW Berlin)

* Brutto-Jahreseinkommen gesamt, basierend auf differenzierter Abfrage der Vorjahreseinkünfte (s. Haun 2013, 86–88)

** Auszubildende, Studenten, Wehr-/Zivildienstleistende, Arbeitslose, sonstige Nichterwerbstätige

Quelle: eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

privaten Krankenversicherungsschutz aber gar nicht der Fall. Nehmen Beamte und Pensionäre deshalb mehr Leistungen „im Übermaß“ in Anspruch als andere Privatversicherte? Sind Beamte und Pensionäre von der gegenüber GKV-Patienten teilweise weit höheren Inanspruchnahme etwa von diagnostischen Leistungen in Bezug auf ambulante radiologische und Laborleistungen (Keßler 2009; Keßler 2010) überproportional betroffen? Wir wissen es nicht, denn Informationen über das Leistungsgeschehen der Beamten und Pensionäre sind praktisch nicht vorhanden.

Dies ist wohl das bemerkenswerteste Resultat, auf das man bei einer Suche nach Informationen zur Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung von Beamten stößt. Während in Bezug auf die Versorgung der gesetzlich Versicherten mittlerweile ständig Anstrengungen zur Verbesserung der Transparenz unternommen werden – gerade erst wieder im Rahmen des Koalitionsvertrags der Großen Koalition durch die vorgesehene Förderung der Versorgungsforschung im Umfang von 75 Millionen Euro (CDU/CSU/SPD 2013, 77) –, stellt die Versorgung der Privatpatienten im Allgemeinen und der Beamten im Besonderen unverändert eine vollständige „Black Box“ dar, obwohl gerade die Informationen der Beihilfestellen eine gute Datengrundlage für inhaltliche Analysen bieten könnten. Beamte und Pensionäre dürften kaum weniger als GKV-Versicherte daran interessiert sein, ob sie über-, unter- oder fehlversorgt werden. Und auch aus Sicht der Steuerzahler erscheint das Interesse an der Frage legitim, wofür die Beihilfe verwendet wird und wie es etwa um die Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Mithilfe der Beihilfe finanzierten Gesundheitsversorgung bestellt ist, um einmal drei einschlägige Beurteilungskriterien aus der GKV heranzuziehen. Oder soll die programmatische Aussage im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung, wonach die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen (CDU/CSU/SPD 2013, 75), nur für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten gelten? Doch wohl kaum! Dann ist es aber unabdingbar, für mehr Transparenz des Versorgungsgeschehens der Privatversicherten zu sorgen, und zwar ganz besonders, soweit diese Versorgung im Rahmen der Beihilfe aus allgemeinen Steuermitteln finanziert wird.

3 Unterschiedliche Perspektiven

Der Status quo der Absicherung der Beamten im Krankheitsfall steht und fällt mit der Beihilfe. Ist sie aber alternativlos? Wohl kaum, denn wie der eingangs zitierte Presseartikel zeigt, wollte die SPD in den Koalitionsverhandlungen erreichen, die Beamten in Zukunft genauso wie Arbeitnehmer zu behandeln, also anstelle der Beihilfe mit einem Arbeitgeberbeitrag ausstatten. Das wäre zwar noch lange nicht die angestrebte

Bürgerversicherung gewesen, aber immerhin ein Anfang auf dem Weg zur Beendigung der bestehenden Ungleichheiten beim Krankenversicherungsschutz „nach sachfremden Kriterien“ (SVR-Wi 2004, Ziffer 490). Auch aus rechtlicher Sicht wäre dieser Schritt möglich: „Seine Abschaffung [des Sonderregimes Beihilferecht] zugunsten einer Beteiligung des Dienstherrn am einkommensabhängigen Beitrag wäre verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig“, wurde kürzlich unter Verweis auf einschlägige Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts festgestellt (Kingreen und Kühling 2013, 35). Was spricht also dagegen? Dieser Frage soll nachfolgend aus unterschiedlichen Blickwinkeln nachgegangen werden.

3.1 Die Perspektive von PKV und Leistungserbringern

2012 hatten 4,25 Millionen Menschen – Beamte, Pensionäre und deren Angehörige – in Ergänzung zur Beihilfe einen zusätzlichen privaten Krankversicherungsschutz und stellten damit 47,5 Prozent aller Vollversicherten der PKV (PKV 2013, 12). Diese Zahl genügt bereits, um die nahezu existenzielle Bedeutung der Verknüpfung von Beihilfe und PKV für die private Versicherungsbranche deutlich zu machen, die sich für einzelne PKV-Unternehmen mit hoher Affinität zum Beamtenapparat sogar noch deutlich größer darstellt. Ausgerechnet unter Staat sorgt in seiner Rolle als Arbeitgeber regelmäßig für gesicherten „Nachschub“ für die PKV und unterminiert damit zugleich das Solidarsystem der GKV. Aufgrund ihrer hohen Arbeitsplatz- und Einkommenssicherheit sind die Beamten zudem eine äußerst angenehme Kundengruppe ohne großes Risiko ausbleibender Beitragszahlungen. Dass große Teile der PKV vor dem Hintergrund eines derart sicheren Geschäfts nur wenig Interesse an einer grundlegenden Veränderung aufbringen, liegt auf der Hand. Bezeichnend ist aber auch, dass als Grund für die Ablehnung der SPD-Forderung nach einer Gleichbehandlung der Beamten mit den übrigen Arbeitnehmern durch die CDU in dem eingangs zitierten Presseartikel nicht etwa die (tatsächlichen oder vermeintlichen) Interessen der Beamten oder deren Dienstherrn genannt wurden, sondern unumwunden das Interesse der PKV an neuen Kunden.

Ein ebenso eindeutiges Interesse am Erhalt des Status quo kann der Mehrheit der Leistungserbringer unterstellt werden, denn das aktuelle Beihilfesystem garantiert ihnen die Abrechnung ihrer Leistungen nach der privatärztlichen Gebührenordnung. Das bedeutet nicht nur ein durchweg höheres Vergütungsniveau, insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung, sondern vor allem auch die Abwesenheit nahezu jeglicher Steuerungsinstrumente. Weder die privaten Versicherten noch die Beihilfestellen stehen – kollektiv oder individuell – in direkten Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern und haben somit keine unmittelbare Möglichkeit, auf Menge, Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen Einfluss zu nehmen.

Die große Bedeutung der privatärztlichen Tätigkeit für die Einnahmen und Reinerträge der Arztpraxen (*Statistisches Bundesamt 2013*) ist grundsätzlich unstrittig. Eine andere Frage ist allerdings, ob die so erzielte Mittelallokation – zu Gunsten von Arztpraxen, Facharztgruppen und Regionen mit besonders hohen Anteilen an Privatpatienten – den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung entspricht oder nicht sogar vielmehr eine bedarfsgerechte Versorgung erschwert (*Jacobs 2013a, 62 ff.*). Aber das ist nicht unbedingt die Perspektive der Leistungserbringer, deren Interesse am Erhalt des Status quo mit dem Privatversicherten als „Melkkuh des Systems“ (wie etwa die Welt am Sonntag vom 6.10.2013 titelte) durchaus nachvollziehbar ist. Vor diesem Hintergrund ist auch nachvollziehbar, dass die Versuche der Befürworter eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, die Sorgen in der Ärzteschaft vor einem Verlust des lukrativen Privatpatientengeschäfts durch die Ankündigung der Kompensation von Honorareinbußen zu zerstreuen, zumindest auf erhebliche Skepsis stoßen, denn schließlich würde eine solche Kompensation – wie auch immer konkret ausgestaltet (*Wasem et al. 2013*) – die derzeitigen Mittelflüsse letztlich kaum unverändert bestehen lassen.

3.2 Die Perspektive der Beamten und Pensionäre

Für die Beamten und Pensionäre ist das System „Beihilfe plus PKV“ auf den ersten Blick eine gute Angelegenheit, weil

es bestimmte Privilegien in der Versorgung sichert. Dazu zählen etwa geringere Wartezeiten, teilweise aber auch die Erstattung von Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV zählen. Zwar sind in den vergangenen Jahren auch im Bereich der Beihilfe zunehmend Selbstbeteiligungen eingeführt und ausgebaut worden, doch erscheinen die Gesamtbelastungen einschließlich der Prämien für die „Restkostenversicherung“ in der PKV trotz der darin enthaltenen Alterungsrückstellungen im Vergleich zur Belastung der GKV-Mitglieder durch Beiträge und Eigenbeteiligungen noch relativ günstig. Die weithin fehlende Ausgabensteuerung in der privatärztlichen Versorgung schlägt meist erst im Alter mit hohen Prämiensteigerungen in der PKV zu Buche, doch wird dies durch den höheren Erstattungsanteil der Beihilfe für Pensionäre zumindest teilweise ausgeglichen.

Ob die Versorgung als Privatpatient im Vergleich zu den GKV-Versicherten allerdings tatsächlich generell „besser“ ist, wird zunehmend in Zweifel gezogen. Als „Zeuge“ für solche Zweifel sei hier auf Josef Hecken verwiesen, den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, der selbst privatversichert ist und in der Süddeutschen Zeitung vom 5.12.2013 mit der Äußerung zitiert wird, dass er schon manchen Schlauch geschluckt und manche Pille genommen habe, von deren Notwendigkeit er nicht immer überzeugt war, und sich „gelegentlich übertherapiert“ fühle. Dass diesen Eindruck deutlich mehr PKV- als GKV-Versicherte haben,

TABELLE 2

Ausgewählte Kennzahlen zu PKV-Versicherten nach Statusgruppen 2010

Stellung im Erwerbssystem von PKV-Versicherten in 2010	PKV-Vers. Anzahl in Mio.	Durchschnittl. Einkommen* in €/Jahr	Durchschnittl. PKV-Prämie in €/Jahr	Durchschnittl. Mitversich. je V-Neher	Ant. Vers. mit Selbstbeteilig. in %	Durchschnittl. Eigenanteil in €/Jahr
Beamte einfacher/mittlerer Dienst	0,65	33.970	2.370	0,25	9,0	642
Beamte gehobener Dienst	1,02	40.349	2.916	0,34	14,1	1.337
Beamte höherer Dienst	0,51	50.914	3.405	0,65	15,1	1.144
Selbstständige/Arbeitnehmer	3,24	68.787	5.314	0,30	69,7	822
Pensionäre	1,21	37.490	3.206	0,30	22,3	1.335
Rentner	0,58	22.766	5.174	0,08	51,6	1.202
Sonstige PKV**	0,79	6.567	3.742	0,07	30,7	785

Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter

Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPv27 (Hrsg. DIW Berlin)

* Brutto-Jahreseinkommen gesamt, basierend auf differenzierter Abfrage der Vorjahreseinkünfte (s. Haun 2013, 86–88)

** Auszubildende, Studenten, Wehr-/Zivildienstleistende, Arbeitslose, sonst. Nichterwerbstätige

Quelle: eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

belegen auch Umfrageergebnisse (Zok 2013, 23). Unabhängig von den Folgen für die Versorgungsqualität verweist diese Einschätzung auf jeden Fall auf höhere Behandlungskosten, wie sie etwa auch daraus resultieren, dass es beim Arzneimittelverbrauch in der PKV im Vergleich zur GKV eine niedrigere Generikaquote gibt (Wild 2012). Die Rechnung dafür wird letztlich den Privatversicherten präsentiert und findet ihren Niederschlag in weiter steigenden Versicherungsprämien sowie Beihilfeausgaben.

Stichwort Rechnung: Für die beihilfeberechtigten Privatversicherten ist der bürokratische Aufwand der Erstattung ihrer Behandlungskosten hoch, denn sie müssen die von ihnen bezahlten Rechnungen gleich zweifach zur Erstattung einreichen: bei ihrer Beihilfestelle und bei der PKV. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass sie mit unterschiedlichen Reklamationen konfrontiert werden, etwa wenn abgerechnete Leistungsziffern hinterfragt werden oder die Erstattung von Leistungen abgelehnt wird. Dann sind oftmals Rückfragen beim Arzt erforderlich, die gegebenenfalls zu einer Anpassung der Rechnung führen, unter Umständen aber auch zu dem Ergebnis, dass die Patienten auf den Kosten sitzenbleiben. Es dürfte nicht wenige beihilfeberechtigte Privatversicherte geben, die auf diesen beträchtlichen Aufwand gern verzichten würden.

3.3 Die Perspektive der GKV

Aus Sicht der GKV hat die Existenz des Beihilfesystems mit ihrer zentralen Bedeutung für das System der PKV und damit für die fragwürdige Dualität auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt unterschiedliche Dimensionen. Eine betrifft den aus mehreren Gründen hochgradig zu Ungunsten der GKV verzerrten „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV (Jacobs 2013a, b) und die damit verbundenen Probleme der gezielten Versorgungssteuerung entsprechend dem Versorgungsbedarf der gesamten Bevölkerung – nicht zuletzt auch in regionaler Sicht (zur Bedeutung des Anteils von Privatpatienten an der Wohnbevölkerung für die räumliche Verteilung der ambulant tätigen Ärzte siehe Sundmacher und Ozegowski 2013).

Eine weitere zentrale Dimension betrifft die finanziellen Folgen der Privatversicherung der Beamten und Pensionäre als Resultat des bestehenden Beihilfesystems. Diese Perspektive hat im Rahmen der in den vergangenen Jahren intensiven Debatte um grundlegende Reformen des dualen Krankenversicherungssystems eine wichtige Rolle gespielt, ging es dabei insbesondere auch um den Einbezug aller Bevölkerungsgruppen in ein gemeinsames System der solidarischen Finanzierung. Nur wenige wissenschaftliche Studien haben sich dabei jedoch speziell mit der Frage befasst, was der Einbezug der Beamten und Beihilfeversicherten in dieser Hinsicht bedeutet. Hervorzuheben ist dabei vor allem das 2004 im Auftrag von Bündnis 90/Die Grünen erstellte Gutachten,

das im Rahmen einer Simulationsrechnung zu dem Ergebnis kommt, dass der Einbezug der beihilfeberechtigten Beamten und Pensionäre nebst mitversicherten Familienangehörigen „in isolierter Sicht zu einer Reduktion des durchschnittlichen Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte gegenüber dem Status quo der GKV führen würde“ (Sehlen et al. 2004, 7). Aber auch für die öffentlichen Haushalte würde sich ein Umstieg auf Arbeitgeberbeiträge anstelle der bisherigen Kostenerstattung im Rahmen der Beihilfe langfristig lohnen. Die Entlastungswirkung nach einem kompletten Systemumstieg beträgt demnach rund zehn Prozent der Beihilfeausgaben. Allerdings muss bei einem schrittweisen Übergang der Substitution der Beihilfe durch die Zahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV vorübergehend mit Mehrbelastungen der öffentlichen Haushalte in einem Umfang von bis zu elf Prozent der Beihilfeaufwendungen gerechnet werden (Sehlen et al. 2004).

In einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV werden diese Ergebnisse in Zweifel gezogen (Wild 2005). Seiner Einschätzung nach ist ein Einbezug der Beamten und Versorgungsempfänger nebst Angehörigen für die GKV „wenig lohnenswert“ und würde, wenn überhaupt, nur zu geringen Beitragssatzsenkungen führen (Wild 2005, 62). Verantwortlich hierfür sei insbesondere die Altersstruktur der Beamten und Pensionäre. Im Beobachtungsjahr 2002 waren die Altersjahrgänge der 43- bis 65-jährigen Beamten in der PKV besonders stark besetzt. Angesichts dieser Altersstruktur könne der Einbezug aller beihilfeberechtigten PKV-Versicherten zu einem Stichtag sogar zu Mehrausgaben für die GKV führen, da überdurchschnittlich viele Versorgungsempfänger in die GKV wechseln würden (Wild 2005). Selbst wenn dies zutreffen sollte, stellt sich damit allerdings auch die Frage der weiteren Ausgabenentwicklung im Status-quo-Modell und ihrer Folgen für die PKV und nicht zuletzt auch die Beihilfe. In Bezug auf die Finanzwirkungen aus GKV-Sicht ist aber vor allem zu bemängeln, dass über die Alterungsrückstellungen kein Wort verloren wird. Zumindest bei einer Stichtagslösung, bei der alle Beamten zu GKV-Versicherten würden, stellt sich – ganz abgesehen von der rechtlichen Bewertung dieses Modells – die Frage nach dem Verbleib der von den Beamten während ihrer PKV-Versicherung gebildeten Alterungsrückstellungen. Bei deren Mitgabe in die GKV würden sich die Finanzwirkungen dort entsprechend deutlich günstiger gestalten.

3.4 Die Perspektive der öffentlichen Haushalte

Aus Sicht der Gebietskörperschaften bot das Beihilfesystem in den vergangenen Jahrzehnten eine vergleichsweise kostengünstige Möglichkeit, der Fürsorgeverpflichtung für die Beamten nachzukommen. So beteiligt sich das Beihilfesystem weder an der solidarischen Finanzierung der Ausgaben in der umlagefinanzierten GKV, noch werden – im Gegensatz zur PKV – Alterungsrückstellungen für die im Alter steigenden Gesundheitskosten der Beamten gebildet.

Dass das Beihilfesystem wie die PKV auf dem Kosten-erstattungsprinzip und der privatärztlichen Gebührenordnung basiert, hatte während der Phase der personellen Ausweitung des öffentlichen Dienstes in den 1960er bis Anfang der 1980er Jahre (*Birnbaum 2012, 10*) noch vergleichsweise geringe finanzielle Auswirkungen. Die altersspezifischen Gesundheitskosten von gesetzlich und privat Versicherten unterscheiden sich in jungen und mittleren Lebensjahren nicht sehr stark. Mit höherem Lebensalter weisen die Kopfschadenprofile der PKV-Versicherten jedoch ein erheblich höheres Kostenniveau auf als bei entsprechenden Altersjahrgängen in der GKV (*Albrecht et al. 2010, 22*). Angesichts der Alterung der Beamtenschaft ist hiervon mittlerweile auch die Beihilfe immer stärker betroffen.

Für die öffentlichen Haushalte stellen die Beihilfeausgaben eine stark wachsende Belastung dar. Sie werden sich in Bund und Ländern von 2008 bis 2050 von 7,2 Milliarden Euro auf über 28 Milliarden Euro fast vervierfachen (*Benz et al. 2011, 118 ff.*). Dennoch wird eine Reform des geltenden Beihilferechts bislang abgelehnt. „Diese bestehende Form der Absicherung für Beamte hat sich aus Sicht der Bundesregierung bewährt, es besteht kein Anlass für gesetzliche Änderungen“, lautete etwa noch 2012 die Antwort der christlich-liberalen Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage von Abgeordneten der Bundestagsfraktion DIE LINKE (*Deutscher Bundestag 2012*). Dabei steht die „Bewährung“ des bestehenden Beihilfesystems angesichts der erkennbaren bevorstehenden Belastungen erst noch an, und die Prognose dafür fällt keineswegs positiv aus.

Auffällig ist in jedem Fall, dass zu Fragen der Beihilfeaufwendungen in den öffentlichen Haushalten in Politik und Verwaltung zumeist nur eine kurzfristige Perspektive vorherrscht, die maximal bis zum Horizont der laufenden Legislaturperiode reicht. Sofern alternative Ausgestaltungen der Beamtenversorgung im Krankheitsfall – speziell in Form der gesetzlichen Versicherung einschließlich eines „normalen“ Arbeitgeberbeitrags – in dieser kurzfristigen Sicht auf Mehrausgaben hindeuten, ist damit dann meist die Debatte zu Ende. Dabei zeigt die Studie von Sehlen und Koautoren, dass – je nach Ausgestaltung einer Transformation der Beamtenversorgung – mit Mehrbelastungen lediglich während eines Übergangszeitraums zu rechnen wäre, wenn die Beihilfe sukzessive durch die Zahlung eines Arbeitgeberbeitrags ersetzt würde (*Sehlen et al. 2004*). Bei einer längerfristigen Perspektive fällt die Beurteilung jedoch anders aus, denn dann wäre eine Absicherung der Beamten und Pensionäre in der GKV fiskalisch günstiger als im bestehenden System. Es wäre fahrlässig, wenn die Politik diese längerfristige Perspektive bei ihren Reformüberlegungen weiter vollständig ausblenden würde.

4 Ausblick

Dem Koalitionsvertrag zufolge hat die neue Bundesregierung nicht vor, das Verhältnis zwischen GKV und PKV neu zu ordnen. Das gilt offenbar auch für die Frage der künftigen Absicherung der Beamten im Krankheitsfall. Gleichwohl wird der wachsende Problemdruck in der PKV und in den öffentlichen Haushalten schon bald Reformen erfordern.

Ohne wirksame Steuerungsmechanismen, die bei den Leistungserbringern ansetzen, wachsen die Ausgaben der Beihilfe – verstärkt durch die höhere Lebenserwartung und die bevorstehende „Pensionierungswelle“ bei den Staatsbediensteten – schier grenzenlos. Zugleich dürfte die Grenze von zumutbaren Selbstbeteiligungen bei der Beihilfe – etwa in Form von „Kostendämpfungspauschalen“ – schnell erreicht sein. Beamte und Pensionäre erwarten stattdessen Hilfe gegenüber der Mengen- und Kosteninflation bei den Versorgungsleistungen, der sie sich weitgehend wehrlos ausgeliefert fühlen. Diese Hilfe kann ihnen aber weder die heutige Beihilfe noch die PKV bieten, sondern nur ein gesteuertes Gesamtsystem wie die GKV.

In jedem Fall erforderlich ist eine konsistente Gesamtrechnung aller aktuellen und in Zukunft zu erwartenden Beihilfeausgaben (einschließlich der Bürokratiekosten), die nicht an der geteilten Zuständigkeit von Bund und Ländern scheitern darf. So enthielt etwa der von der Bundesregierung regelmäßig vorgelegte Versorgungsbericht bis zur 15. Wahlperiode des Deutschen Bundestags im Jahr 2005 noch Informationen zu den Beihilfeausgaben aller Gebietskörperschaften, seither – unter Verweis auf die Föderalismusreform von 2006 – aber nur noch für den Bund. In der Folge werden Gesamtzahlen derzeit nirgends aufbereitet. Vor diesem Hintergrund sollten die Statistischen Ämter von Bund und Ländern alsbald den Auftrag erhalten, eine deutschlandweite Gesamtrechnung vorzulegen. Zudem sollten Analysen zu den Finanzwirkungen von Beihilfereformen immer auch die Auswirkungen auf die GKV berücksichtigen.

Ebenfalls erforderlich ist eine detaillierte Analyse, wofür die aus allgemeinen Steuermitteln finanzierten Beihilfeausgaben konkret verwendet werden. Das bedeutet nichts anderes als Versorgungsforschung, also die Herstellung von Transparenz über das Versorgungsgeschehen der Beamten, um Über-, Unter- und Fehlversorgung identifizieren und gegebenenfalls gezielt gegensteuern zu können. Die Gesundheitspolitiker sind nicht nur für das gesundheitliche Wohlergehen der gesetzlich Versicherten verantwortlich, sondern auch für das der Privatversicherten, einschließlich derjenigen mit Beihilfeberechtigung. Wenn deren Wohl mehr gelten soll als das der privaten Versicherungswirtschaft und der Leistungserbringer, müssen endlich belastbare Zahlen auf den Tisch.

Literatur

Albrecht M, deMillas, C, Hildebrandt S, Schliwen A (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung. Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin: IGES Institut GmbH

Augurzky B, Felder S (2013): Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung. RWI Materialien Heft 75. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Benz T, Hagist C, Raffelhüschen B (2011): Ausgabenprojektion und Reformszenarien der Beamtenversorgung in Deutschland. Studie im Auftrag des Bundes der Steuerzahler Deutschland e.V., Berlin, November 2011; www.steuerzahler.de/Bund-der-Steuerzahler-veroeffentlicht-neue-Studie-zur-Beamtenversorgung/40633c49042i1p1520/index.html

Birnbaum C (2012): Die Pensionslücke. München: DTV, 2012.

Brenke K (2013): Allein tätige Selbständige: starkes Beschäftigungswachstum, oft nur geringe Einkommen. DIW-Wochenbericht Nr. 7, 3–16

CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode

Deutscher Bundestag (2012): Antwort der Bundesregierung auf parlamentarische Anfrage von Harald Weinberg und anderen Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE zum Thema „Beitragssteigerungen in der PKV“. Bundestags-Drucksache 17/9330 vom 17.04.2012

Goebel J, Grabka M, Krause P et al. (2008): Mikrodaten, Gewichtung und Datenstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP). Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 77, Heft 3, 77–109

Haun D (2013): Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 75–105

Jacobs K (2013a): Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 47–73

Jacobs K (2013b): Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2–3, 21–27

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

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

Kingreen T, Kühling J (2013): Die monistische Einwohnerversicherung als Perspektive für den Übergang von einer dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2–3, 28–35

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2013): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln

Sehlen S, Schröder WF, Schiffhorst G (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell. Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten; www.iges.de/leistungen/finanzierung_gesetzgebung/finanzierungsreform/ (letzter Zugriff: 18.12.2013)

Statistisches Bundesamt (2013): Einnahmen und Reinerträge von Kassenpraxen: Privateinnahmen machen den Unterschied. Pressemitteilung 408/13 vom 4.12.2013

Sundmacher L, Ozegowski S (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an? Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 16, Heft 12, 30–35

Szent-Ivanyi T (2013): Beamte in die gesetzliche Krankenkasse. Berliner Zeitung, 6.11.2013

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

Wild F (2005): Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Wild F (2012): Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatpatienten? WIP-Diskussionspapier 1/12. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Zok K (2013): GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 15–45

DIE AUTOREN

**Dietmar Haun, Diplom-Soziologe,**

Jahrgang 1962, Studium an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Methoden der empirischen Sozialforschung und angewandten Soziologie der Universität Mannheim. Von 2001 bis 2011 beim AOK-

**Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche

Bundesverband, zunächst im Geschäftsbereich Change Management, anschließend als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen. Seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des WIdO.

Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Orthesen bei Hals- oder Lendenwirbelsäulenproblemen: hinreichende Nutzenbelege fehlen

von Christiane Roick*

Orthesen werden unter anderem bei Erkrankungen der Hals- oder Lendenwirbelsäule eingesetzt. Sie sollen die Beweglichkeit betroffener Wirbelsäulenabschnitte einschränken und so Belastungen reduzieren. Orthesen werden häufig verordnet, obwohl ihr Nutzen wiederholt bezweifelt wurde. Eine Übersichtsarbeit unterstreicht nun, dass es keine hinreichenden Belege für Vorteile von Orthesen beim Schleudertrauma oder bei Nervenwurzelreizungen gibt. Auch die Behandlung unspezifischer Kreuzschmerzen mit Orthesen wird nicht empfohlen.

1 Was ist das Problem?

Orthesen werden im Hilfsmittelverzeichnis definiert als funktionssichernde, körperumschließende oder körperanliegende Hilfsmittel. Sie sollen die Wirbelsäule stabilisieren, schwache oder geschädigte Segmente ruhigstellen und die axiale Lastaufnahme reduzieren. Man unterscheidet weiche und rigide Orthesen, die zu unterschiedlich starken Bewegungseinschränkungen des jeweiligen Wirbelsäulenabschnitts führen, aber keine völlige Ruhigstellung erlauben. Trotz des weit verbreiteten klinischen Einsatzes ist der Nutzen von Orthesen bei unterschiedlichen Wirbelsäulenerkrankungen umstritten. Deshalb wurde die Evidenz in einer aktuellen Übersichtsarbeit von Kölner Orthopäden zusammengefasst.

2 Wie wurde untersucht?

In der Datenbank Medline wurde nach kontrollierten Studien, systematischen Reviews und Empfehlungen von Fachgesellschaften recherchiert. Ausgewertet wurden Studien zum Ortheseneinsatz bei akuten und chronischen Erkrankun-

gen der Hals- oder Lendenwirbelsäule, ausgeschlossen wurden Studien zum Ortheseneinsatz bei Frakturen und Fehlstellungen. Drei systematische Reviews und vier kontrollierte Studien konnten eingeschlossen werden.

3 Was ist rausgekommen?

Bei einem Schleudertrauma an der Halswirbelsäule werden, wenn keine knöchernen Verletzungen vorliegen, oft Orthesen zur Stabilisierung und Ruhigstellung verordnet. In vier von fünf identifizierten Studien war jedoch eine aktiv-mobilisierende Therapie einer Ruhigstellung überlegen. In einer Studie fand sich kein Unterschied.

Orthesen werden auch bei unspezifischen Kreuzschmerzen, die nicht ins Bein ausstrahlen (Lumbago), eingesetzt. Ein Cochrane-Review stellt jedoch fest, dass Orthesen zur Primärprävention und zur Behandlung von Lumbago nicht geeignet sind. Auch die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz empfiehlt, Orthesen nicht zur Behandlung akuter oder chronischer unspezifischer Kreuzschmerzen einzusetzen.

Bei Nervenwurzelreizungen im Bereich der Halswirbelsäule (zervikale

Radikulopathie) kann bei fehlender Operationsindikation eine Ruhigstellung mit Orthesen oder alternativ eine Physiotherapie erfolgen. Sowohl bei Patienten mit akuten als auch solchen mit chronischen Schmerzen schnitt die Ruhigstellung aber nicht besser ab als die Physiotherapie.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Aussagekraft der Übersichtsarbeit wird dadurch geschmälert, dass die Recherchestrategie nur grob beschrieben ist und daher nicht nachvollzogen werden kann. Die Ergebnisse sind nicht überraschend, aber sie verdeutlichen, dass sich die Evidenz für den Einsatz von Orthesen bei den untersuchten Wirbelsäulenerkrankungen in den letzten Jahren nicht verbessert hat. Dies wirft die Frage auf, warum Orthesen trotz der schon länger bestehenden Zweifel an ihrem Nutzen nach wie vor so häufig verordnet werden.

Quelle: Zarghooni K et al.: Orthesenbehandlung bei akuten und chronischen Erkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule.

Dtsch Arztebl Int 2013;110(44):737-742

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stelly. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Stützorthesen machen die Beschwerden der Patienten und ihr Bedürfnis nach Schonung sichtbar. Dass Orthesen bei Rückenschmerzen und Schleudertrauma keinen Nutzen haben, wird aus Reviews schon länger gefolgert und ist in Leitlinien eingegangen. Auch für die anderen Indikationen ist der Nutzen kaum belegt.

Ob das für alle Modelle gilt, ist unklar. Damit reihen sich Orthesen in eine lange Reihe von Behandlungen für Rückenschmerzen mit widersprüchlicher, negativer oder ohne Evidenz ein. Die Komplikationen und Kosten scheinen im Vergleich zu Operationen oder Injektionstherapien fast vernachlässigbar. Ein formaler Nutzenbewertungsprozess wie für neue Medikamente wäre für jede Indikation wünschenswert.

Prof. Dr. med.

Jean-François Chenot, MPH

Leiter der Abteilung
Allgemeinmedizin am Institut
für Community Medicine,
Universitätsmedizin Greifswald



KÖPFE

Prof. Dr. rer. medic. Ulrike Höhmann (57), seit 2002 an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, hat an der Universität Witten/Herdecke jetzt eine Professur für die Versorgungsgestaltung von Menschen mit Demenz. Die gelernte Krankenpflegerin studierte Soziologie, Psychologie und Politik in Freiburg. Seit 1987 arbeitete sie als Pflegewissenschaftlerin in Frankfurt/Main, wo sie 2001 das Hessische Institut für Pflegeforschung mitgründete.

Prof. Dr. rer. nat. Mathias Jucker (53), Neurobiologe am Hertie-Institut für klinische Hirnforschung in Tübingen, hat für seine Alzheimer-Forschungen den mit 100.000 Euro dotierten Hamburger Wissenschaftspreis erhalten. Jucker promovierte in Zürich, war dann am National Institute on Aging in Baltimore und in Basel tätig, bevor er 2003 ans Hertie-Institut kam, das Teil des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) ist.

Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hum. Wilfried von Eiff (66), Leiter des von der Bertelsmann-Stiftung gegründeten Centrums für Krankenhaus-Management an der Universität Münster, ist seit Dezember 2013 Professor der HHL Leipzig Graduate School of Management. Der Medizinökonom soll an der Privatuniversität ein Forschungszentrum für Health Care Management aufbauen. Finanziell hilft dabei die Cognos AG, zu der auch die Hochschulen des DAX-Konzerns Fresenius gehören. Von Eiff studierte Wirtschaftswissenschaften in Gießen und Tübingen. Von 1977 bis 1980 war er Verwaltungsdirektor am Klinikum Gießen, dann bis 1994 in der Automobilindustrie tätig. Nebenher habilitierte er an der Universität Würzburg, bevor er 1994 nach Münster ging.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Susanne Hörz-Sagstetter (37) ist seit Jahresanfang Professorin für Psychotherapie der Psychologischen Hochschule

Berlin. Die Münchnerin studierte von 1996 bis 2002 Psychologie an der Universität Halle und promovierte 2006 an der Ludwig-Maximilians-Universität München über das Borderline-Syndrom. Zuletzt forschte sie am Studienzentrum der Technischen Universität München über die Behandlung von Angst bei Persönlichkeitsstörungen.

Dr. phil. Manfred Hülsken-Giesler (48), seit 2008 beim Forschungsverbund „Gestaltung alternativer Lebenswelten“ der Universität Osnabrück tätig, ist jetzt Professor für Gemeinde-nahe Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar bei Koblenz. Hülsken-Giesler war 20 Jahre Krankenpfleger, studierte dann an der Universität Bremen Pflege-, Sozial-, Erziehungs- und Gesellschaftswissenschaften. Als Diplom-Berufspädagoge promovierte er 2007 in Osnabrück über die Professionalisierung der Pflege.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
6. österreichischer Gesundheitswirtschaftskongress	Patientensouveränität und Qualität medizinischer Leistungen	12.3.2014 Wien	Agentur Gesundheitswirtschaft Dombacher Straße 86/5 A-1170 Wien	www.oegwk.at E-Mail: info@oegwk.at Telefon: 0043 676 7123630
2. Bundeskongress Gendergesundheit	Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung	13.–14.3.2014 Berlin	Büro für gesundheitspolitische Kommunikation Albrecht Kloepfer Wartburgstraße 11 10823 Berlin	http://female-resources.jimdo.com E-Mail: info@maripunktbremer.de Telefon: 0421 3032421
15. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin	Prävention zwischen Evidenz und Eminenz	13.–15.3.2014 Halle/Saale	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin Straße des 17. Juni 106–108 10623 Berlin	www.ebm-kongress.de E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de Telefon: 030 4005-2506
6. Jahreskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ)	Ökonomie und Management von Krankheiten, Konzepte für Vergütung und Finanzierung	17.–18.3.2014 München	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) c/o Universität Duisburg-Essen Schützenbahn 70, 45117 Essen	www.dggoe.de/konferenzen/2014 E-Mail: jahrestagung@dggoe.de Telefon: 089 8989948-113
54. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin	Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Physikalische Einflussfaktoren in Arbeitswelt und Umwelt	2.–4.4.2014 Dresden	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin Schwanthaler Straße 73 b 80336 München	www.dgaum.de E-Mail: gsdgaum@dgaum.de Telefon: 02421 12177-0
Kongress für Patientensicherheit	Konzepte, Methoden und Praxiserfahrungen für mehr Qualität und Patientensicherheit	3.–4. 4. 2014 Hamburg	Aktionsbündnis Patientensicherheit, Am Zirkus 2, 10117 Berlin; Gesellschaft für Qualitätsmanagement, Industriestr. 154, 50996 Köln	www.kongress-patientensicherheit.info E-Mail: info@aps-ev.de Telefon: 030 3642 816-0

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Burkhard Rexin (KomPart); Grafik: Johannes Nerger

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de