

Band
2

Christina Benita Wilke / Monika Wohlmann (Hrsg.)

Reformoption Bürgerversicherung?
Eine Nutzwertanalyse vor dem Hintergrund
aktueller und künftiger Herausforderungen
des deutschen Krankenversicherungssystems

~
Armin Marek Prasuhn / Christina Benita Wilke

KCV Schriftenreihe



KCV KompetenzCentrum
für angewandte Volkswirtschaftslehre
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management

Armin Marek Prasuhn / Christina Benita Wilke

Reformoption Bürgerversicherung?

Eine Nutzwertanalyse vor dem Hintergrund aktueller und künftiger Herausforderungen des deutschen Krankenversicherungssystems

KCV Schriftenreihe der FOM, Band 2

Essen 2021

ISBN (Print) 978-3-89275-172-4 ISSN (Print) 2701-9403

ISBN (eBook) 978-3-89275-173-1 ISSN (eBook) 2701-9411

Dieses Werk wird herausgegeben vom KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2021 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Christina Benita Wilke / Monika Wohlmann (Hrsg.)

Reformoption Bürgerversicherung?

Eine Nutzwertanalyse vor dem Hintergrund aktueller und künftiger Herausforderungen des deutschen Krankenversicherungssystems

Armin Marek Prasuhn und Christina Benita Wilke

Autorenkontakt

Armin Marek Prasuhn
AOK Bremen/Bremerhaven
armin.marek.prasuhn@hb.aok.de

Vorwort der Herausgeberinnen

Der zweite Band der Schriftenreihe des KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre der FOM Hochschule greift die bereits länger anhaltenden Reformdiskussionen im Bereich der Krankenversicherung auf und diskutiert die mögliche Einführung einer Bürgerversicherung.

Das KCV bündelt die Forschungsaktivitäten der an der FOM tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Gebiet der Volkswirtschaftslehre und deckt daher ein breites Spektrum von der mikro- zur makroökonomischen Forschung sowie von der theoretischen zur empirischen Forschung ab. Neben ausgewählten Forschungsarbeiten der FOM-Professoren- und Dozentschaft sowie unserer FOM-Studierenden beinhaltet die Schriftenreihe auch Beiträge zu aktuellen gesellschaftlichen Themen, die wir anhand volkswirtschaftlicher Theorien und Modelle allgemein verständlich für interessierte Lesende aus Politik, Wissenschaft und Praxis erklären (vgl. hierzu den ersten Band zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie). Diese Schriftenreihe soll außerdem ein Forum für Diskussionen bieten: Die Beiträge decken die Pluralität der Volkswirtschaftslehre als Wissenschaft ab. Jeder Beitrag stellt die Meinung der Autorin oder des Autors dar und spiegelt nicht grundsätzlich die Meinung der Herausgeberinnen oder der Hochschule.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Alterung der Bevölkerung gerät die Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme zunehmend unter Druck. Eine größere Zahl an Leistungsempfängerinnen und -empfängern steht einer geringeren Zahl an Beitragsleistenden gegenüber. Auch die Krankenversicherung ist hiervon betroffen und so wird die Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems regelmäßig hinterfragt. Seitdem die Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme in ihrem Endbericht 2003 die Bürgerversicherung erstmals als eine relevante Reformoption ins Spiel brachte, wird insbesondere diese Option immer wieder neu in verschiedenen Varianten diskutiert. Dieser Beitrag untersucht anhand einer Nutzwertanalyse, inwieweit das Modell der Bürgerversicherung eine sinnvolle Reformoption für das deutsche System der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung darstellen könnte. Der Beitrag schließt mit einem Leitfaden für eine mögliche Umsetzung einer solchen Reform im deutschen System.

Essen im März 2021

Prof. Dr. Christina Benita Wilke
FOM Hochschule Bremen

Prof. Dr. Monika Wohlmann
FOM Hochschule Düsseldorf

Abstract

Die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in die Gesetzliche und Private Krankenversicherung lässt sich historisch erklären. Ob diese Trennung noch sachlogisch ist, wird seit mehr als fünfzehn Jahren gesundheitspolitisch diskutiert. Im Zuge dieser Debatte wird in der Regel auch die Reformoption der Bürgerversicherung erörtert. Die Integration der privat Versicherten in die Gesetzliche Krankenversicherung soll unter anderem die Folgen der demografischen Entwicklung abfedern und für mehr Gerechtigkeit sorgen. Inwieweit die Einführung einer Bürgerversicherung eine bessere Alternative zum aktuellen Krankenversicherungssystem darstellt, um deren aktuelle und zukünftige Herausforderungen zu bewältigen, wird im Folgenden anhand einer Nutzwertanalyse untersucht. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die Bürgerversicherung durchaus eine sinnvolle Reformoption darstellt und auch praktisch umsetzbar wäre. Gleichwohl gibt es einige Aspekte, die noch genauer zu eruieren sind. So sind bspw. die Verteilungswirkungen, die mit einer solchen Einführung einer Bürgerversicherung einhergingen, noch nicht abschließend erforscht.

Inhalt

Vorwort der Herausgeberinnen	III
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Über die Herausgeberinnen	VIII
Über die Autoren	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Das deutsche Krankenversicherungssystem.....	4
2.1 Historische Entwicklung.....	4
2.1.1 Ursprünge der Gesetzliche Krankenversicherung.....	4
2.1.2 Die GKV als Folge der Industrialisierung.....	4
2.1.3 Ursprünge der PKV.....	6
2.1.4 Entwicklungen von 1945 bis zur Wiedervereinigung.....	6
2.1.5 Gesundheitspolitik nach der Wiedervereinigung	7
2.2 Gesetzliche Krankenversicherung.....	9
2.2.1 Grundprinzipien.....	9
2.2.2 Akteure.....	10
2.2.3 Finanzierung	13
2.3 Private Krankenversicherung	15
2.3.1 Grundprinzipien.....	15
2.3.2 Akteure.....	16
2.3.3 Finanzierung	17
2.4 Herausforderungen des dualen Gesundheitssystems	18
2.4.1 Finanzielles Defizit.....	18
2.4.2 Beitragsbemessungsdefizit.....	21
2.4.3 Solidaritätsdefizite.....	21
2.4.4 Versorgungsdefizit	24
2.4.5 Wettbewerbsdefizit.....	25
2.5 Konzept der Bürgerversicherung.....	26

3	Nutzwertanalyse	29
3.1	Vorgehensweise	29
3.2	Evaluation ausgewählter Kriterien	30
3.3	Zielkriteriengewichtung	32
3.4	Teilnutzenbestimmung und Nutzwertermittlung	33
3.4.1	Nachhaltigkeit.....	35
3.4.2	Gerechtigkeit.....	39
3.4.3	Versorgungszugang.....	45
3.4.4	Wettbewerb.....	47
3.5	Sensitivitätsanalyse	49
3.6	Beurteilung der Vorteilhaftigkeit.....	52
4	Herausforderungen bei Einführung einer Bürgerversicherung.....	53
4.1	Verfassungsrechtliche Hindernisse	53
4.1.1	Gesetzgebungskompetenz	53
4.1.2	Staatliche Fürsorgepflicht	54
4.1.3	Altersrückstellungen.....	54
4.1.4	Steuersystem und Berufsfreiheit.....	55
4.2	Auswirkungen auf die Beschäftigten im dualen System.....	56
4.2.1	Beschäftigte der GKV	56
4.2.2	Beschäftigte der PKV.....	58
4.2.3	Lösungsmöglichkeiten für die Beschäftigten	59
4.3	Auswirkungen auf die Leistungserbringer	60
5	Fazit.....	62
	Literaturverzeichnis.....	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder aufgeteilt nach Personenkreis.....	12
Abbildung 2:	Beitragsbelastung Haushaltstyp Ehepaar mit einem Kind	41
Abbildung 3:	Entwicklung der Staatsverschuldung.....	43
Abbildung 4:	Verteilung der Staatsverschuldung.....	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zielkriterien	30
Tabelle 2:	Zielkriteriengewichtung	32
Tabelle 3:	Teilnutzenbestimmung und Nutzwertermittlung	34
Tabelle 4:	Nutzwertermittlung bei ausgeglichener Gewichtung	50
Tabelle 5:	Nutzwertermittlung bei verbesserter Bewertung des Status quo	51

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
B	Bewertung
BBG	Bundesbeamtengesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G1	Gewichtung Ebene 1
G2	Gewichtung Ebene 2
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
K1	Kriterium Hierarchieebene 1
K2	Kriterium Hierarchieebene 2
PKV	Private Krankenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
TN	Teilnutzen
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz

Über die Herausgeberinnen

Prof. Dr. Christina Benita Wilke ist seit 2016 Professorin für Volkswirtschaftslehre an der FOM Hochschule, wissenschaftliche Gesamtstudienleiterin am Hochschulzentrum Bremen sowie wissenschaftliche Leiterin des KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre. Zuvor war sie als Forscherin und Geschäftsführerin am Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) sowie als Leiterin der bremischen Niederlassung des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI) tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Demografischer Wandel, der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik sowie der Gesundheitsökonomie.

Prof. Dr. Monika Wohlmann ist seit 2014 Professorin für Volkswirtschaftslehre an der FOM Hochschule in Düsseldorf und wissenschaftliche Leiterin des KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre. Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Passau und Málaga promovierte sie im Fach Volkswirtschaftslehre am Ibero-Amerika-Institut der Universität Göttingen. Anschließend arbeitete sie mehrere Jahre als Volkswirtin bei einer deutschen Großbank. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Geldpolitik und Finanzmärkte.

Über die Autoren

Armin Marek Prasuhn B.A.

Armin Marek Prasuhn begann 2015 sein duales Studium bei der AOK Bremen/Bremerhaven. Neben der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten studierte er Gesundheits- und Sozialmanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Nach der Beendigung seiner Ausbildung arbeitete er als Kundenberater sowie stellvertretender Geschäftsstellenleiter. Seit Oktober 2019 ist Armin Marek Prasuhn als Team- und Geschäftsstellenleiter der Studentenberatung tätig.

Prof. Dr. Christina Benita Wilke

s.o.

1 Einleitung

Obwohl dem deutschen Gesundheitssystem im europäischen Vergleich eine gute Qualität in der Patientenversorgung nachgesagt wird, gibt es Kritikpunkte, die auf die grundsätzliche Struktur abzielen und die in regelmäßigen Abständen innenpolitisch thematisiert werden.¹ So sei das aktuelle Krankenversicherungssystem demografieanfällig. Dies führe langfristig zu Finanzierungsproblemen und zu steigenden Beitragssätzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Laut des Instituts der deutschen Wirtschaft in Köln wird der allgemeine Beitragssatz in der GKV von 14,6 Prozent auf 19,2 Prozent im Jahr 2040 sowie auf 20,2 Prozent im Jahr 2050 ansteigen.² Auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) droht eine Erhöhung des Beitragssatzes auf das 2,7-fache bis 2060. Zudem werde durch die Dualität des deutschen Krankenversicherungssystems die Gesellschaft in eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gespalten. Exemplarisch steht hierfür die Terminvergabe bei Haus- und Fachärzten. Während 34 Prozent der gesetzlich Versicherten länger als drei Wochen auf einen Facharzttermin warten mussten, sind es bei Privatpatienten lediglich 18 Prozent.³

Um die genannten Herausforderungen zu bewältigen, wurden viele Gesundheitsreformen wie die Integration eines Gesundheitsfonds durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt. Darüber hinaus wurden die Modalitäten des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes mehrfach überarbeitet.⁴ Die eingeführten Reformen lösen jedoch nicht die strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems. Hier bedarf es einer grundlegenden Systemreform.⁵

Neben der von der CDU/CSU thematisierten Kopfpauschale wird vor allem das von der SPD geforderte Modell der Bürgerversicherung regelmäßig politisch diskutiert. Auch die Wahlprogramme der LINKEN sowie der Partei BÜNDNIS90/Die Grünen thematisieren diese Reformoption in regelmäßigen Abständen. Überdies hat das Meinungsforschungsinstitut „yougov“ durch eine repräsentative Umfrage herausgefunden, dass ca. zwei Drittel der Bundesbürger eine Bürgerversicherung dem aktuellen System vorziehen würden.⁶ Über eine in den Wahlprogrammen thematisierten Reformvorschlag ging das Modell der Bürgerversicherung jedoch nicht hinaus. Nach den letzten Bundestagswahlen 2017 konnte lediglich die

¹ Vgl. Schlingensiepen (2017), o. S.

² Vgl. Kochskämper (2017), S. 19.

³ Vgl. Kornelius (2018), S. 9.

⁴ Vgl. AOK Bundesverband (2016), o. S.

⁵ Vgl. Gnirke (2017), o. S.

⁶ Vgl. Inhoffen / Posthofen (2018), o. S.

von der SPD geforderte Beitragssatzparität zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode überführt werden.⁷ So ist zu erwarten, dass Reformvorschläge zum Krankenversicherungssystem weiterhin in der sozialpolitischen und gesellschaftlichen Diskussion bleiben werden.

Ziel dieses Beitrags ist es zu überprüfen, inwieweit die viel diskutierte Reformoption Bürgerversicherung einen positiven Nutzen gegenüber dem Status quo im deutschen Krankenversicherungssystem darstellt. Das deskriptive Ziel ist die Herauskrystallisierung aktueller und zukünftiger Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems. Diese lassen sich anhand der Literatur und durch die Darstellung der historischen Entwicklung der deutschen Krankenversicherung ableiten. Darüber hinaus wird das Modell der Bürgerversicherung vorgestellt. Analytisches Ziel ist es, die gewonnenen Erkenntnisse mithilfe einer Nutzwertanalyse zum Status quo und zur fiktiven Einführung einer Bürgerversicherung direkt vergleichbar und so bewertbar zu machen. Im Mittelpunkt der Analyse steht dabei folgende Frage: *„Inwieweit stellt die Bürgerversicherung eine bessere Alternative zum aktuellen Krankenversicherungssystem dar, um deren aktuelle und zukünftige Herausforderungen zu bewältigen?“* Das pragmatische Ziel ist die Überprüfung der Umsetzbarkeit der Systemreform. In diesem Teil wird auf verfassungsrechtliche Hürden sowie weitere Aspekte eingegangen, die vor Einführung einer Bürgerversicherung diskutiert werden müssen.

Dieser Beitrag ist wie folgt aufgebaut. Kapitel 2 skizziert zunächst die historische Entwicklung des deutschen Krankenversicherungssystems. Es folgt eine strukturelle Beschreibung der GKV und PKV. Anschließend werden aktuelle und zukünftige Herausforderungen im dualen Krankenversicherungssystem analysiert und schließlich das Konzept der Bürgerversicherung vorgestellt, wie es die „Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ einstmals vorschlug.⁸ Kapitel 3 beinhaltet eine Nutzwertanalyse zu den beiden alternativen Krankenversicherungssystemen. Hierzu werden ausgewählte Kriterien aus den zuvor thematisierten Herausforderungen und Defiziten des deutschen Krankenversicherungssystems abgeleitet. Da es sich bei der Entscheidung zwischen dem aktuellen Krankenversicherungssystem und einer Bürgerversicherung vor allem um eine Grundsatzfrage bezüglich der Finanzierung und Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems in Deutschland handelt,⁹ findet eine Bewertung von Umfang und Qualität der Leistung an dieser Stelle nicht statt. Kapitel 4 thematisiert abschließend mögliche Herausforderungen einer Einführung einer

⁷ Vgl. Bundesregierung (2017), S. 15.

⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 143 ff.

⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 143 ff.

Bürgerversicherung verbunden mit den daraus resultierenden Handlungsempfehlungen an die Politik. Kapitel 5 schließt mit einem Fazit.

2 Das deutsche Krankenversicherungssystem

2.1 Historische Entwicklung

2.1.1 Ursprünge der Gesetzlichen Krankenversicherung

Neben der Unfall-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung besteht das deutsche Sozialversicherungssystem aus der GKV. Seit ihrer offiziellen Einführung durch die Kaiserliche Botschaft im Jahre 1883 hat sich die GKV permanent weiterentwickelt. Um zu verstehen, wie das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland in seiner weltweiten Einzigartigkeit entstehen konnte, lohnt auch ein kurzer Blick in die Zeit vor 1883.¹⁰

Der eigentliche Ursprung der heutigen GKV findet sich in den Gesellenbruderschaften und Zünften im 15. Jahrhundert wieder. In ihnen einigten sich die Kaufleute und die selbständigen Handwerker. Zentrales Ziel dieser Organisationen war es, die politischen Interessen gemeinschaftlich zu vertreten und die soziale Sicherung untereinander zu gewährleisten. Ohne eine jeweilige Mitgliedschaft in einer Zunft war eine entsprechende Berufsausübung nicht gestattet. Die Mitglieder zahlten einen Teil ihres Lohnes in eine Gemeinschaftskasse ein. Im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit wurde eine finanzielle Unterstützung in Form von Lohnfortzahlung gewährleistet. Zudem hatten Zünfte und Gesellenbruderschaften ein Belegrecht in den Spitälern. Erstmals ließ sich eine Art Solidaritätsprinzip erkennen. So zahlten in einigen Zünften beispielsweise Gesellen weniger Mitgliedsbeiträge als die Meister.¹¹ Bis zu der Öffnung der gesetzlichen Krankenkassen 1996 waren diese größtenteils zunftähnlich organisiert. Den Betriebskrankenkassen zum Beispiel waren nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von bestimmten Unternehmen zugeordnet. Andere Krankenkassen wiederum waren nach Berufsgruppen oder Wirtschaftszweigen aufgeteilt. Die Öffnung der Krankenkassen führte zum Ende des Zuweisungssystems. So können seit 1996 grundsätzlich alle Mitglieder ihre Krankenkasse frei wählen.¹²

2.1.2 Die GKV als Folge der Industrialisierung

Die Absicherung im Krankheitsfall durch das Zunftwesen hielt sich über einige Jahrhunderte hinweg bis in die Industrialisierung hinein.¹³ Die Verlagerung vom Einzelhandwerk zur fabrikmäßigen Produktion führte zur Etablierung einer neuen

¹⁰ Vgl. Simon (2016), S. 19.

¹¹ Vgl. Warns, C., Gesundheitssystem, 2009, S.149.

¹² Vgl. Simon (2016), S. 22 ff.

¹³ Vgl. Preusker (2015), S. 32.

Arbeiterschicht. Da aber nur selbstständige Handwerker und Kaufleute Mitglieder in Zünften sein konnten, waren die Industriearbeitenden und deren Familien sozial kaum abgesichert. Lediglich einige Fabrikherren errichteten eine betriebliche Sterbe-, Witwen- und Waisenkasse. Als Vorbilder der damaligen Zeit gelten sowohl das „Preußische Allgemeine Landrecht“ sowie die soziale Sicherung im Bergbau. Um den Kreis der Krankenversicherten auszuweiten, wurde den Gemeinden in Deutschland gestattet, Unterstützungs- und Hilfskassen einzuführen. Diese als Vorgänger der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) geltende Kasernenart sorgte für eine Absicherung für Gewerbetreibende und lohnabhängig Beschäftigte. Darüber hinaus wurden in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die ersten Betriebskrankenkassen gegründet.¹⁴

Dennoch waren 1874 von ca. acht Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nur 25 Prozent in Unterstützungs- oder Betriebskrankenkassen versichert. Eine flächendeckende Absicherung im Krankheitsfall gab es nicht. Die Folge war eine hohe Existenzgefährdung infolge von schweren Krankheiten.¹⁵ Die größtenteils schlechten Arbeitsbedingungen sowie die sozialen Gegensätze des im Jahr 1871 gegründeten Deutschen Kaiserreichs führten zu zunehmendem politischen Druck. Auf diesen reagierte der Reichskanzler Otto von Bismarck mit der Kaiserlichen Botschaft.¹⁶ Das „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“, das zum 1. Dezember 1883 in Kraft trat, sollte eine landesweite gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Reich einführen. Mit ihr wurde eine allgemeine Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeiterinnen und Arbeiter eingeführt. In der GKV konnten sich nur abhängig Beschäftigte versichern, die eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschritten. Angestelltenberufe waren ausdrücklich von der Versicherungspflicht befreit, konnten sich jedoch in den Hilfskassen versichern. Hierbei mussten sie jedoch den vollen Beitragssatz alleine tragen. Neben der Krankenversicherung wurde 1884 die gesetzliche Unfallversicherung und 1889 die gesetzliche Rentenversicherung eingeführt.¹⁷ 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung (RVO) implementiert. Diese gilt als das erste einheitliche Gesetzeswerk zur Sozialgesetzgebung in Deutschland.¹⁸ In den Folgejahren nach Einführung der RVO wurde die Versicherungspflicht sukzessiv auf weitere Personenkreise ausgedehnt. Mit der Einführung der Arbeitslosenversicherung als vierten Zweig der Sozialversicherung wurden ab 1927 auch

¹⁴ Vgl. Simon (2016), S. 24 ff.

¹⁵ Vgl. ebd. S. 28ff.

¹⁶ Vgl. Preusker (2015), S. 32 f.

¹⁷ Vgl. Simon (2016), S. 30 ff.

¹⁸ Vgl. Preusker (2015), S. 38.

Arbeitslose in der GKV pflichtversichert.¹⁹ Zudem wurde 1930 eine beitragsfreie Familienversicherung für unmittelbare Familienangehörige gesetzlich eingeführt.²⁰ 1941 wurde die Krankenversicherungspflicht für Rentnerinnen und Rentner eingeführt.²¹

2.1.3 Ursprünge der PKV

Ein Entstehungsdatum der PKV lässt sich nicht genau beziffern. Bereits vor der Gründung der GKV gab es Krankenversicherungen, die das Risiko zu erkranken in der Beitragskalkulation berücksichtigt haben. Doch erst mit der Einführung der GKV 1883 lässt sich klar zwischen der GKV als Zweig der Sozialversicherung und der PKV als Individualversicherung differenzieren.²²

Mit der Einführung der RVO im Jahr 1911 wurde die gesetzliche Versicherungspflicht auf alle Angestelltenberufe ausgeweitet. Diese deklarierte auch die Hilfskassen als offizielle Krankenkassen, die fortan als Ersatzkasse für Angestellte bezeichnet wurden. Jedoch unterschieden sich die Primärkassen (Orts-, Innungs- Betriebskrankenkassen, knappschaftliche Krankenversicherung und Seekrankenkasse) und Ersatzkassen in ihrer Rechtsform. Die Primärkassen waren und sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Dagegen waren die Ersatzkassen vor allem privater Rechtsform.²³ Erst 1937 wurden aus den Ersatzkassen ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts.²⁴ Aus den Hilfskassen der Angestellten, welche nicht zu Ersatzkassen umgewandelt wurden, entwickelte sich die PKV.²⁵

2.1.4 Entwicklungen von 1945 bis zur Wiedervereinigung

Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg lässt sich in zwei Phasen einteilen. Die erste Phase dauerte bis in die 1970er Jahre hinein und war geprägt durch eine Expansion des deutschen Gesundheitswesens.²⁶ Die Anzahl der Leistungserbringer und der zugelassenen Leistungen stiegen. Darüber hinaus führte der medizini-

¹⁹ Vgl. Simon (2016), S. 37.

²⁰ Vgl. Warns (2009), S. 152.

²¹ Vgl. Simon (2016), S. 41.

²² Vgl. Warns (2009), S. 159.

²³ Vgl. Simon (2016), S. 33.

²⁴ Vgl. Preusker (2015), S. 43.

²⁵ Vgl. Simon (2016), S. 32.

²⁶ Vgl. Simon (2016), S. 43.

sche und technische Fortschritt zu einer zunehmenden Differenzierung der Versorgung.²⁷ Des Weiteren wurde die Pflichtversicherung auf weitere Personenkreise in der GKV kontinuierlich erweitert. 1960 waren bereits 83 Prozent der westdeutschen Bevölkerung in 2028 Krankenkassen gesetzlich krankenversichert.²⁸

Die Expansion des deutschen Gesundheitswesens führte zu steigenden Ausgaben und läutete eine Politik der Kostendämpfung ein.²⁹ Durch die Einführung des Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetzes von 1970 wurden die Beitragsbemessungs- und die Versicherungspflichtgrenze deutlich heraufgesetzt.³⁰ Zudem sollten die Grenzen entsprechend der Rentenversicherung zukünftig dynamisch an der allgemeinen jährlichen Einkommensentwicklung angepasst werden.³¹ Abgesehen von diesen einnahmestärkenden Maßnahmen, war das politische Hauptaugenmerk auf die Ausgabenseite der GKV gerichtet. Ziel war es, die Ausgaben an den Einnahmen zu orientieren.³² Erreicht werden sollte dies durch eine Anpassung der Vergütungssysteme der Leistungserbringer an die beitragspflichtigen Einnahmen. Ferner wurden Leistungen aus dem Katalog der GKV ausgegliedert und gesetzliche Zuzahlungen erhöht.³³ Von dieser Kostendämpfungspolitik profitierte die PKV. Vor allem private Zusatzversicherungen in den Bereichen Zahnersatz und Krankenhausbehandlungen wurden durch Leistungseinschränkungen in der GKV lukrativer.³⁴

2.1.5 Gesundheitspolitik nach der Wiedervereinigung

Trotz Leistungsrestriktionen wurde dem westdeutschen Gesundheitssystem eine hohe Leistungsfähigkeit und Qualität attestiert. Somit erfolgte bei der Wiedervereinigung zwischen Ost- und Westdeutschland 1990 eine bundesweite Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystems. Von der Politik der Kostendämpfung wurde dabei nicht abgewichen.³⁵ Durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wurden sektorale Budgetierungen für die Krankenhausversorgung, ärztliche Behandlungen sowie Heil-, Hilfs- und Arzneimittel eingeführt.³⁶ Diese

²⁷ Vgl. Porter (2012), S. 69 f.

²⁸ Vgl. Warns (2009), S. 156.

²⁹ Vgl. Porter (2012), S. 72.

³⁰ Vgl. Preusker, U (2015), S. 46.

³¹ Vgl. Simon (2016), S. 199.

³² Vgl. Preusker (2015), S. 56.

³³ Vgl. Simon (2016), S. 52.

³⁴ Vgl. Warns (2009), S. 163 f.

³⁵ Vgl. Simon (2016), S. 55.

³⁶ Vgl. Preusker (2015), S. 58.

Maßnahme war grundsätzlich nur bis 1995 geplant. Die vollständige Aufhebung der Budgetierung erfolgte jedoch erst 2011.³⁷ Neben der Budgetierung wurde das Krankenkassenwahlrecht eingeführt, das einen Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt fördern sollte. Geöffnet wurden alle Orts- und Ersatzkassen. Betriebs- und Innungskrankenkassen hatten die Möglichkeit, sich durch Satzungsbeschluss dem Markt zu öffnen. Um den Wettbewerb finanziell abzufedern, wurde ein Risikostrukturausgleich eingeführt, welcher einen Finanzausgleich zwischen Krankenkassen auf der Grundlage von Morbiditäts- und Einkommensstruktur der Versicherten schuf.³⁸ Dies führte zu Konzentrationsprozessen. Gab es vor Einführung des Krankenkassenwahlrechts 1995 noch 960 Krankenkassen, verringerte sich ihre Anzahl bis zum Jahr 2000 auf 420 Stück.³⁹

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 wurde die PKV verpflichtet, einen Basistarif für alle privat Versicherten ab 65 Jahre anzubieten. Die Leistungen sollten dabei denen der GKV entsprechen. Der Beitrag durfte das 1,5-fache des GKV-Höchstbeitrages nicht überschreiten.⁴⁰ Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 wurden unter anderem die Kosten für Brillen, Kontaktlinsen und Fahrten zu ambulanten Behandlungen nicht mehr übernommen. Zudem wurde die Zahlung von Entbindungs- und Sterbegeld vollständig eingestellt. Darüber hinaus wurde das Mutterschaftsgeld nicht mehr über den Beitrag, sondern über allgemeine Steuermittel finanziert.⁴¹

Am 1. April 2007 wurde das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführt. Dieses sah neben einer Krankenversicherungspflicht für alle Einwohner in Deutschland die Einführung eines Gesundheitsfonds vor. Dieser erhält alle Krankenkassenbeiträge sowie einen Bundeszuschuss. Für alle Versicherten erhält die Krankenkasse eine Grundpauschale. Diese Grundpauschale wird je nach Alter, Geschlecht und Morbidität mit einem Zu- oder Abschlag versehen.⁴² Mit Einführung des Gesundheitsfonds wurde ein einheitlicher allgemeiner Beitragsatz in der GKV eingeführt. Des Weiteren wurde in der PKV ein Basistarif auch für Personen unter 65 Jahren eingeführt. Alle privaten Krankenversicherungsun-

³⁷ Vgl. Simon (2016), S. 68 f.

³⁸ Vgl. Simon (2016), S. 68 f., S. 114.

³⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), o. S.

⁴⁰ Vgl. Simon (2016), S. 69 ff.

⁴¹ Vgl. Simon (2016), S. 73 f., Preusker (2015), S. 60.

⁴² Vgl. Simon (2016), S. 73 ff., S. 205 f.

ternehmen müssen diesen Tarif anbieten, der den Leistungen der GKV entspricht. Potenzielle Neukunden dieses Basistarifs sind ab dem 1. Januar 2009 ohne Gesundheitsprüfung aufzunehmen.⁴³

Trotz der „Kostendämpfungspolitik“ seit den 1970er Jahren ließ sich ein nominaler Ausgabenanstieg in der GKV nicht vermeiden. 2009 lagen die Ausgaben in der GKV noch bei 165,3 Milliarden Euro. Das Kalenderjahr 2019 wurde dagegen mit Ausgaben in Höhe von 239,49 Milliarden Euro abgeschlossen.⁴⁴ Diese Ausgabenentwicklung führte zur Steigerung des allgemeinen Beitragssatzes von 8,2 Prozent (1970) auf 14,6 Prozent (2020).⁴⁵ Dennoch wird in der Gesundheitspolitik nicht mehr die These vertreten, dass ein Ausgabenproblem vorherrscht. Stattdessen wird von einem Einnahmeproblem gesprochen.⁴⁶ Verdeutlicht wird diese Aussage bei Betrachtung der Gesamtausgaben der GKV im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP). Von 2000 bis 2017 schwankte der Anteil der GKV am BIP zwischen 6,1 und 7,1 Prozent. Dies belegt, dass die Ausgaben in der GKV nicht stärker gewachsen sind als die Gesamtproduktion in Deutschland.⁴⁷

2.2 Gesetzliche Krankenversicherung

2.2.1 Grundprinzipien

Die GKV als Zweig der Sozialversicherung fußt auf dem Sozialstaatsgebot der Bundesrepublik Deutschland, das sich aus dem Artikel 20 Abs. 1 Grundgesetz (GG) und Artikel 28 Abs. 1 GG begründen lässt. Aus dem Sozialstaatsgebot lassen sich einige Staatsaufgaben ableiten. Hierbei ist es die Aufgabe des Staates, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen und für alle Bewohnerinnen und Bewohner die Voraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein zu schaffen. Dies umfasst auch die Versorgung im Krankheitsfall. Die Leistungen müssen vom Staat jedoch nicht selber erbracht werden, sondern es genügt die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. Unter diesen Rahmenbedingungen handelt die GKV.⁴⁸

Neben dem Sozialstaatsgebot gilt das Solidaritätsprinzip. Dieses besagt, dass sich die Mitglieder einer Solidargemeinschaft gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren. Es erfolgt dabei keine direkte Hilfeleistung zwischen den einzelnen

⁴³ Vgl. Preusker (2015), S. 62.

⁴⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (2020), o. S.

⁴⁵ Vgl. Sozialpolitik-aktuell (2020), o. S.

⁴⁶ Vgl. Simon (2016), S. 215 f.

⁴⁷ Vgl. Hajen et. al. (2011), S. 91.

⁴⁸ Vgl. Simon (2016), S. 103.

Mitgliedern der Solidargemeinschaft, sondern es findet vielmehr ein gemeinsames Aufbringen der Finanzmittel durch alle Beitragszahlenden statt. Die Höhe der geleisteten Beiträge hat keinerlei Einflüsse auf den Umfang der Leistung. Zudem ist die Höhe der Beiträge nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip geregelt.⁴⁹ Die Morbidität der Versicherten hat keine Auswirkung auf die Beitragshöhe. Dem entsprechend gilt das Diskriminierungsverbot in der GKV. Das Solidar- und Leistungsfähigkeitsprinzip führt zu Umverteilungsmechanismen. So findet grundsätzlich eine finanzielle Umverteilung von Gesunden zu Kranken (Risikoausgleich), von jungen zu alten Versicherten (Altersausgleich) und von einkommensstarken zu einkommensschwachen Versicherten (Einkommensausgleich) statt. Durch die beitragsfreie Familienversicherung findet zudem ein Familienausgleich von Kinderlosen zu Eltern und von Alleinlebenden zu Eheleuten statt.⁵⁰

Neben dem Leistungsfähigkeitsprinzip gilt das Bedarfsdeckungsprinzip. Dieses besagt, dass nur Art und Schwere der Erkrankung über den Leistungsanspruch entscheiden dürfen.⁵¹ Begrenzt wird dieser Leistungsanspruch durch das Wirtschaftlichkeitsgebot und den Grundsatz der bedarfsgerechten Versorgung.⁵² Die Leistungserbringung in der GKV erfolgt grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip. Dieses besagt, dass die Versicherten einer Krankenkasse bei Leistungsbezug finanziell nicht in Vorleistung treten müssen. Die Versicherten erhalten von ihrer Krankenkasse eine Versichertenkarte, die den Leistungsanspruch bestätigt. Die freie Wahl der Krankenkasse darf den Versicherten nicht verwehrt werden.⁵³ Dies wird als Kontrahierungszwang bezeichnet.⁵⁴

2.2.2 Akteure

In der GKV gibt es drei Hauptakteure. Diese sind die Versicherten, die gesetzlichen Krankenkassen und die Leistungserbringer. Bei den Versicherten wird zwischen Mitgliedern und Versicherten unterschieden. Mitglieder sind alle Personen, die grundsätzlich Beiträge zur GKV leisten und entweder pflicht- oder freiwillig versichert sind. Versicherte dagegen sind alle in der GKV versicherten Personengruppen. Hierbei handelt es sich neben den Mitgliedern auch um die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.⁵⁵ Wer in der GKV pflichtversichert ist, wird

⁴⁹ Vgl. Simon (2016), S: 105 f.

⁵⁰ Vgl. Wernitz / Pelz (2011), S. 37 f.

⁵¹ Vgl. Wernitz / Pelz (2011), S. 38.

⁵² Vgl. § 12 SGB V und § 70 Absatz 1 SGB V.

⁵³ Vgl. § 175 Absatz 1 SGB V.

⁵⁴ Vgl. Hajen et. al. (2011), S. 114.

⁵⁵ Vgl. Simon (2016), S. 183.

in § 5 Absatz 1 SGB V geregelt. Dies umfasst vor allem Arbeitnehmer, Auszubildende, Arbeitslosengeld- und Arbeitslosengeld II-Empfänger, Rentner und Rentenantragssteller.⁵⁶

Neben der Pflichtversicherung gibt es noch die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV. Historisch entwachsen ist diese Aufteilung in Pflichtmitgliedschaft und freiwillige Mitgliedschaft aus der Annahme, dass bestimmte Personengruppen eigenständig für ihre soziale Sicherung sorgen können. So war es auch im Krankenversicherungsgesetz von 1883 vermerkt.⁵⁷ Die Möglichkeit einer freiwilligen Mitgliedschaft haben Arbeiterinnen und Arbeiter sowie Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. 2021 lag diese bei einem Bruttojahresarbeitsentgelt von 64.350 Euro.⁵⁸ Zudem sind hauptberuflich Selbständige nicht versicherungspflichtig in der GKV und haben die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern.⁵⁹ Auch Beamte, Richter, Soldaten und Geistliche haben die Möglichkeit, sich freiwillig in der GKV zu versichern.⁶⁰

Im Jahr 2020 sind in Deutschland ca. 73,4 Millionen Menschen gesetzlich krankenversichert. Von diesen sind 57,1 Millionen Mitglied in der GKV und 16,3 Millionen beitragsfrei familienversichert.⁶¹ Abbildung 1 zeigt die 57,1 Millionen GKV-Mitglieder aufgeteilt in freiwillige Mitglieder, Pflichtmitglieder (ohne Rentner) und pflichtversicherte Rentner. Von den 57,1 Millionen Mitgliedern sind 10,51 Prozent freiwillig versichert, 59,71 Prozent Pflichtmitglied und 29,78 Prozent über die Rente pflichtversichert.

⁵⁶ Vgl. § 5 Absatz 1 SGB V.

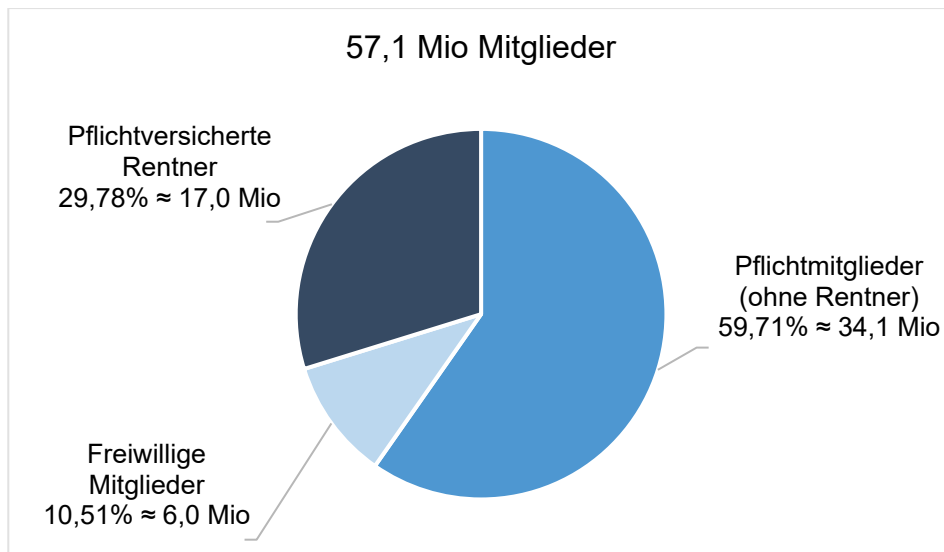
⁵⁷ Vgl. Preusker (2015), S. 32, S. 115.

⁵⁸ Vgl. § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V.

⁵⁹ Vgl. § 5 Absatz 5 SGB V.

⁶⁰ Vgl. § 6 Absatz 1 Nr. 2 und Nr. 4 SGB V.

⁶¹ Vgl. Verband der Ersatzkassen (2020), o. S

Abbildung 1: Mitglieder aufgeteilt nach Personenkreis

Quelle: In Anlehnung an Verband der Ersatzkassen, GKV, 2020, o. S.

Ein weiterer Akteur in der GKV sind die gesetzlichen Krankenkassen. Sie sind die Träger der GKV und übernehmen die Staatsaufgabe der Daseinsfürsorge. Dies umfasst auch die Versorgung im Krankheitsfall.⁶² Obwohl Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, gelten sie nicht als staatliche Behörden. Stattdessen unterliegen sie dem Prinzip der Selbstverwaltung. Eines der obersten Gebote ist, dass Krankenkassen nicht gewinnorientiert wirtschaften dürfen.⁶³ Die Aufgaben der Krankenkasse sind im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Demnach hat die Krankenversicherung die Aufgabe, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.“⁶⁴ Dies soll durch Aufklärung, Beratung und Leistungsgewährung durch die Krankenkasse realisiert werden.⁶⁵ Die Versicherten haben unter anderem Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zur Krankheitsverhütung, -früherkennung und -behandlung sowie auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.⁶⁶

⁶² Vgl. Simon (2016), S. 163 ff.

⁶³ Vgl. § 69 Absatz 1 SGB IV.

⁶⁴ § 1 Satz 1 SGB V

⁶⁵ Vgl. § 1 Satz 4 SGB V.

⁶⁶ Vgl. § 11 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V.

Leistungserbringer sind alle Gruppen, die mit den Krankenkassen zusammenarbeiten, um die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Hierzu gehören Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Hersteller von Arzneimitteln und Erbringer von Heil- und Hilfsmitteln.⁶⁷ Leistungserbringer und Krankenkassen schließen untereinander Verträge, die die vertragliche Vergütung und die Durchführung der medizinisch notwendigen Leistung regeln.⁶⁸

2.2.3 Finanzierung

Die Ausgaben in der GKV werden über das Umlageverfahren finanziert. Dieses besagt, dass erzielte Einnahmen direkt für die Finanzierung erbrachter Gesundheitsleistungen genutzt werden.⁶⁹ Die oben aufgeführten Ausgaben der GKV werden grundsätzlich über Beiträge finanziert.⁷⁰ Zudem beteiligt sich die Bundesrepublik Deutschland mit einem jährlichen Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro.⁷¹ Die Verwaltung der Beitragseinnahmen aller Krankenkassen sowie des Bundeszuschusses erfolgen seit dem 1. Januar 2009 über den Gesundheitsfonds.⁷² Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet die Einnahmen als Sondervermögen.⁷³ Um ihre Ausgaben zu decken, erhalten Krankenkassen eine Grundpauschale je Versicherten. Zudem erhalten die Krankenkassen risikoadjustierte Zu- und Abschläge.⁷⁴ Diese werden auf Grundlage folgender Merkmale ermittelt: Alter, Geschlecht, Morbidität, regionale Merkmale und Krankengeldanspruch.⁷⁵ Die Morbidität der Versicherten wird unter anderem auf Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen und Indikationen gebildet.⁷⁶ Zudem wird der Krankenkasse je Versicherten eine Pauschale für Verwaltungsausgaben zugewiesen.⁷⁷

Die Krankenkassen sind als Einzugsstelle verpflichtet, alle Beitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten.⁷⁸ Der allgemeine Beitragssatz zur

⁶⁷ Vgl. § 69 Absatz 1 SGB V.

⁶⁸ Vgl. Simon (2016), S.188 f.

⁶⁹ Vgl. Wernitz / Pelz (2011), S. 40.

⁷⁰ Vgl. § 220 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁷¹ Vgl. § 221 Absatz 1 SGB V.

⁷² Vgl. Porter (2012) S. 83.

⁷³ Vgl. § 271 Absatz 1 SGB V.

⁷⁴ Vgl. § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁷⁵ Vgl. § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

⁷⁶ Vgl. § 266 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

⁷⁷ Vgl. § 266 Absatz 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 270 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

⁷⁸ Vgl. § 252 Absatz 2 Satz 3 SGB V.

Krankenversicherung beträgt 14,6 Prozent und gilt für alle Mitglieder mit Krankengeldanspruch.⁷⁹ Für alle anderen Mitglieder gilt ein ermäßigter Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent.⁸⁰ Als beitragspflichtige Einnahmen für Pflichtversicherte gelten unter anderem das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge.⁸¹ Der Beitragssatz wird dabei paritätisch zwischen Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden bzw. dem Träger der Rente getragen.⁸² Im Gegensatz zu pflichtversicherten Mitgliedern ist bei freiwilligen Mitgliedern die „gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“⁸³ zu berücksichtigen. So sind alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt genutzt werden, zu berücksichtigen. Dies umfasst zum Beispiel Zinsen aus Kapitalvermögen sowie Mieteinnahmen.⁸⁴ Freiwillige Mitglieder in der GKV müssen grundsätzlich den gesamten Krankenversicherungsbeitrag selber tragen.⁸⁵ Ausgenommen von dieser Regelung sind Arbeitnehmende, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwillig versichert sind. Auch bei diesem Personenkreis findet eine paritätische Beitragstragung mit dem Arbeitgebenden statt.⁸⁶ Sowohl bei pflichtversicherten als auch bei freiwilligen Mitgliedern werden beitragspflichtige Einnahmen bis zur jährlichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Diese liegt 2021 bei 58.050 Euro.⁸⁷ Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, dürfen Krankenkassen von jedem Mitglied einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Es wird von einem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz gesprochen.⁸⁸ Seit Einführung des Krankenkassenwahlrechts konkurrieren die Krankenkassen weitestgehend über den Zusatzbeitrag um Versicherte.⁸⁹

⁷⁹ Vgl. § 241 SGB V.

⁸⁰ Vgl. § 243 SGB V.

⁸¹ Vgl. § 226, § 228 und § 229 SGB V.

⁸² Vgl. § 249a Absatz 1 und § 249 Satz 1 SGB V.

⁸³ § 240 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

⁸⁴ Vgl. § 3 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1b Satz 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler.

⁸⁵ Vgl. § 250 Absatz 2 SGB V.

⁸⁶ Vgl. § 257 Absatz 1 Satz 1 SGB V

⁸⁷ Vgl. § 223 SGB V.

⁸⁸ Vgl. § 242 Absatz 1 SGB V.

⁸⁹ Vgl. Porter (2012), S. 74.

2.3 Private Krankenversicherung

2.3.1 Grundprinzipien

Im Jahr 2020 waren rund 8,73 Millionen Menschen in Deutschland privat krankenversichert.⁹⁰ Diese Personen gehören damit zu den ca. 10,5 Prozent der Versicherten, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen und sich in der Regel für eine Krankheitskostenvollversicherung in der PKV entschieden haben. Neben der substitutiven Krankenversicherung bietet die PKV auch private Zusatzversicherungen an. 2018 lag die Anzahl der abgeschlossenen Zusatzversicherungen bei 26,01 Millionen Verträgen.⁹¹ Auch Versicherte der GKV können Zusatzversicherungen in der PKV abschließen.⁹²

Die Rechtsgrundlage der PKV findet sich im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) wieder. Die PKV wird nicht als Teil der staatlichen Daseinsfürsorge bezeichnet. Darüber hinaus unterliegt sie nicht dem Solidaritätsprinzip. Die finanziellen Lasten des Einzelnen werden nicht durch die Solidargemeinschaft getragen.⁹³ Stattdessen erfolgt die Prämienkalkulation nach dem Äquivalenzprinzip. Die Höhe der Prämie hängt auf der einen Seite von dem zu versichernden Risiko und auf der anderen Seite vom Leistungsumfang ab.⁹⁴ Somit findet das Diskriminierungsverbot in der PKV keine Anwendung. Die finanziellen Lasten werden vom jeweiligen Versicherungsnehmer getragen.⁹⁵ Zudem herrscht das Kostenerstattungsprinzip. Hierbei zahlt der Versicherungsnehmer direkt die Rechnung beim Leistungserbringer und reicht anschließend die Rechnung beim Versicherer ein. Je nach Tarif wird anschließend die Rechnung in voller Höhe oder nach Abzug eines Selbstbehaltes erstattet. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur GKV ist, dass grundsätzlich kein Kontrahierungszwang in der PKV herrscht. Das Versicherungsverhältnis beginnt durch Abschluss eines privaten Vertrages zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer. Bevor ein Abschluss zu Stande kommt, ist der Versicherer berechtigt, Auskünfte über den Gesundheitszustand und eventuelle Vorerkrankungen anzufordern. Kommt der potenzielle Versicherungsnehmer seiner Anzeigepflicht nicht nach, kann der Versicherer Leistungen verwehren oder den Versicherungsvertrag im Nachhinein kündigen. Der Versicherer darf einen potenziellen Versicherungsnehmer ablehnen oder in den Versicherungsvertrag die Kostenübernahme

⁹⁰ Vgl. Statista (2021), o. S.

⁹¹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (o. J.), o. S.

⁹² Vgl. Simon (2016), S. 264.

⁹³ Vgl. Simon (2016), S. 263f.

⁹⁴ Vgl. Wernitz / Pelz (2011), S. 48 f.

⁹⁵ Vgl. Simon (2016), S. 263.

von Behandlungen von bereits vorliegenden Erkrankungen ausschließen.⁹⁶ Im Gegensatz zur GKV besteht kein Anspruch auf eine kostenfreie Familienversicherung. Für jeden Familienangehörigen muss ein eigener Versicherungsvertrag abgeschlossen werden.⁹⁷

2.3.2 Akteure

In der PKV wird von Versicherungsnehmern, Versicherern und Leistungserbringern gesprochen. Bei Privatversicherten handelt es sich in der Regel um Beamte und Selbständige oder aber Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die durch Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze von der Versicherungspflicht befreit sind.⁹⁸ Die genannten Personengruppen unterscheiden sich in der Handhabung der Prämientragung. Beamte zum Beispiel bekommen vom Staat Beihilfe. Dies ist eine fünfzigprozentige Staatsbeteiligung an den Krankheitskosten. Auch Kinder und Ehegatten haben einen Beihilfeanspruch.⁹⁹ Der Teil der Krankheitskosten, der nicht durch Beihilfe gedeckt wird, ist über die PKV abgesichert.¹⁰⁰ Arbeitnehmende, die sich aufgrund des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze privat krankenversichern können, erhalten von ihrem Arbeitgebenden den Beitragszuschuss, den sie auch als Mitglied in der GKV bekommen hätten. Der Beitragszuschuss ist auf die Hälfte des tatsächlich zu entrichtenden Betrags in der PKV beschränkt.¹⁰¹ Dagegen haben privatversicherte Selbständige ihre Prämie zur PKV alleine zu tragen.

Die Versicherer sind der Rechtsform nach Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit oder Aktiengesellschaften.¹⁰² Aktuell existieren in Deutschland 41 private Krankenversicherungsunternehmen. Private Krankenversicherungen verfolgen erwerbswirtschaftliche Ziele und arbeiten gewinnorientiert.¹⁰³ Die Versicherer sind verpflichtet Aufwendungen zu übernehmen, die im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Heilbehandlungen infolge von Krankheiten und Unfällen entstanden sind sowie Leistungen, die im Rahmen von Schwangerschaft und

⁹⁶ Vgl. Simon (2016), S. 226 ff.

⁹⁷ Vgl. Porter (2012), S. 107.

⁹⁸ Vgl. § 5 Absatz 5, § 6 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 3 SGB V.

⁹⁹ Vgl. § 80 Absatz 4 BBG.

¹⁰⁰ Vgl. § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG.

¹⁰¹ Vgl. § 257 Absatz 2 Satz 1 – 3 SGB V.

¹⁰² Vgl. Simon (2016), S. 220.

¹⁰³ Vgl. Simon (2016), S. 265.

Entbindung anfallen. Ebenso werden ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten übernommen.¹⁰⁴

Im Gegensatz zur GKV findet das Vertragsverhältnis der Leistungserbringer nicht zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherung statt, sondern zwischen Versicherungsnehmer und Leistungserbringer. Der Leistungserbringer, zum Beispiel die Ärztin oder der Arzt, stellt hierbei direkt eine Rechnung an den Versicherungsnehmer. Die Leistungsausgaben der PKV beliefen sich 2017 im Sektor stationäre Behandlungen auf 7.716,9 Millionen Euro. Die ambulanten ärztlichen Behandlungen verursachten im selben Jahr Kosten in Höhe von 6.269,4 Millionen Euro und für Arznei- und Verbandmittel wurden 3.061,6 Millionen Euro aufgewendet.¹⁰⁵

2.3.3 Finanzierung

Die Prämienkalkulation in der PKV erfolgt risikoäquivalent. Dies besagt, dass die Summe der Prämien eines Versicherungsnehmers so zu kalkulieren ist, dass während der zu erwartenden Versicherungsdauer alle Kosten gedeckt sind. Die risikoäquivalente Berechnung erfolgt jedoch nicht für jeden einzelnen Versicherten. Stattdessen werden Gruppen mit ähnlichen Risiken gebildet. Jeder Risikogruppe wird derselbe Tarif angeboten. Auf das zu versichernde Risiko haben Faktoren wie Art und Umfang der zu versichernden Leistung, das Alter, Vorerkrankungen sowie gesundheitliche Einschränkungen Einfluss. Grundsätzlich führt ein umfangreicherer Versicherungsschutz auch zu höheren Prämien. Zudem ergibt ein höheres Lebensalter eine höhere Prämie. Dies liegt daran, dass in der Prämienkalkulation die These vertreten wird, dass mit steigendem Alter auch das Risiko zu erkranken steigt. Mit dem Alter einhergehend wird auch die Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Dies erfolgt anhand von Sterbetafeln, die jährlich aktualisiert werden. Eine steigende Lebenserwartung führt zu steigenden Prämien, da die Dauer der potenziellen Leistungsanspruchnahme im Durchschnitt steigt. Das Geschlecht darf seit 2013 keinen Einfluss mehr auf die Höhe der Prämie haben.¹⁰⁶

Um den Effekt der Prämiensteigerung im Alter abzufedern, sind alle Versicherungsnehmer, die zwischen 21 und 60 Jahre alt sind, verpflichtet, Altersrückstellungen zu bilden.¹⁰⁷ Die Altersrückstellungen führen dazu, dass die gezahlten

¹⁰⁴ Vgl. § 192 Absatz 1 VVG.

¹⁰⁵ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), S. 53.

¹⁰⁶ Vgl. Simon (2016), S. 241 ff.

¹⁰⁷ Vgl. § 149 VAG.

Prämien über den Kosten der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen liegen. Die Differenz wird dabei verzinslich am Kapitalmarkt angelegt.¹⁰⁸ Dieses Prinzip wird Kapitaldeckungsverfahren genannt.¹⁰⁹ Bis 2009 war es für Versicherte der PKV nicht möglich die Altersrückstellungen bei einem Krankenkassenwechsel zum neuen Versicherer mitzunehmen. Dies wurde durch das GKV-WSG zum 1. Januar 2009 geändert. Durch die Gesundheitsreform wurde die Portabilität der Altersrückstellungen eingeführt. So sind seitdem die Altersrückstellungen zum neuen Versicherer übertragbar, die dem Teil des Basistarifs entsprechen. Alle darüber hinausgehenden Altersrückstellungen verbleiben beim vorherigen Versicherer.¹¹⁰ Im Jahr 2017 betrug die Summe aller Altersrückstellungen zur Privaten Krankenversicherung 212,27 Millionen Euro.¹¹¹

Der vom Versicherungsunternehmen angepeilte Zinssatz wird Rechnungszins genannt und darf 3,5 Prozent nicht übersteigen.¹¹² Die Restriktion auf diesen Zinssatz wurde eingeführt, um zu vermeiden, dass die Versicherer einen zu hohen Rechnungszins ansetzen, der zu günstigen Versicherungsprämien in jungen Jahren führt, jedoch am Kapitalmarkt nicht realisiert werden kann.¹¹³ Sollten in einem Kalenderjahr höhere Zinserträge auf Altersrückstellungen erzielt worden sein, werden diese zugunsten der Versicherungsprämie den Versicherungsnehmern zugeführt.¹¹⁴ 2017 lag der durchschnittliche Rechnungszins aller privaten Krankenversicherer bei 3,46 Prozent.¹¹⁵

2.4 Herausforderungen des dualen Gesundheitssystems

2.4.1 Finanzielles Defizit

Auch wenn das deutsche Gesundheitssystem bezüglich der Patientenversorgung als eines der besten weltweit gesehen wird, bestehen einige systematische Defizite. Ein solches ergibt sich durch das Prinzip des Umlageverfahrens der GKV. Dies wird deutlich, wenn die Versicherten in drei Generationen (Kindes-, Erwerbstätigen- und Rentenalter) eingeteilt und nach ihrem Deckungsbeitrag betrachtet werden. Der Deckungsbeitrag gibt das Verhältnis zwischen Leistungsausgaben und Beitragszahlung an. Es wird von einem positiven Deckungsbeitrag

¹⁰⁸ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), S. 122.

¹⁰⁹ Vgl. Simon (2016), S. 242 ff.

¹¹⁰ Vgl. § 204 Absatz 1 Nummer 2 VVG

¹¹¹ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), S. 18.

¹¹² Vgl. § 150 VAG.

¹¹³ Vgl. Simon (2016), S. 250 f.

¹¹⁴ Vgl. § 150 Absatz 1 VAG.

¹¹⁵ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), S. 109.

gesprochen, wenn die Beitragszahlung die Gesundheitsausgaben übersteigt bzw. von einem negativen Deckungsbeitrag, wenn die Gesundheitsausgaben höher als die Beitragszahlung sind.¹¹⁶ Die in der GKV beitragsfrei versicherten Kinder zahlen keine Sozialversicherungsbeiträge. Da sie jedoch Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, ergibt sich für diese Generation grundsätzlich ein negativer Deckungsbeitrag. In der Gruppe der Erwerbstätigen steigt mit zunehmendem Lebensalter die Höhe der Gesundheitsausgaben. Da diese Generation jedoch proportional auf das Einkommen bemessene Beiträge zur Krankenversicherung zahlt und die beitragspflichtigen Einnahmen mit zunehmender Berufserfahrung steigen, ergibt sich ein positiver Deckungsbeitrag während der Erwerbstätigkeit. Durch den Eintritt in die Regelaltersrente sinkt das beitragspflichtige Einkommen. Die Gesundheitsausgaben steigen dagegen weiter an, sodass die Rentnergeneration einen negativen Deckungsbeitrag aufweist. Zusammengefasst kommen die Erwerbstätigen nicht nur für ihre eigenen Gesundheitsausgaben auf, sondern finanzieren auch die Jugend- und die Rentnergeneration.¹¹⁷ Diese Art des Umlageverfahrens funktioniert so lange, wie der Altersaufbau einer Bevölkerung pyramidenförmig ist.¹¹⁸ Dies ist in Deutschland nicht mehr der Fall. Stattdessen besteht die Tendenz, dass sowohl die Kohorte der Jugendgeneration als auch die Erwerbstätigengeneration sinkt und die Population der Personen über 65 Jahre steigt.¹¹⁹ Somit muss eine immer kleiner werdende Gruppe an Erwerbstätigen den negativen Deckungsbeitrag einer immer größer werdenden Gruppe auffangen. Es wird von einem demografisch induzierten Einnahmeeffekt gesprochen.¹²⁰

Eine weitere Problematik ergibt sich aus der Politik der „Verschiebebahnhöfe“. Hiermit ist eine Entlastung eines Versicherungszweiges zu Lasten eines anderen Sozialversicherungszweiges gemeint. In den 1970er Jahren wurde zum Beispiel zur Entlastung der Gesetzlichen Rentenversicherung der Beitrag zur Krankenversicherung von Rentnern um ein Drittel gekürzt.¹²¹ Ein aktuelleres Beispiel bildet die Beitragshöhe von Arbeitslosengeld II-Beziehenden. Für diese Personengruppe wird ein pauschaler Beitrag zur GKV gezahlt.¹²² Eine Studie aus dem Jahr 2017 hat gezeigt, dass die pauschalen Beiträge die laufenden Kosten aller Ar-

¹¹⁶ Vgl. Warns (2009), S. 185 f.

¹¹⁷ Vgl. Porter (2012), S. 96.

¹¹⁸ Vgl. Warns (2009), S. 185 f.

¹¹⁹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2015), o. S.

¹²⁰ Vgl. Warns (2009), S. 187.

¹²¹ Vgl. Simon (2016), S. 216.

¹²² Vgl. § 232a Absatz 1 Nr. 2 SGB V.

beitslosengeld II-Empfängerinnen und -Empfänger nicht decken. Die Arbeitslosenversicherung zahlt für einen Monat Mitgliedschaft in der GKV eine Pauschale von 96,81 Euro. In Summe ergibt dies für alle Arbeitslosengeld II-Bezieher im Jahr 2016 Beitragseinnahmen in Höhe von 5.896 Millionen Euro. Die Ausgaben dagegen beliefen sich auf 14.537 Millionen Euro, sodass sich ein negativer Saldo von 8.641 Millionen Euro ergibt. Der Studie nach müsste die Beitragspauschale für eine Kostendeckung bei 275,31 Euro monatlich liegen.¹²³

Dieser negative Saldo führt zu einer Verlagerung eines Teils des Risikos der Arbeitslosenversicherung auf die GKV. Je höher die Quote der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II ist, desto stärker ist auch die GKV durch fehlende Einnahmen belastet. Dieser Effekt wiegt doppelt, da durch eine höhere Arbeitslosenquote dem GKV-System Beitragseinnahmen aus sozialversicherungspflichtigem Arbeitsentgelt fehlen. Zusammengefasst bestimmen die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und deren Vergütungshöhe die Beitragseinnahmen der GKV. Diese Koppelung verstärkt auf besondere Weise die Konjunkturabhängigkeit des Systems.

Im Gegensatz zur GKV werden Leistungsausgaben in der PKV nicht über das Umlageverfahren, sondern über das Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Dieses Verfahren soll dazu dienen, den demografischen Effekt abzufedern und dem Versicherungsnehmer hohe Prämien bei steigendem Lebensalter zu ersparen. Bei der Berechnung wird jedoch auf Grundlage bestimmter Variablen eine Prämie berechnet, die davon ausgeht, dass die Rechnungsgrundlage nicht verändert wird. So ist ein entscheidender Faktor bei der Prämienkalkulation die Lebenserwartung.¹²⁴ Diese wird auf Grundlage der durchschnittlichen Lebenserwartung vergangener Generationen berechnet. Die tatsächliche Entwicklung der Lebenserwartung wird dabei nur unzureichend berücksichtigt.¹²⁵ Prämienanpassungen aufgrund von Unterkalkulation werden auch als Niveaueffekt bezeichnet und betreffen vor allem ältere Versicherungsnehmer.¹²⁶ Weil die Altersrückstellungen am Kapitalmarkt angelegt werden, sind deren Zinserträge auch von der allgemeinen Finanzentwicklung abhängig.¹²⁷ Ist das Versicherungsunternehmen nicht in der Lage, den angepeilten Rechnungszins zu realisieren, so muss die Prämie in der Ansparphase erhöht werden, um das Defizit auszugleichen.¹²⁸

¹²³ Vgl. IGES Institut (2017), S.39 f.

¹²⁴ Vgl. Albrecht et. al. (2010), S. 11 f.

¹²⁵ Vgl. Warns (2009), S. 200 f.

¹²⁶ Vgl. Albrecht et. al. (2010), S. 32 f.

¹²⁷ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), S. 123.

¹²⁸ Vgl. Simon (2016), S. 250.

2.4.2 Beitragsbemessungsdefizit

Auf Ausgabensteigerungen in der GKV hat die Politik neben Leistungsrestriktionen und Budgetierungen vor allem mit dem gesundheitspolitischen Instrument der Beitragssatzgestaltung reagiert. Ein Kernproblem wurde jedoch nicht angegangen.¹²⁹ Dies wird bei der Betrachtung der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich. So war Ende des 19. Jahrhunderts versicherungspflichtig, wer lohnabhängig beschäftigt war.¹³⁰ Dieser Grundsatz der Versicherungspflicht findet sich heute im fünften Sozialgesetzbuch wieder.¹³¹ Der Unterschied besteht neben dem erweiterten Personenkreis darin, dass durchschnittliche Arbeitnehmende nicht mehr nur Lohn oder Gehalt als Einkommensquelle besitzen.

Diese Erkenntnis lässt sich aus der Entwicklung der Lohnquote in Deutschland ziehen. Diese gibt das Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit im Verhältnis zum Volkseinkommen an. Das Volkseinkommen umfasst neben Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit auch Vermögen aus Unternehmertätigkeiten. Ferner werden unter anderem Gewinne aus Miet-, Zins-, und Pachteinahmen berücksichtigt. So verringerte sich die Lohnquote von 73,5 Prozent (1995) auf 69,2 Prozent (2018).¹³² Auch wenn die Lohnquote nur minimal gesunken ist, kann dennoch mit Sicherheit gesagt werden, dass ein unbestimmter Teil des Volkseinkommens nicht als beitragspflichtige Einnahme hinzugezogen wird. Somit entgehen der GKV potenzielle Einnahmequellen. Überdies werden beitragspflichtige Einnahmen lediglich bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Alle darüberhinausgehenden Arbeitsentgelte sind nicht beitragspflichtig. Je mehr diese Grenze überschritten wird, desto mehr nimmt die Beitragsbelastung relativ zum Einkommen gesehen ab.

2.4.3 Solidaritätsdefizite

Das Solidaritätsprinzip weist mehrfach Defizite auf und benachteiligt bestimmte Personenkreise. Dies wird deutlich, wenn die horizontale und vertikale Gerechtigkeit betrachtet wird. Vertikale Gerechtigkeit im Sinne der Sozialversicherung bedeutet, dass Personen und Haushalte mit grundsätzlich gleichem Einkommen auch die gleiche Beitragslast zu tragen haben. Die vertikale Gerechtigkeit dagegen besagt, dass Personen und Haushalte, die ungleiches Einkommen haben,

¹²⁹ Vgl. Porter (2009), S. 75.

¹³⁰ Vgl. Hajen et. al. (2011), S. 26 f.

¹³¹ Vgl. § 5 Absatz 1 SGB V.

¹³² Vgl. Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (o. J.), o. S.

auch unterschiedliche Beitragslasten tragen. In Kombination mit dem Leistungsfähigkeitsprinzip soll sich die Beitragsbemessung proportional am Einkommen orientieren.¹³³ An zwei Beispielen wird das Verletzen der horizontalen Gerechtigkeit deutlich. Bei einem Arbeitnehmer, der sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt erzielt und zudem Mieteinnahmen hat, wird lediglich das Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahme angesehen. Bei einem hauptberuflichen Selbständigen, der in der GKV versichert ist, wird dagegen die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit herangezogen.¹³⁴ Angenommen, der Gewinn aus der Selbständigkeit entspricht dem Arbeitsentgelt des Arbeitnehmenden und beide Personen haben zusätzlich Mieteinnahmen, so wird trotz des grundsätzlich gleichen Einkommens beim Selbständigen eine höhere Beitragsbemessungsgrundlage berücksichtigt.

Eine ungleiche Beitragslast bei gleichen Einkommensverhältnissen wird auch deutlich, wenn zwei verschiedene Haushaltstypen betrachtet werden. Der erste Haushalt besteht aus einem Ehepaar, bei dem einer der Ehegatten als Arbeitnehmer Arbeitsentgelt bezieht, das die Beitragsbemessungsgrenze deutlich überschreitet. Der zweite Haushalt, bei dem beide Ehegatten arbeiten, verdient genau so viel Arbeitsentgelt wie der alleinverdienende Ehegatte aus dem ersten Haushalt. Das Arbeitsentgelt ist jedoch auf beide Ehegatten gleichmäßig aufgeteilt. Durch die Beitragsbemessungsgrenze muss der erste Haushalt jährlich Beiträge auf maximal 58.050 Euro zahlen. Da die Bemessungsgrenze pro Person gilt, muss Haushalt zwei sein Einkommen grundsätzlich komplett verbeitragen. Seine Höchstgrenze bei gleichverteiltem Arbeitsentgelt liegt bei 116.100 Euro. Zudem verletzt die Beitragsbemessungsgrenze die vertikale Gerechtigkeit. So nimmt ab Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze die relative Beitragsbelastung ab. Personen mit ungleichem Einkommen über dieser Grenze werden gleich belastet.¹³⁵

Wird das duale Krankenversicherungssystem gesamtheitlich betrachtet, lässt sich ein weiteres Solidaritätsdefizit erkennen. Dieses resultiert aus der Vertragsfreiheit in der PKV. Da in diesem System kein Kontrahierungszwang herrscht, können PKV-Unternehmen Versicherte ablehnen oder Leistungsausschlüsse im Versicherungsvertrag verankern. Zudem machen risikoäquivalente Prämien die Versicherung in der PKV überwiegend für gesunde Versicherte attraktiv. Familien

¹³³ Vgl. Greß / Rothgang (2010), S. 8 f.

¹³⁴ Vgl. § 240 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

¹³⁵ Vgl. Warns (2009), S. 179 ff.

mit Kindern, ältere oder multimorbide Versicherte verbleiben aufgrund der einkommensabhängigen Beiträge in der GKV bzw. entscheiden sich für diese.¹³⁶ Dadurch, dass die PKV nicht am Risikostrukturausgleich teilnimmt, wird das Morbiditätsrisiko der Gesellschaft auf die GKV verlagert. Zudem wird durch die Versicherungspflichtgrenze nur dem Teil der Gesellschaft ein Wahlrecht zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen zugesprochen, der nicht versicherungspflichtig ist. Neben den Beamten und Selbständigen sind dies vor allem Personen, dessen Arbeitsentgelt regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten. Ein höheres Einkommen resultiert in der Regel aus einer höheren Bildung. Es ist wissenschaftlich belegt, dass Personen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen.¹³⁷ Somit wird das Solidaritätsprinzip tendenziell auf Personen beschränkt, die im Durchschnitt weniger Einkommen zur Verfügung haben und zudem erhöhte gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen.¹³⁸

Als zukünftige Herausforderung kann die Einhaltung der Generationengerechtigkeit betrachtet werden. Ein Sozialversicherungssystem kann als generationengerecht angesehen werden, wenn die Bedürfnisse der aktuellen Generation befriedigt werden, ohne dass zukünftige Generationen in ihrer Bedürfnisbefriedigung beschnitten werden. Mit Bedürfnis ist in diesem Kontext die Absicherung im Krankheitsfall gemeint. Die Generationengerechtigkeit in der GKV soll durch das Umlageverfahren gewährleistet werden. Zusammengefasst kommt die Erwerbstätigengeneration für die Kosten der Kinder- und Rentnergeneration auf. Die Erwerbstätigengeneration erwartet, dass sie eine adäquate Versorgung erhält, wenn sie zur Rentnergeneration wird. Sobald für eine Generation die zukünftige zu erwartende Leistung geringer als die gegenwärtige Zahlung in Form von Sozialversicherungsbeiträgen ist, wird die Gewährleistung des Generationenvertrages gefährdet.¹³⁹ Eben dieses Missverhältnis tritt ein, wenn das Ausmaß der Umverteilung zwischen Erwerbstätigen- und Rentnergeneration steigt.¹⁴⁰ Ausgelöst wird das steigende Ausmaß der Umverteilung durch den demografischen Wandel.¹⁴¹ Es wird, wie im Kapitel 2.4.1 beschrieben, von einem demografisch induzierten Einnahmeeffekt gesprochen, welcher zu einer Dysbalance in der Umverteilung führt und so die Generationengerechtigkeit gefährdet.

¹³⁶ Vgl. Warns (2009), S. 208 f.

¹³⁷ Vgl. Mielck et. al. (2012), S. 31.

¹³⁸ Vgl. ebd., S. 209.

¹³⁹ Vgl. Warns (2009), S. 73 ff.

¹⁴⁰ Vgl. Fenge (2003), S. 5.

¹⁴¹ Vgl. Warns (2009), S. 76.

2.4.4 Versorgungsdefizit

Die ambulante ärztliche Vergütung von Privatpatienten und gesetzlich Versicherten unterscheidet sich elementar und führt zu einer Ungleichbehandlung in der Versorgung. Der Ursprung liegt in den unterschiedlichen Vergütungssystemen.¹⁴² Durch das Kostenerstattungsprinzip hat sich in der PKV eine andere Art der ambulanten ärztlichen Vergütung implementiert. In der PKV erfolgt die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wohingegen in der GKV die Abrechnung über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) herangezogen wird. Diese beiden Abrechnungssysteme führen zu drei grundsätzlichen Unterschieden. Einer davon ist die Abrechenbarkeit von ärztlichen Leistungen. Während beim EBM die Leistung pauschal und zum einfachen Satz über die Versichertenkarte abgerechnet wird, handelt es sich bei der GOÄ um eine Einzelleistungsvergütung. Dies führt dazu, dass Ärztinnen und Ärzte in der Lage sind, bei Privatpatienten ärztliche Leistungen bis zum 2,3-fachen des einfachen Satzes der EBM abzurechnen.¹⁴³ Zudem besitzt die GOÄ im Gegensatz zum EBM der GKV keine Mengenbegrenzung in der Abrechnung, sodass ein Leistungserbringer, sollte dieser es als medizinisch notwendig erachten, auch mehrfach medizinische Leistungen erbringen und abrechnen kann. Einen weiteren Unterschied gibt es in der Abrechenbarkeit von neuen Behandlungs- und Diagnosemethoden. In der GKV dürfen diese Leistungen erst dann über die Versichertenkarte abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss der GKV diese Leistung als medizinisch notwendig sowie wirtschaftlich eingestuft hat und eine EBM-Ziffer vergeben hat. In der PKV dagegen kann eine Abrechnung auch vorher schon erfolgen, da die GOÄ nicht der Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses unterliegt. Sollten Ärztinnen und Ärzte die neue Behandlungs- oder Diagnosemethode als medizinisch notwendig erachten, können sie diese analog einer gleichwertigen ärztlichen Leistung der GOÄ berechnen.¹⁴⁴

In der PKV ergaben sich im Jahr 2017 Gesamtausgaben für ärztliche Behandlungen in Höhe von 11,53 Milliarden Euro, wohingegen die GKV Vergütungen in einer Gesamthöhe von 38,09 Milliarden Euro vornahm. Damit werden 23,2 Prozent der ärztlichen Honorare von der PKV getragen, obwohl diese 2017 lediglich 10,6 Prozent der Versichertengemeinschaft ausmachen. Die Kosten bei ärztlichen Behandlungen, die von privaten Zusatzversicherungen getragen werden,

¹⁴² Vgl. Hagemeister / Wild (2018), S. 2.

¹⁴³ Vgl. Simon (2016), S. 327 f.

¹⁴⁴ Vgl. Hagemeister / Wild (2019), S. 9.

wurden hierbei nicht berücksichtigt.¹⁴⁵ Durch die genannten Unterschiede in der Vergütung ergeben sich Anreize für Ärztinnen und Ärzte, privat Versicherte bei der Behandlung zu bevorzugen. Repräsentative Studien belegen, dass gesetzlich Versicherte im Schnitt länger auf einen Hausarzt- und vor allem auf einen Facharzttermin warten müssen. So warteten 34 Prozent der gesetzlich Versicherten 2018 auf einen Facharzttermin. Bei den privaten Versicherten waren es nur 18 Prozent. Zudem kamen 25 Prozent der privat Versicherten ohne Termin in fachärztliche Behandlung, während diese Zahl bei den gesetzlichen Versicherten bei 18 Prozent lag.¹⁴⁶

2.4.5 Wettbewerbsdefizit

Die PKV wirbt mit Vertrags- und Wahlfreiheit. Sie sei ein Garant für Selbstbestimmung im Gesundheitswesen und zudem gäbe es einen starken Wettbewerb.¹⁴⁷ Dennoch findet durch die Mechanismen in der PKV faktisch nur ein Wettbewerb um Neukunden statt. Der Versicherungsnehmer besitzt bei Prämien erhöhungen ein Kündigungsrecht.¹⁴⁸ Wechselt der Versicherungsnehmer jedoch den Versicherer, so wird auch ein neuer Vertrag geschlossen. Dies hat zur Folge, dass auch eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt wird. Zudem kann es aufgrund von in der Vergangenheit entstandenen Erkrankungen zu Leistungsausschlüssen oder zu Risikozuschlägen kommen, die der Versicherungsnehmer bei seinem alten Versicherer nicht hatte.¹⁴⁹ Darüber hinaus ist nur eine teilweise Mitnahme der bereits gebildeten Altersrückstellungen gestattet. Seit dem 1. Januar 2009 ist es möglich, diese bis zur Höhe des Basistarifs mitzunehmen. Alle darüberhinausgehenden Rückstellungen verbleiben beim alten Versicherer. Des Weiteren gilt die Mitnahme von Altersrückstellungen nur für Verträge, die ab dem 01. Januar 2009 geschlossen wurden.¹⁵⁰ Entscheidet sich der Versicherte dennoch zu einem Wechsel, wird die neue Versicherungsprämie vermutlich höher sein, da er nun eine geringere Zeitspanne hat, um in diesem PKV-Unternehmen Altersrückstellungen zu bilden.¹⁵¹ Bei einem Wechsel von der PKV in die GKV verbleiben sämtliche Altersrückstellungen bei dem Versicherer, unabhängig davon, wann diese Rückstellungen gebildet wurden.

¹⁴⁵ Vgl. Hagemeister / Wild (2019), S. 9.

¹⁴⁶ Vgl. Kornelius (2018), S. 8 f.

¹⁴⁷ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (o. J.), o. S.

¹⁴⁸ Vgl. § 205 Absatz 4 VVG.

¹⁴⁹ Vgl. Simon (2016), S. 253.

¹⁵⁰ Vgl. Artikel 43 Absatz 9 Nummer 4. Absatz a) Nummer 2 GKV-WSG.

¹⁵¹ Vgl. Simon (2016), S. 251.

Zudem ist der Wettbewerb zwischen PKV und GKV um Versicherte mehrfach eingeschränkt. Ein Spezialfall bildet der Personenkreis der Beamten. Rund 85 Prozent der beihilfeberechtigten Beamten und Pensionäre sind privat krankenversichert.¹⁵² Dies macht ca. 50 Prozent der Krankheitskostenvollversicherungen in der PKV aus.¹⁵³ Zwar haben die Beamten auch die Möglichkeit, sich freiwillig gesetzlich zu versichern. Dadurch, dass der Beihilfeanspruch aber nur in der PKV realisiert werden kann, ist dies eher die Ausnahme. Die paritätische Beitragstragung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber respektive Dienstherr findet bei Beamten keine Anwendung.¹⁵⁴ Somit müssen freiwillig versicherte Beamte den vollen Beitragssatz zur GKV allein zahlen und würden sich tendenziell nur gesetzlich krankenversichern, wenn eine private Krankenversicherung Nachteile mit sich bringen würde, die die alleinige Beitragstragung in der GKV übersteigen. So könnten Beamte beispielsweise Vorerkrankungen aufweisen oder eine kostenlose Familienversicherung bevorzugen.¹⁵⁵ Darüber hinaus wird dem Großteil der Bevölkerung ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV, nämlich allen Versicherungspflichtigen und deren Familienangehörigen, verwehrt. Ein Wechsel von der PKV zur GKV ist nur unter bestimmten Bedingungen möglich.¹⁵⁶

2.5 Konzept der Bürgerversicherung

Ein Ansatzpunkt, um die Defizite und Herausforderungen im dualen Krankenversicherungssystem zu beheben, sehen Befürworter eines ganzheitlichen Krankenversicherungssystems im Reformkonzept der Bürgerversicherung.¹⁵⁷ Ein solches Modell der Bürgerversicherung wurde von einer Kommission ausgearbeitet, die von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung 2002 beauftragt wurde, einen umsetzbaren und langfristig tragfähigen Vorschlag zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der GKV zu erstellen. Die „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ agierte unter der Leitung von Bert Rürup. Das Konzept wurde 2003 vorgeschlagen.¹⁵⁸ Weitere Bürgerversicherungskonzepte fußen auf dem von der Kommission verfassten Reformvorschlag.

¹⁵² Vgl. Ochmann et. al. (2017), S. 43 ff.

¹⁵³ Vgl. Hagemeister / Wild (2018), S. 29.

¹⁵⁴ Vgl. Warns (2009), S. 201 und abgeleitet aus § 250 Absatz 2 SGB V.

¹⁵⁵ Vgl. Warns (2009), S. 201, 207.

¹⁵⁶ Vgl. § 6 Absatz 3a SGB V.

¹⁵⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 152.

¹⁵⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 3.

Ziel des ursprünglichen Vorschlags der sog. Rürup-Kommission ist es, die Versorgung mit den medizinisch notwendigen Leistungen sicherzustellen und zudem eine hohe Qualität sowie den Zugang aller Bevölkerungsschichten zu diesen Leistungen zu gewährleisten. Es ist unerlässlich, ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungssystem zu schaffen, welches wachstumsfreundlich und zudem möglichst konjunkturunabhängig ist. Des Weiteren sollen die Effizienz der Leistungserbringer gestärkt und interpersonelle sowie intergenerative Umverteilungswirkungen berücksichtigt werden.¹⁵⁹

Zur Umsetzung der Ziele wird die Erweiterung der Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung vorgenommen. Personenkreise, die von der Versicherungspflicht befreit sind, so zum Beispiel Beamte und Selbständige, werden in die GKV integriert. Für Versicherte in der PKV soll eine Art Vertrauensschutz eingeführt werden, welcher bestehende Verträge in der PKV schützt. Aufgrund des Kapitaldeckungsverfahrens sind die Verträge durch die Umstrukturierung finanziell nicht gefährdet. Dennoch soll auch die Möglichkeit einer Rückkehr aus der PKV in die GKV angeboten werden. So soll in den letzten fünf Jahren vor Einführung der Bürgerversicherung ein Rückkehrrecht eingeführt werden. Ein generelles Rückkehrrecht wird vorläufig nicht in Erwägung gezogen, da dann auch ältere Versicherte der PKV, die in jungen Jahren Nutznießer der PKV waren, eine Möglichkeit hätten, in die GKV zurückzukehren. Dies würde zulasten der Solidargemeinschaft gehen. Ein generelles Rückkehrrecht soll nur eingeführt werden, wenn die Möglichkeit besteht, Altersrückstellungen aus der PKV dem GKV-System zuzuweisen. Für Beamte wird ein Arbeitgeberzuschuss über den Dienstherren eingeführt, der dem eines abhängig Beschäftigten entspricht. Die Versicherungspflichtgrenze wird schrittweise aufgehoben, sodass die PKV als Anbieter von Zusatzversicherungen agieren kann. Eine Krankheitskostenvollversicherung soll nicht mehr durch die PKV angeboten werden. Stattdessen werden alle medizinisch notwendigen Leistungen über die Bürgerversicherung abgedeckt. Alle weiteren Leistungen können von privaten Zusatzversicherungen angeboten werden.¹⁶⁰

Als weitere Maßnahmen der Bürgerversicherung erfolgen eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Anpassung der Beitragserhebung. Die Beitragspflicht wird auf alle Einkommensarten nach § 15 SGB IV ausgeweitet. Dies beinhaltet Einkommen aus Kapitalvermögen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie weitere Einnahmearten. Somit wird sämtliches Arbeitseinkommen der Beitragspflicht unterworfen. Das Arbeitseinkommen wird

¹⁵⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 3, S. 146 f.

¹⁶⁰ Vgl. ebd. S. 149 ff.

dem Einkommen aus Arbeitsentgelt nach § 14 SGB IV in der Verbeitragung gleichgestellt. Da Arbeitseinkommen aus § 15 SGB IV vom Versicherten allein zu tragen ist, muss dieser den gesamten Beitragssatz zur GKV tragen. Durch die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen soll eine Gleichbehandlung zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten erzielt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben. Ehegatten ohne Einkommen können entsprechend weiterhin familienversichert werden.¹⁶¹

Für die Beitragserhebung auf sonstige Einnahmen sind zwei Varianten denkbar. Die erste Variante orientiert sich am aktuellen Vorgehen bei freiwilligen Mitgliedern der GKV. Für die Beitragsberechnung aus Einkünften aus Vermögen und Kapital reichen die Versicherten ihren Einkommenssteuerbescheid ein. Zudem melden der Rentenversicherungsträger bzw. der Träger des Versorgungsbezuges die weiteren beitragspflichtigen Einnahmen. Als zweite Variante wird eine Poollösung in Erwägung gezogen. Hierbei orientiert sich das Sozialrecht an dem Steuerrecht. Die Finanzämter werden befugt, aus den zu versteuernden Summen die Beitragshöhe zur GKV zu ermitteln. Darüber hinaus wird das Finanzamt dazu berechtigt, diese Summe von den Mitgliedern einzuziehen. Die eingezogenen Beiträge werden an den Risikostrukturausgleich weitergeleitet. Personen, die die Beitragsbemessungsgrenze bereits durch andere Einnahmearten erreicht haben, können sich von einer weiteren Verbeitragung durch das Finanzamt befreien lassen. Hierfür genügt ein Nachweis der Krankenkasse. Zudem soll ein Freibetrag auf Kapitaleinkünfte eingeführt werden. Dieser entspricht der Höhe des Freibetrages aus dem Steuerrecht. Eine eigene Beitragsbemessungsgrenze für verschiedene Einkommensarten soll nicht eingeführt werden. Bei Einnahmen aus abhängiger Beschäftigung soll weiterhin der Bruttobetrag als beitragspflichtige Grundlage dienen. Bei anderen Einkommensarten wie Mieteinnahmen wird der Gewinn, also der Nettobetrag, betrachtet. Eine Verrechnung von positiven und negativen Einkommen aus verschiedenen Einkommensarten sieht dieses Konzept der Bürgerversicherung nicht vor.¹⁶²

¹⁶¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 154 ff.

¹⁶² Vgl. ebd. S. 156 f.

3 Nutzwertanalyse

3.1 Vorgehensweise

Die Herausarbeitung der Defizite des dualen Krankenversicherungssystems zeigt, dass es einer Systemreform bedarf. Ob diese zu Gunsten einer Bürgerversicherung ausfallen sollte, ist davon abhängig, ob eine Bürgerversicherung die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der deutschen Krankenversicherung besser zu lösen vermag als das duale Krankenversicherungssystem. Dies wird im Folgenden mit Hilfe einer Nutzwertanalyse systematisch untersucht.

Die Nutzwertanalyse ist eine Weiterentwicklung der Kosten-Wirksamkeits-Analyse und konzentriert sich auf den Output alternativer Projekte. Ziel ist es, nicht nur die Kostenseite zu betrachten, sondern auch qualitative Faktoren zu berücksichtigen.¹⁶³ Mit der Nutzwertanalyse können komplexe Handlungsalternativen entsprechend eines Nutzwertes priorisiert werden. Der Nutzwert wird gebildet, indem verschiedene Präferenzen in einem multidimensionalen Zielsystem geordnet werden. Das Zielsystem wird aus Zielgrößen gebildet, welche gewichtet werden. Je nachdem, wie stark eine Alternative eine Zielgröße erfüllt, erhält sie einen Teilnutzwert. Unter der Berücksichtigung der Gewichtung der einzelnen Zielgrößen werden die Teilnutzwerte addiert. Die Summe der Teilnutzwerte bildet den Nutzwert einer Alternative.¹⁶⁴

Eine Nutzwertanalyse besteht aus fünf Verfahrensschritten:¹⁶⁵

- 1) Zielkriterienbestimmung
- 2) Zielkriteriengewichtung
- 3) Teilnutzenbestimmung
- 4) Nutzwernermittlung
- 5) Beurteilung der Vorteilhaftigkeit

Die fünf Schritte werden im Folgenden erläutert. Neben der Erläuterung eines Teilschrittes erfolgt die direkte Anwendung der Nutzwertanalyse. Um die Robustheit der Ergebnisse zu überprüfen bzw. um festzustellen, wie stark das Ergebnis von den Einflussgrößen abhängt, wird abschließend eine Sensitivitätsanalyse vorgenommen.

¹⁶³ Vgl. Hanusch (2010), S. 175.

¹⁶⁴ Vgl. Götze (2005), S. 180 f.

¹⁶⁵ Vgl. ebd. S. 181.

3.2 Evaluation ausgewählter Kriterien

Im ersten Schritt, der Zielkriterienbestimmung, ist es von Bedeutung, dass die Zielkriterien so definiert werden, dass die Zielerreichung auf einem Skalenniveau gemessen werden kann. Zudem ist es unerlässlich, dass die einzelnen Zielkriterien unabhängig voneinander sind. Die Erreichung eines Kriteriums muss möglich sein, ohne dass die Erfüllung eines anderen Kriteriums notwendig ist. Bei Bedarf kann eine Zielgröße auf weitere Zielkriterien aufgeteilt werden. Durch die Aufteilung kann eine differenziertere Betrachtung einer Zielgröße vorgenommen werden.¹⁶⁶ Die Zielkriterien wurden aus den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen des deutschen Krankenversicherungssystems abgeleitet und werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Zielkriterien¹⁶⁷

	Defizit	Kriterium Hierarchieebene 1	Kriterium Hierarchieebene 2
1.	Finanzielles Defizit	Nachhaltigkeit	Demografiefestigkeit
2.	Beitragsbemessungsdefizit		Konjunkturunabhängigkeit
3.	Solidaritätsdefizit	Gerechtigkeit	Horizontale Gerechtigkeit
			Vertikale Gerechtigkeit
			Generationengerechtigkeit
4.	Versorgungsdefizit	Versorgungszugang	
5.	Wettbewerbsdefizit	Wettbewerb	

Zusammengefasst lassen sich Defizite im finanziellen Bereich, in der Beitragsbemessung, in der Solidarität, in der Versorgung und im Wettbewerb erkennen. Das

¹⁶⁶ Vgl. Götze (2005), S. 180 f.

¹⁶⁷ In der linken Spalte werden die Defizite, die in Kapitel 2.4 analysiert wurden, dargestellt. In der mittleren Spalte werden die aus den Defiziten abgeleiteten Kriterien festgehalten und bilden die erste Hierarchieebene. Sollte die Festlegung eines Kriteriums auf der ersten Hierarchieebene nicht ausreichen, erfolgt eine Differenzierung des Kriteriums auf der zweiten Hierarchieebene. Ist keine Differenzierung notwendig, wird die zweite Hierarchieebene in der Tabelle nicht befüllt.

Kriterium der Nachhaltigkeit lässt sich aus dem finanziellen Defizit und dem Beitragsbemessungsdefizit ableiten und bildet die erste Hierarchieebene. In der defizitären Betrachtung des dualen Gesundheitssystems wurde deutlich, dass das Gesundheitssystem durch das Umlageverfahren demografieabhängig ist. Zudem ist die Finanzierungsbasis der GKV von der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und Beschäftigten und deren beitragspflichtigem Einkommen abhängig. Darüber hinaus entgehen der GKV Beitragseinnahmen auf Einnahmen wie Miet- und Zinserträge. Diese Konstellation führt dazu, dass die Einnahmeseite der GKV konjunkturabhängig ist. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein alternatives Krankenversicherungssystem sowohl demografieunabhängig als auch möglichst konjunkturunabhängig sein sollte. Diese beiden Zielkriterien bilden die zweite Hierarchieebene unter dem Kriterium der Nachhaltigkeit.

Bezüglich der Solidarität im dualen Krankenversicherungssystem wurden mehrere Defizite herausgearbeitet. Im Kern wurde eine Verletzung der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit sowie der Generationengerechtigkeit erkannt. Somit wird aus dem Solidaritätsdefizit das Kriterium der Gerechtigkeit abgeleitet. Auf der zweiten Hierarchieebene der Nutzwertanalyse wird dieses Kriterium in horizontale, vertikale und Generationengerechtigkeit aufgeteilt. Der nächste Aspekt wird aus dem Versorgungsdefizit abgeleitet. Die ambulante ärztliche Vergütung unterscheidet sich elementar zwischen GKV und PKV. Daraus resultiert ein Defizit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, welches sich in unterschiedlichen Wartezeiten auf Haus- und Facharztterminen widerspiegelt. Ziel eines Krankenversicherungssystems sollte ein einheitlicher und gleichberechtigter Zugang der gesamten Bevölkerung zum medizinischen System sein. Dieser Aspekt wird unter dem Kriterium Versorgungszugang berücksichtigt. Im Wettbewerb des dualen Krankenversicherungssystems wurden Defizite identifiziert, die sich vor allem auf dem Versicherungsmarkt widerspiegeln. Beamte haben faktisch kein Wahlrecht. In der PKV beschränkt sich der Wettbewerb auf Neukundinnen und Neukunden.¹⁶⁸ Darüber hinaus hat ein Großteil der Bevölkerung kein Wahlrecht zwischen PKV und GKV.¹⁶⁹ Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein maximaler Wettbewerb zwischen Krankenkassen herrschen sollte, welcher durch ein uneingeschränktes Wahlrecht aller Mitglieder begünstigt wird. Dieser Anspruch wird unter dem Kriterium Wettbewerb zusammengefasst.

¹⁶⁸ Vgl. Warns (2009), S. 201 und Simon (2016), S. 201.

¹⁶⁹ Vgl. § 5 Absatz 1 SGB V.

3.3 Zielkriteriengewichtung

Im nächsten Schritt der Nutzwertanalyse erfolgt die Gewichtung der einzelnen Zielkriterien. Zielkriterien können unterschiedlich gewichtet werden, um deren unterschiedliche Bedeutung darzustellen. Je stärker ein Kriterium gewichtet wird, desto größer ist der spätere Einfluss auf den Nutzwert einer Alternative. Dadurch, dass mehrere Hierarchieebenen gebildet wurden, muss eine Gewichtung auf jeder Ebene erfolgen. Die Summe der Gewichtungen aus der ersten Hierarchieebene muss 100 Prozent ergeben. Wird bei einem Kriterium eine zweite Ebene gebildet, so muss die Summe der Unterkriterien in diesem Kriterium ebenfalls 100 Prozent ergeben.¹⁷⁰ Die Gewichtung der einzelnen Kriterien wird in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Zielkriteriengewichtung

	Kriterium Hierarchieebene 1 (K1)	Gewichtung (G1)	Kriterium Hierarchieebene 2 (K2)	Gewichtung Ebene 2 (G2)	
1.	Nachhaltigkeit	25%	Demografiefestigkeit	50%	∑ 100%
			Konjunkturunabhängigkeit	50%	
1.	Gerechtigkeit	35%	Horizontale Gerechtigkeit	33,33%	∑ 100%
			Vertikale Gerechtigkeit	33,33%	
			Generationengerechtigkeit	33,33%	
2.	Versorgungszugang	20%			
3.	Wettbewerb	20%			
		∑ 100%			

¹⁷⁰ Vgl. Götze (2005), S. 182.

Eine der Hauptaufgaben der Sozialversicherung ist es, soziale Gerechtigkeit zu verwirklichen und gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit zu schaffen.¹⁷¹ Diese Bedeutung spiegelt sich auch in der Bewertung des Kriteriums Gerechtigkeit wider. Dieses wird mit 35 Prozent auf der ersten Hierarchieebene gewichtet. Die drei Unterkriterien horizontale, vertikale und Generationengerechtigkeit werden als gleich wichtig betrachtet und somit jeweils mit 33,33 Prozent gewichtet. Der positiven Konjunkturentwicklung geschuldet sind die Einnahmen in der GKV in den letzten Jahren konstant gestiegen.¹⁷² Aufgrund der Tragweite der demografischen Entwicklungen ist ein nachhaltiges Gesundheitssystem von immenser Bedeutung. Aus diesem Grund wird das Kriterium Nachhaltigkeit mit 25 Prozent gewichtet. Auch hier wird in der nächsten Hierarchieebene keine Unterscheidung in der Gewichtung vorgenommen. Grund hierfür ist, dass für ein nachhaltiges Krankenversicherungssystem sowohl eine möglichst hohe Demografiefestigkeit als auch eine konjunkturelle Unabhängigkeit unerlässlich sind. Beide Zielkriterien werden mit 50 Prozent gewichtet. Die Kriterien Versorgungszugang und Wettbewerb werden jeweils mit 20 Prozent gewichtet.

3.4 Teilnutzenbestimmung und Nutzwertermittlung

Nachdem die Zielkriterien ermittelt und zudem gewichtet wurden, wird der Teilnutzen einer jeden Alternative bestimmt. Dieser Schritt beginnt auf der untersten Hierarchieebene eines jeden Kriteriums. Hierbei wird bewertet, wie stark eine Alternative die einzelnen Zielkriterien erfüllt.¹⁷³ Die Bewertung (B) erfolgt unter Einsatz einer Skala, welche frei wählbar ist.¹⁷⁴ In diesem Beitrag wird die Bewertung anhand einer Skala von eins bis zehn vorgenommen. Je höher die Zahl ist, desto stärker ist das Zielkriterium erfüllt. Der Teilnutzen (TN) ergibt sich, indem die Gewichtung eines Kriteriums mit der Bewertung multipliziert wird.¹⁷⁵ Die Teilnutzenbestimmung wird in Tabelle 3 dargestellt.

¹⁷¹ Vgl. § 1 Satz 2 SGB I.

¹⁷² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019), o. S.

¹⁷³ Vgl. Götze (2005), S. 182 f.

¹⁷⁴ Vgl. Kühnapfel (2019), S. 16 f.

¹⁷⁵ Vgl. Götze (2005), S. 183.

Tabelle 3: Teilnutzenbestimmung und Nutzwertermittlung

K1	G1	K2	G2	Status quo		Bürgerversicherung	
				B	TN	B	TN
Nachhaltigkeit	25%	Demografiefestigkeit	50%	4	0,5	6	0,75
		Konjunkturunabhängigkeit	50%	5	0,63	8	1
Gerechtigkeit	35%	Horizontale Gerechtigkeit	33,33%	3	0,35	8	0,92
		Vertikale Gerechtigkeit	33,33%	5	0,58	8	0,92
		Generationengerechtigkeit	33,33%	4	0,46	2	0,23
Versorgungszugang	20%			5	1,0	4	0,8
Wettbewerb	20%			3	0,6	8	1,6
	Σ 100%				Σ 4,12		Σ 6,22

3.4.1 Nachhaltigkeit

3.4.1.1 Demografiefestigkeit

In der Theorie funktioniert das Umlageverfahren solange, bis das Verhältnis von Nettozahler und Nettoempfänger zu Ungunsten der Nettozahler kippt. Durch diese Konstellation ist die GKV abhängig von der demografischen Entwicklung.¹⁷⁶ Demgegenüber demografieunabhängiger ist das System der PKV. Dies zeichnet sich durch die risikoäquivalenten Prämien aus, welche die Prämienzahlung an das zu versichernde Risiko koppelt. Zudem werden mögliche demografische Effekte durch die Bildung von Altersrückstellungen auf dem Finanzmarkt abgefangen. Da bei der Prämienkalkulation die steigende Lebenserwartung und der ausgabentreibende medizinische Fortschritt jedoch nur unzureichend berücksichtigt werden, kommt es vor allem bei älteren Bestandskundinnen und -kunden in der PKV vermehrt zu starken Prämienchwankungen. Verstärkt wird dieser Effekt durch einen mangelhaften Wettbewerb in der PKV um die Bestandskundschaft. Zudem werden medizinische Leistungen in der PKV höher vergütet als in der GKV, sodass eine grundlegende Verschlechterung der Morbiditätsstruktur in der Bevölkerung zu höheren Ausgaben in der PKV führt.¹⁷⁷

Ob die Integration privat Versicherter zu einer Entlastung der gesetzlichen Solidargemeinschaft führt und damit die Finanzierungsgrundlage der GKV demografiefester gestaltet wird, sollte vor Einführung der Bürgerversicherung genauer betrachtet werden. Dies ist der Fall, wenn privat Versicherte im Durchschnitt geringere Kosten verursachen als Versicherte der GKV und zudem höhere beitragspflichtige Einnahmen aufweisen. Durch die Ausweitung des Versichertenkreises in einer Bürgerversicherung wird die GKV grundsätzlich um besonders einkommensstarke Personenkreise ergänzt. So verdienen zum Beispiel privatversicherte Beamte im Jahresdurchschnitt 38.000 Euro brutto, wohingegen sich die durchschnittlichen Einnahmen eines GKV-Mitgliedes auf ca. 23.000 Euro brutto belaufen.¹⁷⁸ Weiterhin wird das Morbiditäts- und Demografierisiko auf die gesamte Wohnbevölkerung verlagert. Ein Ausweichen auf ein substitutives und kostengünstigeres Krankenversicherungssystem für vor allem junge und gesunde Versicherte ist nicht mehr möglich. Zudem werden durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung sowie durch die Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten Mehreinnahmen

¹⁷⁶ Vgl. Porter (2012), S. 96.

¹⁷⁷ Vgl. ebd., S. 29 ff.

¹⁷⁸ Vgl. Ochmann et. al. (2017), S.28 f.

generiert. Inwieweit privat Versicherte tatsächlich durchschnittlich geringere Kosten verursachen, lässt sich nicht abschließend beurteilen. Hier müssten zwei Effekte überprüft werden. Auf der einen Seite kann festgehalten werden, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss auch einen besseren Gesundheitszustand aufweisen.¹⁷⁹ Auf der anderen Seite führen Einkommenssteigerungen zu einer überproportional steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistung, da dem Bedürfnis Gesundheit ein höherer Stellenwert zugeschrieben wird.¹⁸⁰

Gegen die Bürgerversicherung scheint auf den ersten Blick zu sprechen, dass das Kapitaldeckungsverfahren der PKV in der Theorie demografieunabhängiger als das Umlageverfahren ist. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde jedoch das Kapitaldeckungsverfahren sukzessiv auflösen. Es findet eine Ausweitung des Umlageverfahrens auf die gesamte Wohnbevölkerung statt. Da das System der Altersrückstellungen in der PKV wie in 2.4.1 beschrieben praktische Defizite aufweist, überzeugt dieses Argument nicht.

Zusammengefasst ist die Bürgerversicherung vor allem durch die Integration von einkommensstarken Versicherten demografieunabhängiger, ohne jedoch nachhaltige Lösungen für die demografische Entwicklung zu präsentieren. Das duale Krankenversicherungssystem wird in diesem Kriterium mit einer Vier bewertet, wohingegen die Bürgerversicherung mit einer Sechs bewertet wird.

3.4.1.2 Konjunkturabhängigkeit

In diesem Kriterium wird geprüft, ob die Herausforderung der Konjunkturabhängigkeit des dualen Krankenversicherungssystems durch eine Bürgerversicherung gelöst werden könnte. Ferner wird beurteilt, welche Auswirkungen ein Systemwechsel auf die Problematik der „Verschiebebahnhöfe“ hat. Darüber hinaus werden Effekte auf den Staatshaushalt und die Arbeitgeber betrachtet.

Grundsätzlich gilt, je differenzierter die Beitragsgrundlage auf verschiedene Einnahmearten aufgeteilt ist, desto konjunkturabhängiger ist das Krankenversicherungssystem.¹⁸¹ Dadurch, dass bei pflichtversicherten Mitgliedern in der GKV lediglich das Arbeitsentgelt als Beitragsbemessungsgrundlage gilt, sind die beitragspflichtigen Einnahmen stark an der konjunkturellen Entwicklung gekoppelt. Die Bürgerversicherung soll mit dem Ziel eingeführt werden, bei allen Versicherten die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in der Beitragsbemessung zu

¹⁷⁹ Vgl. Mielck et. al. (2012), S. 31.

¹⁸⁰ Vgl. Wasmuth (2013), S: 26f.

¹⁸¹ Vgl. Albrecht et. al. (2006), S. 27.

berücksichtigen. Dies soll gewährleistet werden, indem alle Einkommensarten verbeitragt werden.¹⁸²

Bei der Betrachtung der Anteile der Einkommensarten an den gesamten beitragspflichtigen Einnahmen im aktuellen Krankenversicherungssystem werden 63,8 Prozent aus Arbeitsentgelten und 21,2 Prozent aus gesetzlichen Renten generiert. Einkommen aus selbständiger Tätigkeit (3,4 Prozent), Kapitaleinkommen (0,2 Prozent) und Einkommen aus Vermietung und Verpachtung (0,2 Prozent) besitzen lediglich einen marginalen Anteil. Durch die Einführung einer Bürgerversicherung verschieben sich die Anteile der Einkommensarten an den beitragspflichtigen Einnahmen. Der Anteil an Arbeitsentgelten sinkt um 4,8 Prozent auf 59 Prozent. Ebenso sinkt der Anteil der gesetzlichen Renten um 2,1 Prozent auf 19,1 Prozent. Im Gegenzug steigen der Anteil des Selbständigeneinkommens auf 6,3 Prozent, der Anteil des Kapitaleinkommens auf 1,8 Prozent und der Anteil auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung auf 1,5 Prozent. Dieser Effekt wirkt auf dem ersten Blick überschaubar. Begründet werden kann dies dadurch, dass Personen, die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapital oder Selbständigkeit besitzen, bereits durch weitere Einnahmearten die Beitragsbemessungsgrenze erreichen. Bei einer kompletten Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde der Anteil des Arbeitsentgeltes an den beitragspflichtigen Einnahmen auf 51,3 Prozent sinken. Der Anteil an Selbständigeneinkommen würde dagegen auf 9,4 Prozent ansteigen. Ebenso steigern würde sich der Anteil an Einkommen aus Vermietung und Verpachtung (1,9 Prozent) und aus Kapitaleinkommen (3,0 Prozent).¹⁸³

Doch nicht nur die Anteile der verschiedenen Einkommensarten an den gesamten beitragspflichtigen Einnahmen sollten betrachtet werden. Durch die Ausweitung des Versichertenkreises wird auch eine Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen erzielt. Diese steigt sich um 16,4 Prozent auf 205,1 Milliarden Euro.¹⁸⁴ Somit wird durch die Einführung der Bürgerversicherung nicht nur der prozentuale Anteil an weiteren Einkommensarten erhöht. Stattdessen erhöht sich auch die absolute Summe an beitragspflichtigem Selbständigeneinkommen, Kapitaleinkommen und Einkommen aus Vermietung und Verpachtung. Durch die Einführung der Bürgerversicherung mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde das Krankenversicherungssystem grundsätzlich konjunktur-unabhängiger werden.

¹⁸² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 150.

¹⁸³ Vgl. Albrecht et. al. (2013), S. 43 f.

¹⁸⁴ Vgl. ebd. S. 39.

Das Problem der „Verschiebebahnhöfe“ ergab sich dadurch, dass die Leistungsausgaben eines Arbeitslosengeld II-Empfängers nicht durch den pauschalen Beitrag zur Krankenversicherung gedeckt werden, sodass sich ein Teil des Risikos der Arbeitslosenversicherung auf die GKV verlagert. Je höher die Quote der Beziehenden von Arbeitslosengeld II ist, desto stärker ist auch die GKV durch fehlende Einnahmen belastet. Da sich bei Einführung einer Bürgerversicherung der Beitrag zur Krankenversicherung für Arbeitslosengeld II-Empfänger nicht verändert, wird das Problem nicht gelöst werden. Ebenso verschiebt sich die Finanzstruktur hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen von 6,5 Prozent auf 6,4 Prozent nur marginal.¹⁸⁵

Die Einführung der Bürgerversicherung hätte jedoch Auswirkungen auf Staatsausgaben bezüglich Zahlungen von Beiträgen zur Krankenversicherung für Arbeitslosengeld II-Empfänger. Hier würde der Staat Einsparungen erwirken, da er im aktuellen Krankenversicherungssystem für privat Versicherte die gesamte Prämie zur PKV zu zahlen hat. Da für Arbeitslosengeld-II-Bezieher der Basistarif gilt, liegt die Prämie über der Beitragspauschale zur GKV.¹⁸⁶ Neben diesem Einsparungspotenzial würde der Staat auch den jährlichen Steuerzuschuss von 14,5 Milliarden Euro einsparen.¹⁸⁷ Diesen sieht das Modell der Bürgerversicherung nicht vor. Durch die leichte Entkoppelung der Einnahmen von der Konjunktur sinkt auch die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Einführung eines Bundeszuschusses. Während der letzten Wirtschaftskrise wurde dieser von 2,5 Milliarden Euro auf 7,2 Milliarden Euro im Jahr 2009 angehoben, bevor er 2010 mit 15,7 Milliarden Euro seinen Höchststand erreicht hat.¹⁸⁸

Ferner ergeben sich für den Staat Entlastungen hinsichtlich der Integration von Beamten in eine Bürgerversicherung. So hätten sich bei der Einführung einer Bürgerversicherung im Jahr 2006, die sich auf dem Modell der Rürup-Kommission begründet, Einsparungen in Höhe von 3,47 Milliarden Euro ergeben. Hier würde der Staat 9,3 Milliarden Euro Beihilfe einsparen, wohingegen Kosten im Rahmen von Beitragszuschüssen zur GKV in Höhe von 5,84 Milliarden Euro stehen. Auf ein ähnliches Ergebnis kommt das IGES-Institut in seiner Studie aus dem Jahr 2014. In dieser Studie wird jedoch ein Modell vorgeschlagen, in dem die Versicherungspflichtgrenze auch für Beamte gilt. Hierdurch würden von den 3,1 Millionen privat versicherten Beamten zwei Millionen versicherungspflichtig in

¹⁸⁵ Vgl. Albrecht et. al. (2013), S. 41.

¹⁸⁶ Vgl. Deutscher Bundestag (2018), S. 7.

¹⁸⁷ Vgl. § 221 Absatz 1 SGB V.

¹⁸⁸ Vgl. Statista (2019), o. S.

der GKV werden. Weitere 640.000 Beamte würden sich aufgrund von persönlichen Präferenzen für eine freiwillige Versicherung in der GKV entscheiden. In dieser Modellrechnung spart der Staat insgesamt 3,2 Milliarden Euro. Bis 2030 könnten sogar Einsparungen in Höhe von sechzig Milliarden Euro einkalkuliert werden.¹⁸⁹

Neben dem Staat würde ein Großteil der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von der Einführung einer Bürgerversicherung profitieren. Durch die Parität der Beitragstragung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber wirken sich Beitragssatzentlastungen auch positiv auf den Arbeitgeber aus. In einem Modell, in dem die gesamte Bevölkerung in eine Bürgerversicherung integriert wird, alle Einkommensarten beitragspflichtig werden und die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung zudem auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben wird, ergeben sich Entlastungen in Höhe von 3,1 Beitragssatzpunkten.¹⁹⁰ Diese Entlastungen würden sich vor allem auf die Lohnnebenkosten von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern auswirken, die Angestellte im Niedriglohnsektor haben. Arbeitgeber, die Angestellte haben, deren monatliches Arbeitsentgelt über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, werden ebenso wie die Arbeitnehmer selbst durch die Anhebung der Grenze zusätzlich belastet.

Das duale Krankenversicherungssystem wird in der Nutzwertanalyse daher auf der Skala mit einer Fünf, die Bürgerversicherung dagegen mit einer Acht bewertet. Zwar wird die Einnahmeseite der Krankenversicherung nur leicht von der Konjunktur entkoppelt und das grundsätzliche Problem der „Verschiebehahnhöfe“ nicht gelöst, dennoch ergeben sich positive Effekte, indem der Staat entlastet wird. Für einen Großteil der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber werden die Lohnnebenkosten gesenkt. Dies wirkt sich konjunkturbelebend aus.

3.4.2 Gerechtigkeit

3.4.2.1 Horizontale Gerechtigkeit

Damit ein Krankenversicherungssystem als gerecht angesehen werden kann, sollte es die Kriterien der horizontalen, vertikalen und der Generationengerechtigkeit erfüllen. Bei der Betrachtung des aktuellen Krankenversicherungssystems wurde deutlich, dass die horizontale Gerechtigkeit dahingehend verletzt wird, dass Haushalte mit gleichem Einkommen bzw. gleichen ökonomischen Voraussetzungen ungleich belastet werden. Die Einführung einer Bürgerversicherung

¹⁸⁹ Vgl. Ochmann et. al. (2017), S. 43 ff.

¹⁹⁰ Vgl. Rothgang / Domhoff (o. J.), S. 19 f.

würde diesem Defizit Abhilfe schaffen. In einer Bürgerversicherung würde nicht mehr zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Mitgliedern unterschieden werden. Stattdessen wird bei allen Mitgliedern die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen.¹⁹¹ Eine weitere Verletzung der horizontalen Gerechtigkeit wurde bei der Betrachtung verschiedener Haushaltstypen herausgearbeitet. Während eine Familie mit einem alleinverdienenden Ehegatten nur bis zu seiner Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig ist, muss eine Familie, bei der das Arbeitsentgelt auf beide Ehegatten gleichmäßig aufgeteilt ist, deutlich höhere Beiträge zahlen.¹⁹² Dieses Defizit wird durch die Einführung der Bürgerversicherung grundsätzlich nicht behoben.

Dennoch führt die Bürgerversicherung zu einer Annäherung der horizontalen Gerechtigkeit. So zeigt eine Studie im Auftrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS90/Die Grünen, dass die Streuung der Beitragsbelastung innerhalb von Einkommensklassen abnimmt. In den Modellrechnungen werden fünf verschiedene Varianten von Haushaltstypen unter dem Einfluss einer Bürgerversicherung betrachtet. Diese Varianten decken ca. 82 Prozent der versicherten Bevölkerung in Deutschland ab. Bei allen Haushaltstypen lässt sich ein Rückgang der Streuung von Beitragsbelastungen innerhalb von Einkommensklassen erkennen.¹⁹³

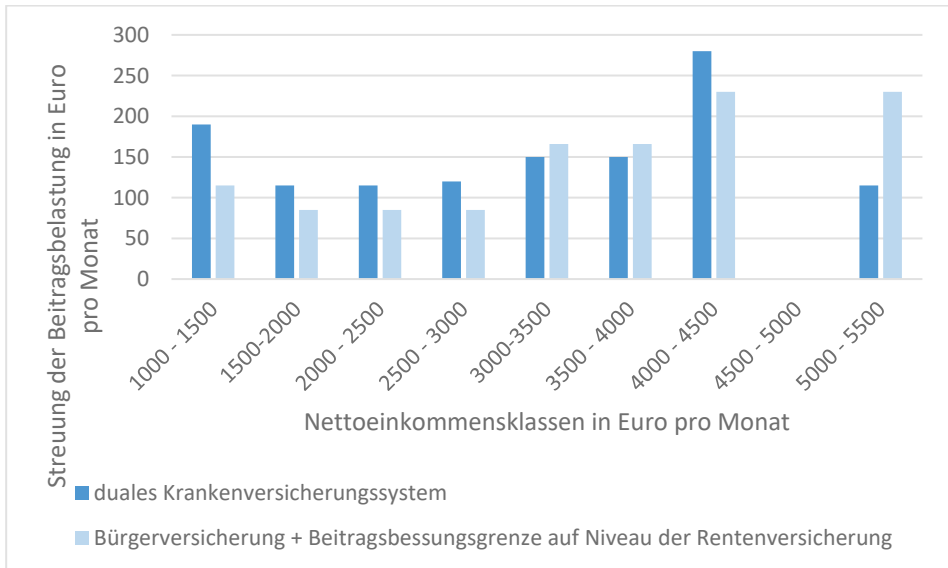
Dies wird zum Beispiel bei der Betrachtung des Haushaltstyps „Ehepaar mit einem Kind“ in Abbildung 2 deutlich. In dieser wird die Beitragsbelastung des Haushaltstyps in verschiedene Nettoeinkommensklassen pro Monat aufgeteilt. Eine Einkommensklasse umfasst jeweils 500 Euro. Es wird ausschließlich der Beitragsanteil der Versicherten dargestellt. Es werden sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte berücksichtigt. Für die verschiedenen Einkommensklassen wird die Differenz der Beitragsbelastung zwischen dem oberen und dem unteren Quartil in Euro pro Monat angegeben. Durch die Darstellung kann festgestellt werden, wie hoch die Streuung der Beitragsbelastung innerhalb einer Einkommensklasse ist. Je kleiner die Streuung ist, desto höher ist die horizontale Gerechtigkeit. Da bei einer Einkommensklasse die Stichprobe zu niedrig war, wurde keine Berechnung vorgenommen.¹⁹⁴

¹⁹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 154.

¹⁹² Vgl. Warns (2009), S. 179 ff.

¹⁹³ Vgl. Rothgang et. al. (o. J.), S. 29 f.

¹⁹⁴ Vgl. ebd. S. 46 ff.

Abbildung 2: Beitragsbelastung Haushaltstyp Ehepaar mit einem Kind

Quelle: In Anlehnung an Rothgang, H. et. al., Bürgerversicherung, o. J., S. 42.

In der Abbildung lässt sich erkennen, dass die Streuung der Beitragszahlung in fast allen Einkommensklassen abnimmt. Dies wird vor allem in der niedrigsten Nettoeinkommensklasse deutlich. Hier ist die Spannweite im dualen Krankenversicherungssystem mit ca. 190 Euro besonders groß. Die Streuung der Beitragsbelastung würde in einer Bürgerversicherung, in der die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben wird, auf ca. 120 Euro sinken. Auch in der Nettoeinkommensklasse zwischen 4000 Euro und 4500 Euro ist eine große Streuung zu erkennen. In einer Bürgerversicherung würde die Streuung der Beitragsbelastung zwar weiterhin bei ungefähr 250 Euro liegen, dennoch würde diese um 50 Euro pro Monat abnehmen. Lediglich in der höchsten gemessenen Einkommensklasse würde die Streuung der Beitragsbelastung pro Monat deutlich zunehmen.

Diese Tendenz erstreckt sich über alle fünf modellierten Haushaltstypen.¹⁹⁵ Somit wird für einen Großteil der Bevölkerung die Krankenversicherung horizontal gerechter. Aus diesem Grund wird die Bürgerversicherung in diesem Kriterium mit einer Acht bewertet. Das duale Krankenversicherungssystem dagegen wird aufgrund der genannten Defizite mit einer Drei bewertet.

¹⁹⁵ Vgl. Rothgang et. al. (o. J.), S. 46 ff.

3.4.2.2 Vertikale Gerechtigkeit

Ein Sozialversicherungssystem kann als vertikal gerecht bezeichnet werden, wenn Personen und Haushalte, die ungleiches Einkommen haben, auch unterschiedliche Beiträge zahlen.¹⁹⁶ Die Beitragsbemessung sollte sich am Einkommen orientieren. Die vertikale Gerechtigkeit wird im dualen Krankenversicherungssystem auf dreierlei Arten verletzt. So wird durch die Versicherungspflichtgrenze besser verdienenden Arbeitnehmern, Beamten und Selbständigen die Möglichkeit gegeben, sich dem Umverteilungssystem zu entziehen. Diese Personenkreise haben die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Zudem führt die Beitragsbemessungsgrenze zu einer Deckelung der Krankenversicherungsbeiträge. Des Weiteren wird nicht bei allen Personenkreisen die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit für die Beitragsbemessung herangezogen.

Die Bürgerversicherung nähert sich dagegen der vertikalen Gerechtigkeit an. Diese sieht durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze eine Versicherung vor, die die gesamte Wohnbevölkerung umfasst.¹⁹⁷ Ein Entzug aus dem Solidarsystem ist nicht mehr möglich. Die gesamte Bevölkerung würde hierbei dem Leistungsfähigkeitsprinzip unterliegen. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung verschiebt sich auch die Grenze der vertikalen Gerechtigkeit nach oben. Dennoch wird die vertikale Gerechtigkeit weiterhin durch eine vorliegende Grenze beschränkt. Eine solche Einschränkung wäre nur durch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze möglich. Dies sieht der Vorschlag der Rürup-Kommission jedoch nicht vor. Dadurch, dass in einer Bürgerversicherung nicht mehr zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten unterschieden wird, wird bei allen Personenkreisen die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Aus den genannten Gründen wird das Kriterium „vertikale Gerechtigkeit“ in der Bürgerversicherung mit einer Acht bewertet. Der Status quo erlangt den Wert Fünf.

3.4.2.3 Generationengerechtigkeit

Das Kriterium „Generationengerechtigkeit“ ist erfüllt, wenn die aktuelle Generation im Krankheitsfall abgesichert ist, ohne dass zukünftige Generationen in diesem Bedürfnis beschnitten werden. Durch die Instrumente der Bürgerversicherung wird zwar die Finanzierungsbasis ausgeweitet und der Personenkreis der

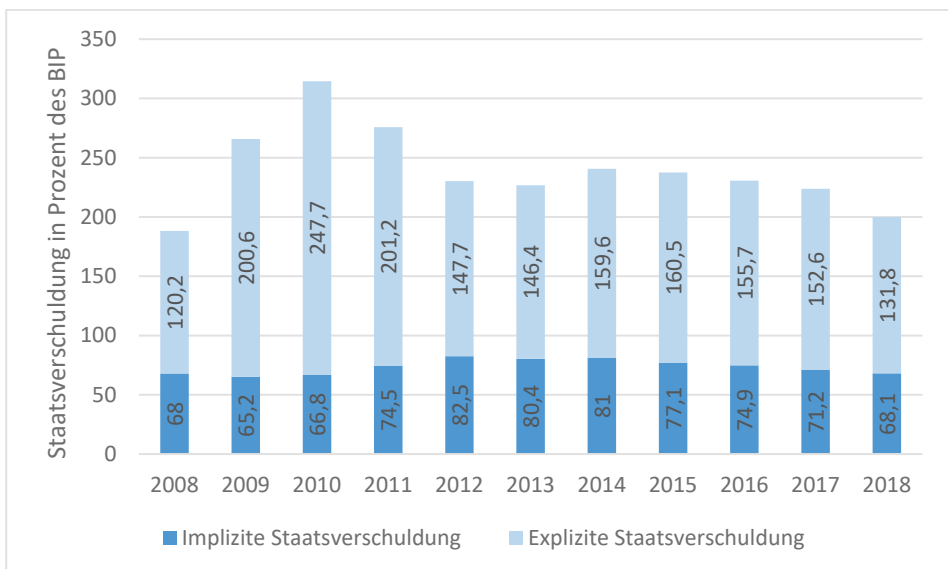
¹⁹⁶ Vgl. Greß / Rothgang (2010), S. 8 f.

¹⁹⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 152 f.

gesetzlich Versicherten erweitert, eine nachhaltige Lösung für eine generationengerechte Krankenversicherung ist durch die Systemumstellung jedoch nicht gewährleistet. Die Herausforderungen, die sich im Rahmen der Generationengerechtigkeit ergeben, entstehen durch den demografisch induzierten Einnahmeeffekt und durch den medizinischen Fortschritt induzierten Ausgabeneffekt.¹⁹⁸

Wie generationengerecht ein Sozialversicherungssystem ist, lässt sich durch die Ermittlung der Generationenbilanz quantifizieren. Hierbei werden langfristige Entwicklungen der öffentlichen Finanzen kalkuliert. Sollten zukünftige Ausgaben die zukünftigen Einnahmen übersteigen, wird dies als implizite Staatsverschuldung bezeichnet. Die implizite Staatsverschuldung stellt dar, inwieweit die explizite Staatsverschuldung zunehmen würde, wenn die aktuelle Politik fortgeführt würde. Die Addition von impliziter und explizierter Staatsverschuldung ergibt die Nachhaltigkeitslücke.¹⁹⁹ Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Staatsverschuldung von 2008 bis 2018 und wird in Prozent des BIP des jeweiligen Basisjahres angegeben. Auffällig ist, dass die Nachhaltigkeitslücke seit 2014 leicht rückläufig ist. Hierbei nimmt tendenziell sowohl die implizite als auch die explizite Staatsverschuldung ab.

Abbildung 3: Entwicklung der Staatsverschuldung



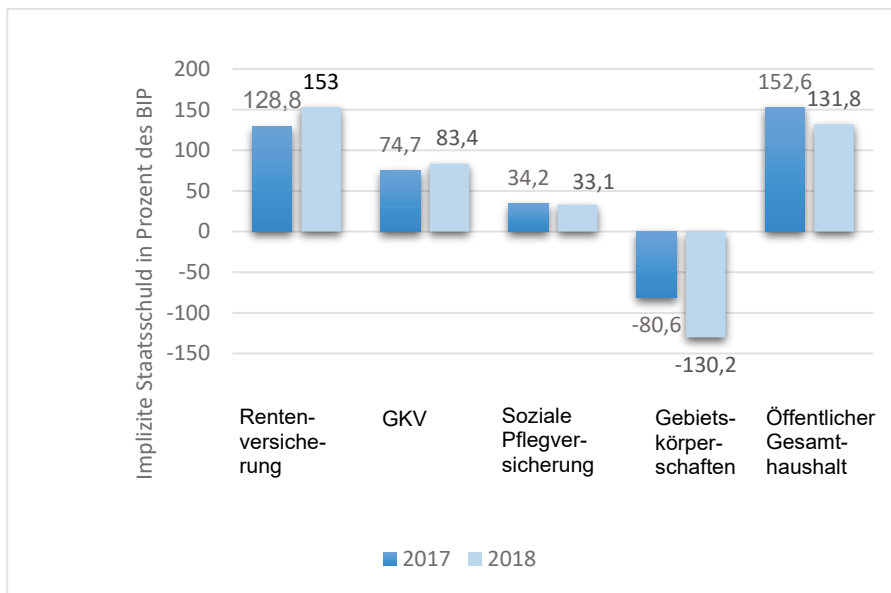
Quelle: In Anlehnung an Bahnsen, L. et. al., Generationengerechtigkeit, 2018, S. 13.

¹⁹⁸ Vgl. Warns (2009), S. 187.

¹⁹⁹ Vgl. Bahnsen et. al. (2019), S. 4 ff.

Bei der Betrachtung, wie sich die implizite Staatsverschuldung in Höhe von 131,80 Prozent zum BIP ergibt, wird deutlich, dass dieser Rückgang nicht im Bereich der Sozialversicherung zustande kommt. Dies lässt sich aus Abbildung 5 ableiten, welche die implizite Staatsverschuldung in Prozent des BIP der jeweiligen Basisjahre 2017 und 2018 angibt. Hier wird zwischen der Sozialversicherung in Form der Gesetzlichen Rentenversicherung, der GKV und der Sozialen Pflegeversicherung auf der einen und Gebietskörperschaften auf der anderen Seite differenziert. Die implizite Verschuldung hat vor allem im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung zugenommen. Dagegen ist das implizite Vermögen bei den Gebietskörperschaften von 80,6 Prozent auf 130,2 Prozent gestiegen.²⁰⁰ Dies fängt die gestiegene Staatsverschuldung auf und sorgt für eine sinkende Tendenz der impliziten Staatsverschuldung.

Abbildung 4: Verteilung der Staatsverschuldung



Quelle: In Anlehnung an Bahnsen, L. et. al., Generationengerechtigkeit, 2018, S. 12.

Dennoch sank in den letzten Jahren die Nachhaltigkeitslücke tendenziell. Begründet wurde dies neben der positiven Entwicklung bei den Gebietskörperschaften vor allem durch positive Entwicklungen der Beitragseinnahmen durch steigende Lohn- und Beschäftigungsentwicklungen.²⁰¹

²⁰⁰ Vgl. Bahnsen et. al. (2018), S. 13.

²⁰¹ Vgl. ebd.

Dieser seit 2014 anhaltende Trend wurde in den letzten beiden Jahren nicht fortgeführt. So stieg die implizite Staatsverschuldung im Jahr 2019 auf 164,80 Prozent des BIP – noch vor Ausbruch der Corona-Pandemie. Um diese und die explizite Schuld abzubauen und nicht auf künftige Generationen abzuwälzen, müssten 8,4 Prozent der staatlichen Leistungen gekürzt werden oder die Steuer- und Sozialabgaben um 9,9 Prozent erhöht werden.²⁰² Den Grund der hohen impliziten Staatsverschuldungen in der Sozialversicherung und somit auch in der GKV liegen im System des Umlageverfahrens. Dieses wälzt die Ausgaben auf zukünftige Generationen ab.²⁰³ Lediglich dem Wirtschaftswachstum geschuldet ist die Nachhaltigkeitslücke in den letzten Jahren gesunken. Somit ist das System der GKV aufgrund der hohen impliziten Staatsschulden nicht generationengerecht. Doch auch die Einführung der Bürgerversicherung würde das Krankenversicherungssystem nicht generationengerechter machen. Stattdessen würde die Nachhaltigkeitslücke, also die Summe aus expliziter und implizierter Staatsschuld, um 610 Milliarden Euro ansteigen.²⁰⁴

Sowohl die Bürgerversicherung als auch das duale Krankenversicherungssystem schneiden unter dem Gesichtspunkt Generationengerechtigkeit schlecht ab. Eine Ausweitung des Umlageverfahrens würde die Staatsschuld erhöhen, welche zukünftige Generationen ausgleichen müssten. Somit wird die Bürgerversicherung mit einer Zwei bewertet, wohingegen das aktuelle Krankenversicherungssystem mit einer Vier bewertet wird.

3.4.3 Versorgungszugang

Bei Betrachtung des Versorgungszuganges im dualen Krankenversicherungssystem wurde deutlich, dass gesetzlich Versicherte im Durchschnitt länger auf Haus- und Facharzttermine warten müssen als privat Versicherte.²⁰⁵ Der unterschiedliche Versorgungszugang im ambulanten Bereich resultiert aus den verschiedenen Vergütungsmodellen. Durch diesen entstehen Anreize für Ärztinnen und Ärzte, privat Versicherte in der Behandlung zu bevorzugen. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde dazu führen, dass diese Differenzierung aufgehoben wird. Somit würde auch die von Befürwortern der Bürgerversicherung kritisierte Zwei-Klassen-Medizin potenziell abgeschafft werden. Der ehemalige Prä-

²⁰² Vgl. Bahnsen et. al. (2019), S. 8 f.

²⁰³ Vgl. Raffelhüschen et. al. (2008), S. 4.

²⁰⁴ Vgl. Raffelhüschen et. al. (2017), S. 19.

²⁰⁵ Vgl. Kornelius (2018), S. 8 f.

sident der Bundesärztekammer Frank Montgomery dagegen meint, dass die Einführung einer Bürgerversicherung der „Turbolader in die Zwei-Klassen-Medizin“ sei.²⁰⁶ Dies begründet er mit Blicken nach Großbritannien und in die Niederlande. In diesen beiden Ländern wird die Krankenversicherung über ein Einheitssystem geregelt. Dies führe zu Rationierungen und langen Wartezeiten. Patientinnen und Patienten, die sich eine bessere Versorgung leisten können, schließen Zusatzversicherungen ab. So würden Wohlhabende einen extra Zugang zum Gesundheitssystem erlangen.²⁰⁷

Tatsächlich belegen Umfragen, dass Deutschland im internationalen Vergleich besser abschneidet als Länder mit einem Einheitssystem, obwohl es Unterschiede zwischen privat und gesetzlich Versicherten gibt. In diesen Umfragen wurden die Patientinnen und Patienten zu ihren Wartezeiten befragt. So warten in Deutschland lediglich zwei Prozent der Patientinnen und Patienten zwei Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt. In den Niederlanden dagegen sind es sieben Prozent der Befragten, wohingegen die Zahl in Großbritannien bei 19 Prozent liegt. Auch bei der Frage, wie kurzfristig Patientinnen und Patienten einen Termin bei ihrem Hausarzt bekommen, schneidet Deutschland (76 Prozent) besser ab als die Niederlande (63 Prozent) und Großbritannien (52 Prozent). Diese Antworten decken sich ebenfalls mit einer Befragung, die direkt an die Hausärzte gestellt wurde. In Deutschland geben 64 Prozent der Hausärzte an, dass ein Termin am selben oder am nächsten Tag möglich sei. In den Niederlanden sei dies noch bei 51 Prozent der Hausärzte möglich, wohingegen ein kurzfristiger Termin in Großbritannien nur bei 37 Prozent gewährleistet werden kann.²⁰⁸

Eine Gleichberechtigung zwischen PKV und GKV würde zwar grundsätzlich zu einer Aufhebung der „Zwei-Klassen-Medizin“ führen und diese Herausforderung im Bereich der Versorgung vorerst lösen. Es dürfte jedoch nicht lange dauern, bis sich ein Teil der Bevölkerung über Zusatzversicherung den privilegierten Status eines privat Versicherten zurückholt. Darüber hinaus argumentieren Befürworter der PKV, dass die PKV die Leistungen der GKV quersubventionieren würde.²⁰⁹ Auch wenn über den Begriff der Quersubventionierung diskutiert werden kann, ist festzuhalten, dass durch die höhere Vergütung der Leistungserbringer durch die PKV, auch die gesetzlich Versicherten profitieren. So wurden 2017

²⁰⁶ Ärzteblatt (2017), o. S.

²⁰⁷ Ärzteblatt (2017), o. S.

²⁰⁸ Vgl. Finkenstädt (2017), S. 23.

²⁰⁹ Vgl. ebd.

23,2 Prozent der ärztlichen Honorare von der PKV getragen, obwohl diese Prozentzahl nicht den Marktanteil der PKV widerspiegelt.²¹⁰ Bei einer Einführung der Bürgerversicherung müsste der Mehrumsatz, der in der Vergangenheit durch die PKV generiert wurde, durch die Solidargemeinschaft aufgefangen werden. Andernfalls würde die Vergütung der Leistungserbringer beschnitten werden.

Aus staatlicher Sicht positiv auswirken würde sich die Einführung einer Bürgerversicherung dahingehend, dass die Art der Krankenversicherung der Patientinnen und Patienten für die Niederlassung der Ärzte keine Rolle mehr spielt. Die Staatsaufgabe der Bedarfsplanung der Ärztinnen und Ärzte, die auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung übertragen wurde, wird erleichtert, indem Fehlansätze zur Niederlassung der Ärzteschaft minimiert werden.²¹¹ So korreliert die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte mit der Anzahl der Privatpatientinnen und -patienten in einer Umgebung. Wächst die Anzahl der Privatversicherten in einer urbanen Region um ein Prozent, dann ist ein Anstieg von ungefähr vier Vertragsärztinnen und -ärzten pro 100.000 Einwohner erkennbar. In ländlichen Regionen steigt die Anzahl um drei.²¹²

Zusammengefasst ist nicht ersichtlich, dass sich der Versorgungszugang der Bevölkerung bei Einführung einer Bürgerversicherung verbessern wird. Stattdessen besteht die Gefahr, dass durch ein einheitliches Krankenversicherungssystem die Qualität der Versorgung abnimmt, indem sich die Wartezeiten bei Terminvergaben verlängern. Zudem ist die Frage ungeklärt, inwieweit der Mehrumsatz, der durch die PKV generiert wird, aufgefangen werden soll. Somit wird das duale Krankenversicherungssystem mit einer Fünf bewertet, wohingegen die Bürgerversicherung mit einer Vier bewertet wird.

3.4.4 Wettbewerb

Das duale Krankenversicherungssystem führt zu einer Vielzahl von Ungleichbehandlungen im Wahlrecht von bestimmten Personengruppen. So haben Beamte im Vergleich zu Personengruppen mit identischem Einkommen faktisch kein Wahlrecht. Zudem ist die PKV nur für Personenkreise wählbar, die den gesetzlichen Voraussetzungen entsprechen. Dies ist nur bei einem Bruchteil der Bevölkerung der Fall. Auch eine Rückkehr von der PKV in die GKV ist nur in besonderen Konstellationen möglich.²¹³ Überdies können privat Versicherte nur einen Teil

²¹⁰ Vgl. Hagemeister / Wild (2019), S. 9.

²¹¹ Vgl. § 99 SGB V.

²¹² Vgl. Sundmacher / Ozegowski (2013), S. 34 f.

²¹³ Vgl. § 6 Absatz 3 a SGB V.

ihrer Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel mitnehmen. Zudem können private Versicherungsunternehmen durch den begrenzt vorhandenen Kontrahierungszwang Risikoselektion betreiben.

In einem einheitlichen Krankenversicherungssystem würde die Versicherungspflicht sukzessiv auf die gesamte Wohnbevölkerung ausgeweitet werden. Dies hätte zur Folge, dass nahezu alle Personengruppen den gleichen Bedingungen unterliegen. Es würde nicht mehr zwischen Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten, Beamten oder privat Versicherten unterschieden werden. Mit diesen Rahmenbedingungen würde ein gleichberechtigter Wettbewerb um alle Versicherten entstehen können. Inwieweit sich das Wechselverhalten der Versicherten verändert, wenn die Bürgerversicherung eingeführt ist, lässt sich nicht beurteilen. Dennoch kann festgehalten werden, dass die Einführung einer Bürgerversicherung, welche die gesamte Bevölkerung in einem Krankenversicherungssystem integriert, grundsätzlich zu einer Gleichbehandlung aller Mitglieder führt. Alle gesetzlichen Krankenversicherungen würden im System der Bürgerversicherung konkurrieren und von allen Mitgliedern frei wählbar sein. Zudem könnte keine Krankenversicherung mehr Risikoselektion betreiben. Unter diesen Gesichtspunkten verbessert sich die Wettbewerbssituation auf dem Versicherungsmarkt.

Als praktisches Gegenbeispiel zu den aufgeführten Argumenten lässt sich die Krankenversicherung in den Niederlanden aufführen. Dort wurde 2006 aus einem ebenfalls dualen Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung ein einheitliches System gebildet. Für die Basis- und Akutversorgung in den Niederlanden ist die private Krankenversicherung verantwortlich, welche von verschiedenen Versicherern angeboten wird. Diese bewegen sich in engen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Ergänzende Gesundheitsleistungen können über Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Versicherte können ihre Krankenversicherung frei wählen und jährlich den Versicherer wechseln. Eingeführt wurde das einheitliche Krankenversicherungssystem mit dem Ziel über mehr Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt die Kosten bei den Leistungserbringern zu senken. Dieses Ziel wurde größtenteils nicht erreicht. Dies liegt vor allem daran, dass sich die Marktmacht immer weiter auf die größten Versicherer konzentriert. Die Anzahl der Versicherer ist seit 1990 von über 100 Versicherungen auf 24 Versicherungen gesunken. Zudem ist die Wechselbereitschaft der Versicherten relativ niedrig. Lag diese noch mit Einführung des neuen Krankenversicherungssystems bei 19,0 Prozent, sank die Zahl deutlich und pen-

delte sich in den Jahren ab 2013 bei 6,5 Prozent ein. Als Grund wird unter anderem aufgeführt, dass die Krankenversicherungen sich zu stark preislich und qualitativ ähneln, als dass sich ein Wechsel lohnen würde.²¹⁴

Da sich die niederländische Krankenversicherung von dem Prinzip der Bürgerversicherung in einigen Punkten unterscheidet, kann nicht abschließend beurteilt werden, ob die Einführung einer Bürgerversicherung die Wechselbereitschaft im deutschen Krankenversicherungssystem einschränken würde. Dem Grunde nach verbessert sich das Wettbewerbssystem auf dem Versicherungsmarkt, indem gleiche Bedingungen für alle Versicherten geschaffen werden. Dennoch sollte das Beispiel der Niederlande ein Warnsignal sein, dass eine zu starke Marktkonzentration zu Ineffizienzen führen kann. Nach Abwägung der Argumente wird das aktuelle Krankenversicherungssystem mit einer Drei bewertet. Die Einführung der Bürgerversicherung würde die grundlegenden Defizite des aktuellen Krankenversicherungssystems beheben, sodass dieses Modell mit einer Acht bewertet wird.

3.5 Sensitivitätsanalyse

Obwohl in Kapitel 3.4 der Versuch einer möglichst faktenbasierten und damit objektiven Bewertung der einzelnen Kriterien unternommen wurde, bleibt ein gewisser subjektiver Spielraum. Ebenso basiert die in Tabelle 2 vorgenommene und anschließend erläuterte Gewichtung der Zielkriterien auf einer subjektiven Einschätzung. Mittels einer Sensitivitätsanalyse wird nachfolgend untersucht, wie sensitiv das Ergebnis auf Änderungen in den zugrundeliegenden Annahmen reagiert. Da im Rahmen der Sensitivitätsanalyse grundsätzlich jeder Parameter verändert werden könnte, um im Anschluss die daraus resultierenden Veränderung der Nutzwerte zu untersuchen, gibt es eine Vielzahl möglicher Szenarien.²¹⁵ Zwei davon möchten wir an dieser Stelle kurz aufgreifen.

In einem ersten Szenario wird eine Variation in der Gewichtung vorgenommen. Während im Ausgangsszenario die einzelnen Zielkriterien unterschiedlich stark gewichtet wurden, erfolgt nun eine Gleichgewichtung aller vier Kriterien auf der ersten Hierarchieebene. Da auf der zweiten Hierarchieebene die Zielkriterien schon gleich stark gewichtet sind, werden diese nicht verändert. Die sich daraus neu ergebende Teilnutzenbestimmung wird in Tabelle 4 dargestellt.

²¹⁴ Vgl. Arentz (2018), S. 2 ff.

²¹⁵ Vgl. Siebertz et. al. (2017), S. 415ff.

Tabelle 4: Nutzwertermittlung bei ausgeglichener Gewichtung

K1	G1	K2	G2	Status quo		Bürgerversicherung	
				B	TN	B	TN
Nachhaltigkeit	25%	Demografiefestigkeit	50%	4	0,5	6	0,75
		Konjunkturabhängigkeit	50%	5	0,63	8	1
Gerechtigkeit	25%	Horizontale Gerechtigkeit	33,33%	3	0,25	8	0,67
		Vertikale Gerechtigkeit	33,33%	5	0,42	8	0,67
		Generationengerechtigkeit	33,33%	4	0,33	2	0,17
Versorgungszugang	25%			5	1,25	4	1,0
Wettbewerb	25%			3	0,75	8	2,0
	Σ 100%				Σ 4,13		Σ 6,26

Es zeigt sich, dass die neu errechneten Nutzwerte sich nur marginal von den Nutzwerten im Ausgangsszenario unterscheiden. So ergibt sich für das duale Krankenversicherungssystem nun ein Nutzwert von 4,13 (vorher 4,12) und für die Bürgerversicherung ein Nutzwert von 6,26 (vorher 6,22).

Im zweiten Szenario wird das duale Krankenversicherungssystem in jedem Kriterium um jeweils einen Punkt besser bewertet als im Ausgangsszenario. Die

Bewertung der Bürgerversicherung wird nicht verändert. Ebenso bleibt die Gewichtung der Kriterien gleich. Hierdurch wird überprüft, wie sensitiv der Nutzwert auf eine positivere Bewertung reagiert. Die in diesem Szenario neu ermittelte Teilnutzenbestimmung wird in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Nutzwernermittlung bei verbesserter Bewertung des Status quo

K1	G1	K2	G2	Status quo		Bürgerversicherung	
				B	TN	B	TN
Nachhaltigkeit	25%	Demografiefestigkeit	50%	5	0,63	6	0,75
		Konjunkturabhängigkeit	50%	6	0,75	8	1
Gerechtigkeit	35%	Horizontale Gerechtigkeit	33,33%	4	0,47	8	0,92
		Vertikale Gerechtigkeit	33,33%	6	0,70	8	0,92
		Generationengerechtigkeit	33,33%	5	0,58	2	0,23
Versorgungszugang	20%			6	1,2	4	0,8
Wettbewerb	20%			4	0,8	8	1,6
	Σ 100%				Σ 5,13		Σ 6,22

Durch die verbesserte Bewertung des dualen Krankenversicherungssystems ergibt sich auch ein verbesserter Nutzwert. Dieser liegt bei 5,13 (vorher 4,12).

Dies hat zur Folge, dass die Differenz zwischen dem Nutzwert der Bürgerversicherung und dem Nutzwert des Status quo auf 1,09 (vorher 2,10) sinkt.

3.6 Beurteilung der Vorteilhaftigkeit

Die systematisch durchgeführte Nutzwertanalyse verdeutlicht, dass das Konzept der Bürgerversicherung prinzipiell besser als unser aktuelles duales Krankenversicherungssystem den aktuellen und künftigen Herausforderungen gewappnet ist. Zwar wird die Problematik der demografischen Entwicklung durch die Bürgerversicherung nicht gelöst, dennoch wird durch die Verbreiterung der Finanzierungsbasis das Krankenversicherungssystem grundsätzlich demografiefester. Zudem gelingt eine leichte Entkoppelung der Einnahmeseite von der Konjunkturentwicklung. Die große Stärke der Bürgerversicherung liegt in der Schaffung von horizontaler und vertikaler Gerechtigkeit. Darüber hinaus werden durch die Integration der gesamten Wohnbevölkerung in eine Krankenversicherung Defizite im Wettbewerb behoben. Grundsätzlich besitzen alle Mitglieder einer Bürgerversicherung die gleichen Wahlrechte. Im Bereich der Generationengerechtigkeit findet allerdings auch die Bürgerversicherung keine nachhaltige Lösung. Stattdessen ist anzunehmen, dass durch die Implementierung des Umlageverfahrens die Nachhaltigkeitslücke vergrößert und Kosten auf nachfolgende Generationen verlagert werden. Auch im Versorgungszugang werden keine Lösungen präsentiert. Prinzipiell formuliert die Bürgerversicherung den Anspruch, die Zwei-Klassen-Medizin durch die Abschaffung der PKV als Substitut zur GKV zu beenden, doch ob sich dies realisieren lässt, ist umstritten. Stattdessen besticht das duale Krankenversicherungssystem im internationalen Vergleich durch die relativ kurzen Wartezeiten bei Haus- und Fachärzten.

Insgesamt erweist sich die Bürgerversicherung als nach wie vor interessanter Ansatz, um die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen des aktuellen Krankenversicherungssystems zu lösen.

4 Herausforderungen bei Einführung einer Bürgerversicherung

Die Analyse der Bürgerversicherung unter Berücksichtigung der aktuellen und zukünftigen Herausforderung hat ergeben, dass die Einführung des genannten Modells grundsätzlich geeignet ist, um die vorliegenden Defizite im Krankenversicherungssystem zu beseitigen. Dennoch ergeben sich in der praktischen Umsetzung Hindernisse und offene Fragen, die in der Nutzwertanalyse nicht berücksichtigt werden konnten. Diese müssen bewältigt beziehungsweise beantwortet werden, bevor die Bürgerversicherung erfolgreich das duale Krankenversicherungssystem ablösen kann. Neben den verfassungsrechtlichen Hindernissen werden im Folgenden Auswirkungen auf die Beschäftigten des dualen Krankenversicherungssystems sowie auf die Leistungserbringer betrachtet.

4.1 Verfassungsrechtliche Hindernisse

4.1.1 Gesetzgebungskompetenz

Verfassungsrechtlich gesehen sind vor der Einführung der Bürgerversicherung einige Fragen zu klären. So hinterfragen Skeptiker der Bürgerversicherung die Gesetzgebungskompetenz des Bundes bezüglich der grundlegenden Änderung der GKV als Zweig der Sozialversicherung. In diesem Kontext wird argumentiert, dass eine Bürgerversicherung, welche die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, nicht der klassischen Sozialversicherung entspreche, sodass die Gesetzgebungskompetenz nicht aus Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12 GG resultiere. So sei die GKV als Sozialversicherung grundsätzlich nur für bestimmte Personengruppen vorgesehen.²¹⁶ Die Sozialversicherung ist jedoch ein weit gefasster verfassungsrechtlicher Begriff, sodass neue Lebenssachverhalte, welche sich aus geänderten sozialen Verhältnissen ergeben, in das Gesamtsystem Sozialversicherung integriert werden können.²¹⁷ Als solche geänderten sozialen Verhältnisse kann die Flexibilisierung der Erwerbsarbeit oder auch die Vermischung privater Lebensführung und Erwerbsarbeit angesehen werden. Diese veränderten Bedingungen geben dem Staat die Möglichkeit, im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz die GKV auf die gesamte Wohnbevölkerung auszuweiten und eine Bürgerversicherung einzuführen. Einer ähnlichen Argumentation im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz wurde auch bei der Einführung der Künstlersozialversicherung sowie der Pflegeversicherung gefolgt.

²¹⁶ Vgl. Deutscher Bundestag (2018), S. 10 f.

²¹⁷ Vgl. Engelen-Kefer (2004), S. 128 ff.

4.1.2 Staatliche Fürsorgepflicht

Weiterhin wird argumentiert, dass die Integration der Beamten, welche eine Abschaffung der Beihilfe nach sich ziehen würde, verfassungswidrig sei. Dies resultiere daraus, dass der Staat eine Fürsorgepflicht gegenüber den Beamten habe. Die Beihilfe wird von Kritikern der Bürgerversicherung als Teil der Fürsorge angesehen. Dagegen kann angeführt werden, dass der Dienstherr zwar eine Fürsorgepflicht gegenüber den Beamten besitzt und diese vor der Belastung durch Krankheit zu schützen hat, die Art und Weise der Fürsorgepflicht ist jedoch nirgends festgelegt.²¹⁸ Somit ist auch nicht ersichtlich, dass der Staat durch die Integration der Beamten in eine Bürgerversicherung nicht mehr seiner Fürsorgepflicht nachkommen kann. Ein Ersetzen der individuellen Beihilfe durch eine pauschale Beihilfe in Form eines Zuschusses zur Bürgerversicherung wäre somit prinzipiell möglich. Dies wurde bereits in einigen Bundesländern umgesetzt. So hat Hamburg für seine Beamten durch die Einführung einer pauschalen Beihilfe zum 1. August 2018 die Krankheitsvorsorge in der GKV angepasst. Neu eingestellte Beamte erhalten die Möglichkeit, auf Antrag einen Zuschuss zur GKV zu erhalten, welcher dem Arbeitgeberbeitrag nach § 249 SGB V entspricht. In dem Gesetzentwurf wird die neue Form der Beihilfe mit dem Argument legitimiert, dass eine Gleichberechtigung zwischen gesetzlich und privat versicherten Beamten erreicht werden kann. Ferner bezog sich die Hamburger Bürgerschaft auf das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 13. November 1990. In diesem wird festgehalten, dass der Dienstherr zwar Vorkehrungen treffen müsse, um die Beamten vor finanzieller Belastung bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu schützen. Die Art und Weise und ob es sich dabei um Sachleistungen oder Zuschüsse handelt, ist jedoch nicht weiter festgelegt.²¹⁹ Somit lässt sich das Argument der Kritiker entkräften. Die Einführung der Bürgerversicherung hinsichtlich der Integration von Beamten ist nicht verfassungswidrig.

4.1.3 Altersrückstellungen

Die verfassungsrechtliche Frage über den Schutz der Altersrückstellungen könnte sich in der praktischen Umsetzung als hinderlich erweisen. Diese unterliegen laut Kritikern der Bürgerversicherung dem Eigentumsschutz nach Artikel 14 Absatz 1 GG. Dieser Vorwurf wurde bereits bei der Einführung des Basistarifs in der PKV durch das Bundesverfassungsgericht thematisiert. Mit der Einführung des Basistarifs wurde es erstmalig möglich, bei einem Wechsel innerhalb der

²¹⁸ Vgl. Engelen-Kefer (2004), S. 139.

²¹⁹ Vgl. Bürgerschaft der freien Hansestadt Hamburg, LT-Drucks. 21/11426, S. 3 f.

PKV Altersrückstellungen zum neuen Versicherer mitzunehmen. Aus diesem Grund klagten Versicherungsunternehmen auf Grundlage des Artikels 14 Absatz 1 GG mit der Begründung, dass Altersrückstellungen Eigentumspositionen seien, welche beim jeweiligen Versicherungsunternehmen zu verbleiben haben. Somit sei eine Portabilität der Altersrückstellungen nicht mit dem Grundgesetz vereinbar. Das Bundesverfassungsgericht kommt jedoch zu dem Urteil, dass es sich bei Altersrückstellungen nicht um individuelle Sparvorgänge wie bei einer kapitalbildenden Lebensversicherung handelt. Vielmehr unterliegen diese einer kollektiven Risikokalkulation, die dem Zweck dient, erhöhte Krankheitskosten zu vermeiden. Kommt es bei einer Lebensversicherung zu einer konkreten Auszahlung des Sparbetrages, sei die Altersrückstellung lediglich ein Kalkulationsposten.²²⁰ Da es sich bei den Altersrückstellungen nicht um Eigentumspositionen handelt, unterliegen sie auch nicht dem Artikel 14 Absatz 1 GG. Eine Mitnahme der Altersrückstellungen ist somit grundsätzlich möglich. Dadurch, dass nur privaten Versicherten, die in den letzten fünf Jahren Mitglied in der PKV geworden sind, ein Rückkehrrecht in die Bürgerversicherung eingeräumt, dies aber nicht zwanghaft vorgenommen wird, ergibt sich in der praktischen Umsetzung der Bürgerversicherung in Bezug auf die Altersrückstellungen folglich keine Hürde.²²¹

4.1.4 Steuersystem und Berufsfreiheit

Ein weiterer Aspekt, den es vor Einführung der Bürgerversicherung verfassungsrechtlich zu untersuchen gilt, ist die Ähnlichkeit, die der Sozialversicherungsbeitrag zur Einkommenssteuer erlangt. Durch die Verbeitragung aller Einkommensarten sowie die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger in eine Krankenversicherung seien Einkommenssteuer und Krankenversicherungsbeitrag nicht mehr voneinander zu unterscheiden. Insofern würde es sich bei den Krankenversicherungsbeiträgen um eine zweite Einkommenssteuer handeln.²²² Im Kern lässt sich diese Argumentation dadurch entkräften, dass sich trotz einer Kongruenz in der Bemessungsgrundlage ein Unterschied in der Mittelverwendung erkennen lässt. Während die Einkommenssteuer dem allgemeinen staatlichen

²²⁰ Vgl. BVerfG, Urteil des Ersten Senats, Beschl. v. 10.06.2009, 1 BvR 706/08 – Rn. (198 – 204), S. 49 f.

²²¹ Vgl. Fisahn (2013), S. 79 f.

²²² Vgl. Deutscher Bundestag (2010), S. 30.

Haushalt zugeordnet wird, fließen die Krankenversicherungsbeiträge dem Gesundheitsfonds zu.²²³ Die Sozialversicherungsbeiträge sind grundsätzlich zweckgebunden. Dies ist bei der Einkommenssteuer nicht der Fall.²²⁴

Ebenso zweifeln Kritiker die Verfassungsmäßigkeit der Bürgerversicherung an, da durch die Einführung der Bürgerversicherung die Beschäftigten der Versicherungsunternehmen in ihrer Berufsfreiheit eingeschränkt werden.²²⁵ Begründet wird dies auf Grundlage des Artikels 12 Absatz 1 GG. So können die Beschäftigten mit Einführung der Bürgerversicherung ihren Beruf nicht mehr ausüben und werden vermutlich entlassen. Artikel 12 Absatz 1 GG schützt jedoch lediglich die freie Berufsausübung, jedoch nicht den Arbeitsplatz oder das Recht auf Arbeit. Ferner könnte, selbst wenn ein Eingriff in die Berufsfreiheit der Beschäftigten attestiert wird, dies verfassungsrechtlich gerechtfertigt werden, da die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems als überragend wichtiges Interesse des Gemeinwohls gesehen werden kann. Somit wäre die Einschränkung der Berufsfreiheit verhältnismäßig und gerechtfertigt.²²⁶

4.2 Auswirkungen auf die Beschäftigten im dualen System

4.2.1 Beschäftigte der GKV

Die Ausführungen der Rürup-Kommission zu einer Bürgerversicherung gehen detailliert auf die Stärkung der Einnahmenseite ein. Einige Aspekte, welche bei einer Einführung der Bürgerversicherung von Relevanz sind, greift das Reformkonzept jedoch nicht auf. Durch die sukzessive Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV werden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich zuvor für die PKV entschieden haben, etappenweise versicherungspflichtig in der neu geschaffenen Bürgerversicherung. Diese Zahl der wechselnden Personen lässt sich durch die Steuerung der Versicherungspflichtgrenze lenken und quantifizieren. Der Kommissionsvorschlag sieht von einem generellen Rückkehrrecht ab.²²⁷ Die Zahl der potenziellen Rückkehrerinnen und Rückkehrer lässt sich vorab nicht exakt beziffern. Es ist davon auszugehen, dass nur Versicherte von dem Rückkehrrecht Gebrauch machen werden, welche sich davon einen Vorteil versprechen. Die Folge wäre eine negative Selektion, die zu Lasten der Solidarität der GKV führen würde. Dies wirkt sich gegebenenfalls beitragsatzsteigernd

²²³ Vgl. Greß / Bieback (2013), S. 45.

²²⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2010), S. 30.

²²⁵ Vgl. ebd., S. 8 f.

²²⁶ Vgl. Fisahn (2013), S. 122.

²²⁷ Vgl. Engelen-Kefer (2004), S. 143.

aus.²²⁸ Vor Einführung einer Bürgerversicherung muss geklärt werden, welche Effekte durch die Einführung eines allgemeinen Rückkehrrechts erzielt werden und ob dies tatsächlich zu Lasten der GKV geht. Zudem führt der Bestandsschutz der Altverträge in der PKV zu einer langen Übergangsphase. Hier sollte überprüft werden, wie diese Übergangsphase durch Anreize zum Wechsel in eine Bürgerversicherung minimiert werden kann.

Darüber hinaus führt die Umstellung des dualen Krankenversicherungssystems auf eine Bürgerversicherung zu einem hohen Maß an Organisation und Verwaltung. Die Integration der privat Versicherten in die GKV hätte eine steigende Versichertenzahl zur Folge. Diese gilt es zusätzlich zu betreuen. Zudem werden bei allen Versicherten weitere Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen. Dies führt zu einem zusätzlichen Meldeaufwand für alle Versicherten. Des Weiteren entsteht für die Krankenkassen ein erhöhter Prüfaufwand.²²⁹ Die Rürup-Kommission bietet für die Prüfung der Beitragspflicht zwei Alternativen an. Eine dieser Alternativen ist die Übernahme des Verfahrens, welches aktuell bei den freiwillig Versicherten angewendet wird. Favorisiert wird jedoch, dass das Finanzamt als Prüf- und Einzugsstelle agiert.²³⁰ In der Simulation von ähnlichen Reformszenarien steigt der bürokratische Aufwand für die Bürgerinnen und Bürger von ca. 64 Tausend Tagen auf ca. 2,8 Millionen Tage pro Jahr. Für die Krankenkassen würde der finanzielle Prüfaufwand von 14,8 Millionen Euro auf 176,9 Millionen Euro steigen, sollte die Prüfung der Einkommen über diese erfolgen.²³¹ Fakt ist, dass der Prüfaufwand durch die Integration weiterer Einkommensarten zunimmt. Unabhängig davon, ob die Prüfung von den Krankenkassen oder den Finanzämtern erfolgt, muss sichergestellt werden, dass der administrative Mehraufwand durch mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgefangen wird. Bevor eine Bürgerversicherung eingeführt wird, muss evaluiert werden, welche Alternative sich am besten eignet, um den Aufwand möglichst gering zu halten.

²²⁸ Vgl. Engelen-Kefer (2004), S. 143.

²²⁹ Vgl. Albrecht et. al. (2013), S. 64.

²³⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 157.

²³¹ Vgl. Albrecht et. al. (2013), S. 64 f.

4.2.2 Beschäftigte der PKV

Während sich der Arbeitsaufwand in der GKV erhöht, fällt durch die Einführung der Bürgerversicherung und die Beendigung der substitutiven Krankenversicherung in der PKV der Kernbereich dieser Unternehmen weg. Damit einhergehend muss eruiert werden, ob die grundlegende Änderung der Sozialversicherung existenzbedrohend auf die PKV-Unternehmen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirkt. Dementsprechend sollten Diskussionen erfolgen, wie ein reibungsloser Übergang für diese Unternehmen und deren Beschäftigte in die neue Krankenversicherungsstruktur gewährleistet werden kann. Zwar sieht das Konzept der Kommission eine Übergangsphase vor, in der die Versicherungspflichtgrenze zur GKV angehoben wird, bevor diese aufgehoben wird, doch ist fraglich, ob so der Verlust des substitutiven Krankenversicherungsgeschäfts durch Zusatzversicherungen aufgefangen werden kann.²³² Ein Blick auf die Verteilung der Marktsegmente in der PKV zeigt, dass 2017 insgesamt 8.753.400 Versicherte in einer Krankheitsvollversicherung und 25.519.900 Versicherte in einer Zusatzversicherung betreut wurden. Das Umsatzvolumen der Zusatzversicherung lag lediglich bei 22,3 Prozent, wohingegen die Krankenversicherungen 77,7 Prozent des Umsatzes ausmachten.²³³ Bei Versicherungsunternehmen, die auch noch andere Versicherungssparten anbieten, würde die Einführung der Bürgerversicherung weniger existenzbedrohend sein als bei Unternehmen, welche sich überwiegend auf dem Krankenversicherungsmarkt profilieren.²³⁴

Durch die Beendigung der substitutiven Krankenversicherung in der PKV an einem Stichtag fällt ein großer Aufgabenteil der Mitarbeitenden in der PKV weg. Obwohl der Bereich der Zusatzversicherungen ausgebaut und die Bestandskundinnen und -kunden, die nicht zur Bürgerversicherung wechseln, weiter betreut werden, deckt dies dennoch nicht das aktuelle Aufgabenvolumen in der PKV. Dies liegt vor allem daran, dass die Mitarbeitendenstruktur in der PKV zu fünfzig Prozent aus Personen besteht, die im Akquise- und Vertriebsgeschäft tätig sind.²³⁵ Somit werden die PKV-Unternehmen zwangsläufig Mitarbeiterstellen abbauen, welche nicht durch das Geschäft der Zusatzversicherung aufgefangen werden können.

²³² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), S. 149 f.

²³³ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), S. 16 f.

²³⁴ Vgl. Paquet (2013), S. 49 f.

²³⁵ Vgl. ebd. S. 92 f.

4.2.3 Lösungsmöglichkeiten für die Beschäftigten

Eine Möglichkeit, die dabei in Betracht gezogen werden kann, um den Abbau von Mitarbeitenden abzufedern, ist die Integration der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PKV in die GKV. So könnte der erhöhte Prüfaufwand, welcher in der GKV entstehen wird, aufgefangen werden. Ein Vergleich der Arbeitsmärkte von PKV und GKV zeigt jedoch, dass das Personal der PKV aufgrund fehlender Qualifikation nur durch einen immensen Schulungsaufwand in eine Bürgerversicherung zu integrieren ist.²³⁶ Alleine der direkte Vergleich zwischen den Ausbildungen zeigt Divergenzen. Die Beschäftigten in der PKV werden zum Kaufmann für Versicherungen und Finanzen ausgebildet. Der Schwerpunkt liegt auf Marketing und Akquisition. Dagegen werden die Beschäftigten in der GKV zu Sozialversicherungsfachangestellten ausgebildet. Der Fokus liegt hier eher auf dem Sozialversicherungsrecht und deren Anwendung. Auch in der Vergütung unterscheiden sich die beiden Branchen. Das Vergütungsniveau in der PKV liegt über dem Niveau der GKV. Sollten also Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PKV in die Bürgerversicherung übernommen werden, stellt sich die Frage, wie schnell diese die neuen Arbeitsprozesse beherrschen. Zudem ist unklar, ob die Vergütung der neu eingestellten Mitarbeitenden angepasst wird und wer die Mehrkosten trägt.²³⁷

Eine andere Option, die geprüft werden sollte, um massiven Stellenabbau zu vermeiden, ist die Möglichkeit, dass auch PKV-Unternehmen eine Krankenversicherung anbieten dürfen, welche einer Bürgerversicherung entspricht. Diese Alternative sehen die beiden Parteien SPD und BÜNDNIS90/Die Grünen vor.²³⁸ So können private Krankenversicherungsunternehmen im Rahmen des Wettbewerbes innerhalb der GKV eine Bürgerversicherung anbieten.²³⁹ Dies würde auch die Beteiligung am Gesundheitsfonds und dem damit verbundenem Risikostrukturausgleich bedeuten. Da die Verwaltungskosten in der PKV ca. drei Mal so hoch sind wie in der GKV, der Gesundheitsfonds für Verwaltungsaufwendungen jedoch nur eine Pauschale vorsieht, wird die PKV unter Beteiligung einer Bürgerversicherung sukzessiv Beschäftigte abbauen müssen, um wettbewerbsfähig zu bleiben.²⁴⁰

²³⁶ Vgl. Paquet (2013), S. 92 f.

²³⁷ Vgl. Paquet (2013), S. 81 ff.

²³⁸ Vgl. ebd. S. 72.

²³⁹ Vgl. Deutscher Bundestag (2009), S. 2.

²⁴⁰ Vgl. Paquet (2013), S. 40.

Will die Politik die Bürgerversicherung unter sozialverträglichen Bedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der PKV einführen, gerät sie zwangsläufig in Zielkonflikte. Erfolgt beispielsweise eine Integration der Mitarbeitenden aus der PKV in die Bürgerversicherung, so wäre dies mit erhöhten Verwaltungskosten in der GKV verbunden. Die Möglichkeit, dass auch Versicherungsunternehmen der PKV eine Bürgerversicherung anbieten könnten, würde zu einer Abschwächung der Wirkung der Bürgerversicherung führen. Auch kann die Politik die Wechselbereitschaft der PKV-Bestandskunden steuern, indem Anreize für Wechsel niedrig gehalten werden. Mit einer solchen Maßnahme werden zwar weniger Stellen in der PKV abgebaut, dafür verlängert sich jedoch die Übergangsphase in eine Bürgerversicherung.²⁴¹ Unter Beurteilung der genannten Argumente ist es fraglich, wie die Politik ihrer sozialpolitischen Verantwortung gerecht werden kann.

4.3 Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Die Einführung einer Bürgerversicherung hätte auch Auswirkungen auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Die Rürup-Kommission greift die Vergütungsunterschiede zwischen PKV und GKV zwar auf, eine Lösung hierfür wird jedoch nicht präsentiert. Geklärt werden muss bei einer Einführung der Bürgerversicherung die Frage der Abrechnungsgrundlage. Gewählt werden kann zwischen GOÄ oder EBM. Gegebenenfalls ist auch eine Mischlösung denkbar. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das ärztliche Vergütungsniveau der PKV über dem Niveau der GKV liegt.²⁴² Eine Übernahme des EBM auf alle Versicherte würde somit zu Einnahmeeinbußen der Leistungserbringer führen. Betroffen sind vor allem Leistungserbringer, die viele privat Versicherte als Patientinnen und Patienten haben. Sollen diese Einnahmeeinbußen abgedeckt werden, müsste das Vergütungsniveau der Ärztinnen und Ärzte in einer Bürgerversicherung angehoben werden. Dies hätte beitragsatzsteigende Auswirkungen von bis zu 0,36 Beitragssatzpunkten.²⁴³ Ferner führt die Veränderung der Abrechnungsgrundlage vermutlich zu einer Verschiebung der Ärzteniederlassungen. Es ist ein Modell zu wählen, welches Interessen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Krankenkassen in Einklang bringt. Die Frage nach der Abrechnungsgrundlage hätte nicht nur Auswirkungen auf die Leistungserbringer und den Beitragssatz. Je nachdem, wie die Abrechnungsgrundlage und der Leistungskatalog

²⁴¹ Vgl. Paquet (2013), S. 102 f.

²⁴² Vgl. Hagemeister / Wild (2019), S. 9.

²⁴³ Vgl. Rothgang et. al. (o. J.), S. 19 f.

einer Bürgerversicherung gestaltet wird, haben diese auch Anreizwirkungen auf die Wechselbereitschaft der privat Versicherten.²⁴⁴

Grundsätzlich erscheinen die genannten verfassungsrechtlichen Bedenken, die gegen eine Einführung der Bürgerversicherung sprechen, als entkräftet. Dennoch kann und wird es vermutlich zu verfassungsrechtlichen Klagen von benachteiligten Akteuren kommen. Zudem ist die verfassungsrechtliche Lage bei einem kompletten Systemwechsel diffizil. Verfassungsrechtliche Verletzungen ließen sich als verhältnismäßig einstufen, da die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems als wichtiges Interesse des Gemeinwohls angesehen werden kann.²⁴⁵ Neben den verfassungsrechtlichen Bedenken herrscht Klärungsbedarf bezüglich einer sozialverträglichen Lösung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PKV. Auch die Frage, wie der Mehraufwand in der GKV aufgefangen werden soll, ist noch unklar. Darüber hinaus müssen Lösungen für eine zukünftige Abrechnungsgrundlage für die Leistungserbringer geliefert werden. Da die Kommission eine Rückkehrmöglichkeit nur für einen Teil der privat Versicherten vorsieht, wird die Übergangsphase von einem dualen Krankenversicherungssystem in eine einheitliche Bürgerversicherung längerfristig ausgestaltet werden müssen. Über Anreize zu einem Wechsel in die Bürgerversicherung kann diese Übergangsphase verringert werden.

²⁴⁴ Vgl. Paquet (2013), S. 97 f.

²⁴⁵ Vgl. Fisahn (2013), S. 122.

5 Fazit

Im Rahmen dieses Beitrags wurden aktuelle und zukünftige Herausforderungen des dualen Krankenversicherungssystems herausgearbeitet und kategorisiert. Es lassen sich insbesondere Defizite im finanziellen Bereich, in der Beitragsbemessung, beim Solidaritätsprinzip, in der Versorgung und im Wettbewerb erkennen. Als eine mögliche Reformoption ist daher das Modell der Bürgerversicherung, in der Form wie es von der „Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ entworfen wurde, anzusehen.

Aufbauend auf den betrachteten Herausforderungen wurde dann mit Hilfe einer Nutzwertanalyse das duale Krankenversicherungssystem mit dem Modell der Bürgerversicherung anhand ausgewählter Kriterien verglichen. Es zeigt sich, dass die Bürgerversicherung sich durchaus eignet, um den Herausforderungen des dualen Krankenversicherungssystems besser zu begegnen – ganz lassen sich die demografiebedingten Herausforderungen jedoch auch auf diesem Weg nicht lösen. Ebenso bleibt unklar, ob die Herausforderungen im Bereich der Versorgung bewältigt werden können.

In Bezug auf eine mögliche Umsetzbarkeit der Bürgerversicherung spielen verfassungsrechtliche Hürden nach wie vor eine Rolle. Ferner wurden mögliche Auswirkungen auf die Beschäftigten und die Leistungserbringer des dualen Krankenversicherungssystems skizziert. Vor allem muss bei Einführung der Bürgerversicherung an einer sozialverträglichen Lösung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PKV gearbeitet werden. Klar ist, dass die Aufgabe der substitutiven Krankenversicherung in der PKV zu einem Stellenabbau führen wird. Unklar ist, wie die Bürgerversicherung eingeführt werden soll, ohne dass soziale Härten für die Mitarbeitenden der PKV entstehen. Hier bedarf es weiterer Forschung.

In den letzten Jahren ist es in der Debatte um eine mögliche Systemreform der deutschen Krankenversicherung tendenziell ruhiger geworden. Stattdessen bestimmten Themen wie die Grundrente oder eine mögliche Finanzierungsreform der sozialen Pflegeversicherung die sozialpolitische Agenda. Das Abkühlen der Debatte ist die logische Konsequenz der wirtschaftlichen Entwicklung der letzten Jahre. Das konjunkturabhängige System der GKV profitierte von steigenden beitragspflichtigen Einnahmen und einer niedrigen Arbeitslosenquote. Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch der Gesundheitsfonds konnten solide Rücklagen aufbauen. 2018 erzielten die gesetzlichen Krankenkassen das dritte Jahr in Folge ein positives Finanzergebnis.²⁴⁶

²⁴⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019), o.S.

Wie labil jedoch die Finanzierungsbasis der GKV ist, zeigen die Auswirkungen der Corona-Krise. So geraten die Finanzen der GKV in zweierlei Hinsicht unter Druck. Perspektivisch ist mit steigenden Ausgaben durch die Behandlung von Corona-Kranken sowie der getroffenen Präventionsmaßnahmen zu rechnen. Des Weiteren führen Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit zu einem Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen. Aus diesem Grund hat der Bund für das Jahr 2020 einen zusätzlichen Steuerzuschuss in Höhe von 3,5 Milliarden Euro bewilligt.²⁴⁷ Überdies hat der GKV-Spitzenverband weiteren Unterstützungsbedarf angemeldet. Durch die vom Koalitionsausschuss beschlossene „Sozialgarantie 2021“ und der damit einhergehenden Deckelung der Sozialversicherungsbeiträge auf maximal 40 Prozent, soll die Beitragsbelastung von Versicherten und Arbeitgebern begrenzt werden.²⁴⁸ Dies hat zur Folge, dass die Kosten, die im Zusammenhang mit der Corona-Krise entstehen, vermutlich auf nachfolgende Generationen verlagert werden. Die finanziellen Auswirkungen der Corona-Krise auf die GKV könnten somit neuen Schwung in die Debatte um eine mögliche Systemreform des dualen Krankenversicherungssystems bringen.

²⁴⁷ Vgl. Verband der Ersatzkassen (2020), o.S.

²⁴⁸ Vgl. Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (2020), o.S.

Literaturverzeichnis

- Engelen-Kefer, U. (Hrsg.) (2004): Reformoption Bürgerversicherung, Hamburg, VSA-Verlag.
- Götze, U. (2005): Investitionsrechnung, 5. Auflage, Berlin, Springer-Verlag.
- Greß, S. / Rothgang, H. (, 2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland, Bonn, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hajen, L. / Schumacher, H. / Paetow, H. (2011): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, 6. Auflage, Stuttgart, Kohlhammer Verlag.
- Hanusch, H. (2010): Nutzen-Kosten-Analyse, 3. Auflage, München, Verlag Vahlen.
- Kühnapfel, J. (2019): Nutzwertanalyse in Marketing und Vertrieb
- Porter, M. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag.
- Preusker, U. (2015): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen, 2. Auflage, Heidelberg, medhochzwei Verlag.
- Siebertz, K. / van Bebber, D. / Hochkirchen, T. (2017): Statistische Versuchsplanung, 2. Auflage, Springer-Verlag.
- Simon, M. (2016): Das Gesundheitssystem in Deutschland, 5. Auflage, Bern, Hogrefe Verlag.
- Warns, C. (2009): Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs, München, Herbert Utz Verlag.
- Wasmuth, T. (2012): Gesundheitsausgaben: Determinanten und Auswirkungen auf die Gesundheit. Theoretische Modellierung und empirische Analyse, Frankfurt, Internationaler Verlag der Wissenschaft.
- Wernitz, M. H. / Pelz, J. (2011): Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen, 1. Auflage, Stuttgart, Kohlhammer Verlag.

Internetquellen

- Albrecht, M. / Hofmann, J. / Reschke, P. / Schiffhorst, G. / Sehlen, S. (2006): Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. <https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e6061/e6577/e6597/e9918/e9920/attr_objs9929/Gesamt_060209_ger.pdf> (10.02.2006) [Zugriff 22.12.2019]
- Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S / Schliwen, A. (2010): Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung. <https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e5519/e5715/e8220/e8222/attr_objs12663/IGES_Institut_Wettbewerb_PKV_ger.pdf> (25.01.2010) [Zugriff 22.12.2019]
- Albrecht, M. / Sander, M. / Schiffhorst, G. / Loos, S. / Anijs, J / Rürup, B. (2013): Gerecht, nachhaltig, effizient. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_37846__2.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]
- AOK Bundesverband (2016): Reformdatenbank – die Suchmaschine zur Gesundheitspolitik. <<https://www.aok-bv.de/hintergrund/reformdatenbank/>> (keine Datumsangabe) [18.12.2019]
- Arentz, C. (2018): Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006. <http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Analyse_1_2018_Krankenversicherung_in_den_Niederlanden_seit_2006.pdf> (01.03.2018) [Zugriff 22.12.2019]
- Ärzteblatt (2017): Debatte um Bürgerversicherung neu entbrannt. <<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83659/Debatte-um-Buergerversicherung-neu-entbrannt>> (27.11.2017) [Zugriff 22.12.2019]
- Bahnsen, L. / Manthei, G. / Raffelhüschen, B. (2018): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Große Koalition, Große Kosten, <https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Argumente/Argument_142_Generationenbilanz_Update_2018_09.pdf> (01.09.2018) [Zugriff 22.12.2019]
- Bahnsen, L. / Kohlstruck, T. / Manthei, G. / Raffelhüschen, B. / Seuffert, S. (2019): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Fokus Pflegefall Pflegeversicherung? <https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Argumente/Argument_146_Generationenbilanz_2019_10_02.pdf> (01.10.2019) [Zugriff 22.12.2019]

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/c318-nachhaltigkeit-in-der-finanzierung-der-sozialen-sicherungssysteme.pdf?__blob=publicationFile> (01.08.2003) [Zugriff 18.12.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit, (2019): Krankenkassen erzielen in 2018 erneut hohen Überschuss von 2 Mrd. Euro. <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/1-quartal/finanzergebnisse-2018.html>> (07.03.2019) [Zugriff 31.01.2021]
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswert Januar-August 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_November_2019.pdf> (02.09.2019) [Zugriff 22.12.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Finanzergebnisse der Krankenkassen im 1. Halbjahr 2019. <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/3-quartal/finanzergebnisse-20191.html>> (04.09.2019) [Zugriff 22.12.2019]
- Bundesregierung (2018): Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. <<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1>> (12.03.2018) [Zugriff 18.12.2019]
- Bundeszentrale für politische Bildung (2015): Altersstruktur im Wandel. <<https://m.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/209140/info-grafiken>> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]
- Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (2020): „Sozialgarantie 2021“. <<https://www.dbb.de/td-dbb-aktuell/artikel/sozialgarantie-2021-begruesst/drucken/>> (11.06.2020) [Zugriff 29.09.2020]
- Deutscher Bundestag (2009): Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. <<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/002/1700258.pdf>> (16.12.2009) [Zugriff 22.12.2019]
- Deutscher Bundestag (2010): Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung. <<https://www.bundestag.de/resource/blob/423772/24fbcf9aa538acbc2da3cdd13a6e58df/WD-3-486-10-pdf-data.pdf>> (21.12.2010) [Zugriff 22.12.2019]

- Deutscher Bundestag (2018): Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“. <<https://www.bundestag.de/resource/blob/543314/9718c94eab41a8406e645cd6d5457caf/WD-9-058-17-pdf-data.pdf>> (05.01.2018) [Zugriff 22.12.2019]
- Fenge, R. (2003): Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen. <https://www.ifo.de/DocDL/ifosd_2003_14_2.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]
- Finkenstädt, V. (2017): Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik an der Debatte. <http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Wartezeiten_auf__Arzttermine.pdf> (01.12.2017) [Zugriff 22.12.2019]
- Fisahn, A. (2013): Eine Bürgerversicherung ist rechtens. <<http://www.jura.uni-bielefeld.de/lehrstuehle/fisahn/veroeffentlichungen/2014/Buergerversicherung.pdf>> (01.09.2013) [Zugriff 22.12.2019]
- GKV-Spitzenverband (2020): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. <https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2020_q3/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q3-2020_300dpi_2020-12-16.pdf> (01.12.2020) [Zugriff 10.03.2021]
- GKV-Spitzenverband (2021): Die gesetzlichen Krankenkassen. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp> (01.01.2021) [Zugriff 10.03.2021]
- Gnirke, K. (2017): Es droht der Ausgabenkollaps. <<https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/gesundheitsystem-deutschland-viele-reformen-wenig-wirkung-a-1170134.html>> (29.09.2017) [Zugriff 18.12.2019]
- Greß, S. / Bieback, K. (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. <https://www.awo.org/sites/default/files/2017-03/2013-07_AWO_Gutachten_Umsetzung_Buergerversicherung_01.pdf> (01.05.2013) [Zugriff 22.12.2019]
- Hagemeyer, S. / Wild, F (2018): Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2018. <http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Analyse_2_2018_Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_2018.pdf> (01.08.2018) [Zugriff 22.12.2019]

- Hagemeister, S. / Wild, F. (2019): Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2019. <http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Analyse_4_2019_Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_2019.pdf> (01.08.2019) [Zugriff 22.12.2019]
- IGES Institut (2017): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES_Publik_GKV-Beitraege_Dez2017.pdf> (06.12.2017) [Zugriff 22.12.2019]
- Inhoffen, L. / Posthofen, M. (2018): Chance für SPD: Mehrheit der Deutschen für Bürgerversicherung. <<https://yougov.de/news/2018/01/19/chance-fur-spd-mehrheit-der-deutschen-fur-burgerve/>> (19.01.2018) [18.12.2019]
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (o.J): Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote 1995 – 2018. <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Einkommen-Armut/Datensammlung/PDF-Dateien/abblI54.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]
- Kochskämper, S. (2017): Alternde Bevölkerung. Herausforderungen für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung. <https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/330668/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf> (23.03.2017) [Zugriff 18.12.2019]
- Kornelius, B. (2018): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. <https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2018.pdf> (01.07.2018) [18.12.2019]
- Mielck, A. / Lungen, M. / Korber, K. / Siegel, M. (2012): Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Folgen_unzureichender_Bildung_fuer_die_Gesundheit.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff: 01.11.2020]
- Ochmann, R. / Albrecht, M. / Schiffhorst, G. (2017): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige Teilbericht Beamte. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_KrankenversPflicht_Beamte_Selbststaendige_Teilbericht-Beamte_final.pdf> (10.01.2017) [Zugriff 22.12.2019]

- Paquet, R. (2013): Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. <https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_284.pdf> (01.06.2013) [Zugriff 22.12.2019]
- Raffelhüschen, B. / Peters, F. / Reeker, G. (2008): Ehrbarer Staat? Update 2017. <https://www.stiftung-marktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/2017/PK-Folien_Ehrbare_Staaten_Update_12_12_2017.pdf> (12.12.2017) [Zugriff 22.12.2019]
- Raffelhüschen, B. / Hagaist, C. / Moog, S. (2008): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. <http://www.stiftungmarktwirtschaft.de/fileadmin/user_upload/Generationenbilanz/Argument_103_Generationenbilanz_06_Migration.pdf> (01.09.2008) [Zugriff 22.12.2019]
- Rothgang, H. / Domhoff, D. (o. J. a): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer >>Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung<<. <https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]
- Rothgang, H. / Arnold, R. / Unger, R. (o. J. b): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. <http://www.biggi-bender.de/fileadmin/media/MdB/biggebender_de/Themen/Finanzierung/Gutachten_Buergerversicherung.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]
- Schlingensiepen, I. (2017): Im EU-Vergleich schneidet Deutschland sehr gut ab. <<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Im-EU-Vergleich-schneidet-Deutschland-sehr-gut-ab-297661.html>> (21.03.2017) [Zugriff 18.12.2019]
- Sozialpolitik-aktuell (2020): Beitragssatzentwicklung in der Sozialversicherung 1970 – 2020. <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tfiles/sozialpolitikaktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/tab116.pdf> (keine Datumsangabe) [Zugriff 04.01.2020]
- Statista (2019): Höhe des Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2004 bis 2019. <<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/244326/umfrage/zuschuss-des-bundes-zum-gesundheitsfonds/>> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]

Statista (2021): Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in den Jahren 2013 bis 2020.

<<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/>> (02.02.2020) [Zugriff 10.03.2021]

Sundmacher, L. / Ozegowski, S. (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an?

<https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Download_GG_Bedarfsplanung_Sundmacher_Ozegowski_VV_201312.pdf> (01.12.2013) [Zugriff 29.12.2019]

Verband der Ersatzkassen (2020): Daten zum Gesundheitswesen.

<https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html> (03.09.2020) [Zugriff 25.10.2020]

Verband der Ersatzkassen (2020): Coronakrise: Schwierige Zeiten für die gesetzliche Krankenversicherung.

<<https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2020-03-corona-schutzschirme/vorstandskommentar-coronakrise.html>> (18.06.2020) [Zugriff 30.08.2020]

Verband der privaten Krankenversicherung (o. J.): Wahlfreiheit.

<<https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/gute-gruende-fuer-die-pkv/wahlfreiheit/>> (keine Datumsangabe) [Zugriff 22.12.2019]

Verband der privaten Krankenversicherung (2018): Zahlenbericht der Privaten

Krankenversicherung 2017. <<https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2017.pdf>> (01.12.2018) [Zugriff 01.12.2019]

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2020)

P. an de Meulen / T. Christiaans / M. Drewes / S. Frohwerk / M. Göke /
P. Hennecke / T. Holtfort / K. Obermann / L. Rebeggiani / A. Spermann /
C. Thielscher / A.-K. Voit / C.B. Wilke / M. Wohlmann

Was kostet uns Corona?

Volkswirtschaftliche Auswirkungen einer globalen Pandemie

ISBN (Print) 978-3-89275-168-7 ISSN (Print) 2701-9403

ISBN (eBook) 978-3-89275-169-4 ISSN (eBook) 2701-9411

ISBN (Print) 978-3-89275-172-4

ISSN (Print) 2701-9403

ISBN (eBook) 978-3-89275-173-1

ISSN (eBook) 2701-9411



KCV KompetenzCentrum
für angewandte Volkswirtschaftslehre
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 57.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter [fom.de](https://www.fom.de)

KCV

Das KCV KompetenzCentrum für angewandte Volkswirtschaftslehre deckt ein breites Spektrum von der mikro- zur makroökonomischen sowie von der theoretischen zur empirischen Forschung ab. Besondere inhaltliche Schwerpunkte liegen in den großen Herausforderungen unserer Zeit: dem demografischen Wandel, der Globalisierung, dem Klimawandel sowie der Digitalisierung.

Neben dieser inhaltlichen Ausrichtung übernimmt das KCV eine Querschnittsfunktion im Bereich der Methodik und Data Literacy an der FOM Hochschule, indem fächerübergreifend vernetztes, analytisches Denken gefördert und sowohl für die Forschung als auch für die Lehre nutzbar gemacht wird.

Weitere Informationen finden Sie unter [fom-kcv.de](https://www.fom-kcv.de)



Im Forschungsblog werden unter dem Titel „FOM forscht“ Beiträge und Interviews rund um aktuelle Forschungsthemen und -aktivitäten der FOM Hochschule veröffentlicht.

Besuchen Sie den Blog unter [fom-blog.de](https://www.fom-blog.de)