

Hagen Kühn

»Privat oder Kasse?«

Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung

1. *Steigende Anteile der Privatversicherung*

Der Teil der Bevölkerung, der mit einer Privatversicherung eine volle Krankheitskostenversicherung abgeschlossen hat, nimmt mit wachsenden Steigerungsraten zu. Die PKV hatte an ihrem Tiefpunkt 1976 erst mit 7,3 Prozent der Bevölkerung eine volle Krankheitskostenversicherung abgeschlossen (gegenüber 90,3 Prozent der GKV); im Jahr vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) waren es bereits 9,7 Prozent (GKV: 87,8). Dahinter steht eine Steigerung um 32,3 Prozent der Versicherten¹. Während aber die jährlich zunehmenden Steigerungsraten im Durchschnitt 144.000 neue Vollversicherungsverträge ausmachten, weist der Rechenschaftsbericht des PKV-Verbandes für das Jahresende 1989 einen Bestand von 6,41 Millionen Vollversicherten aus. Bezogen auf das Vorjahresende ist dies nun eine Steigerung um 530 000 neue Vollversicherte. Mehr als jeder zehnte Krankenversicherte ist nun privat vollversichert, eine Steigerung gegenüber 1976 um 43 Prozent.

Der Schluß ist also zulässig, daß das GRG den längerfristig anhaltenden und sich verstärkenden Trend zur PKV begünstigt hat. Das war in mehrfacher Weise der Fall: Speziell im Hinblick auf die Einschnitte des GRG entwickelte die PKV im Bereich der privaten *Zusatzversicherungen* Ergänzungstarife, mit denen die Sozialversicherten sich gegen die Leistungseinschränkungen absichern können. Das führt natürlich den Gedanken eines finanziellen Anreizes zur geringeren Inanspruchnahme, der ansonsten von den Anhängern des Marktes im Gesundheitswesen bevorzugt wird, erst recht ad absurdum. Geboten wird Versicherungsschutz vornehmlich in den Bereichen Zahnersatz, Brillen und Auslandsreisen. Nach dem gesetzlich verordneten Wegfall des Zusatzkrankengeldes der Ersatzkassen (für die Bezieher von über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Einkommen) ist hier eine weitere Marktlücke entstanden, die mit neuen Krankentagegeldversicherungen genutzt wird. Es hätte dieser Logik entsprochen, wenn auch Spezialtarife zur Zuzahlung zu jenen Medikamenten angeboten würden, die nach der Festbetragsregelung fällig sind, aber offensichtlich verspricht man sich von den erhofften Preissenkungen bei Arzneimitteln einen

größeren Gewinn als durch Tarife, die diesen Effekt gefährden. Es ist klar, daß mit diesen Angeboten unmittelbar nur das Geschäft mit Zusatzversicherungen angekurbelt wird. Bereits 10,3 Prozent der in der GKV Versicherten hatten 1989 eine solche private Zusatzversicherung; dabei geht es am häufigsten um die Wahlleistungen im Krankenhaus, also das Ein- und Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung. Dafür stehen zuverlässige Zahlen von 1989, dem ersten Jahr nach dem GRG, noch aus². Der längerfristig größere Nutzen dürfte allerdings darin bestehen, daß sich die Versicherungsgesellschaften über diese Zusatztarife den Zugang zu neuen Kunden erschließen mit dem Ziel, komplette *Krankheitskostenversicherungen* zu verkaufen.

Im letztgenannten Bereich schlug kräftig zu Buche, daß mit dem GRG neue Personenkreise der PKV zugeführt werden: Arbeiter mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (1990: 54.900 DM) können, Beamte und Selbständige müssen nun privatversichert sein. Auch der gesetzliche Zwang zur drastischen Erhöhung des Kinderbeitrags für freiwillig Versicherte in der GKV — von etwa 60 DM auf rund 130 DM³ — hat zu einem sofortigen starken Anstieg der privatversicherten Kinder geführt (1989: plus 12,9 Prozent)⁴.

Eine weitere, vielleicht sogar die längerfristig wichtigste, begünstigende Wirkung für die PKV, die vom Gesundheitsreformgesetz ausgeht, liegt in den Kürzungen und Zuzahlungen für die GKV-Versicherten. Die Attraktivität einer privaten Versicherung erhöht sich damit für viele auch bei höheren Prämien.

2. *Kommerzielle Versicherung versus Solidarausgleich*

Der Wechsel vieler Versicherten aus der GKV in die PKV hat Folgen für alle Beteiligten. Allgemein gesprochen, vermindert er die Fähigkeit der GKV zum Solidarausgleich.

Das wichtigste substantielle Merkmal des Solidaritätsprinzips in der GKV ist die Zuteilung der medizinischen Leistungen nach dem Primat des *Bedarfs*, weitgehend unabhängig von der individuellen kaufkräftigen Nachfrage, während die Beiträge — bis zur gesetzlich fixierten Pflichtversicherungs- bzw. Beitragsbemessungsgrenze — proportional zum individuellen Einkommen steigen. Im Unterschied zur kommerziellen Versicherung führt also ein systematisch ermittelbares höheres Krankheitsrisiko (aufgrund Vorerkrankungen, Alter, Geschlecht etc.) nicht zu höheren Beiträgen. Limitiert wird der Solidarausgleich allerdings durch die Beitragsbemessungsgrenze. Versicherte mit einem darüber liegenden Einkommen bezahlen einen prozentual geringeren

Beitrag. Grob gesagt, beschränkt sich der soziale Ausgleich auf die Gruppe mit unterhalb der Grenze liegenden Einkommen⁵. Generell findet ein Ausgleich statt zwischen:

- gesunden und kranken Versicherten;
- jungen und alten Versicherten;
- männlichen und weiblichen Versicherten;
- zwischen Versicherten mit und ohne Familienangehörigen;
- Erwerbstätigen und Rentnern⁶.

Nach dem kommerziellen Versicherungsprinzip hingegen muß gerade dies ausgeschlossen werden. Die Prämien werden hier nicht nach dem Einkommen, sondern nach dem erwarteten Krankheitsrisiko bemessen. Die Versicherten werden in den jeweiligen Tarifen in möglichst homogene Risikoklassen mit entsprechenden Prämien eingeteilt. Ein systematischer sozialer Ausgleich zwischen diesen Gruppen ist ausgeschlossen.

Ein Risikomerkmale, an dem sich das besonders deutlich zeigt, ist das *Alter*: Die GKV verzeichnete 1988 Beitragseinnahmen von Rentnern und den Rentenversicherungen von 21,1 Mrd. DM, ihre Leistungsausgaben für diese Gruppe hingegen beliefen sich auf 52,6 Mrd. DM⁷. Anders ausgedrückt: Würde das kommerzielle Versicherungsprinzip angewendet, dann müßten die Beiträge für Rentner in der GKV das Zweieinhalbfache betragen. Damit wäre allerdings ein erheblicher Teil alter Menschen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, da ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten überschritten wären. Je mehr 'Nettozahler' aus der Solidargemeinschaft herausgenommen werden, desto höher ist der Beitragssatz und desto größer der Konkurrenzvorteil der PKV um jüngere »gute Risiken«. Ohne diesen Solidarausgleich wäre andererseits der GKV-Beitrag für die erwerbstätigen Mitglieder ganz erheblich niedriger.

Gerade bei den Älteren kommt nun aber auch auf die PKV eine bedenkliche Entwicklung zu: Dem Prinzip nach sollen und können die Prämien nicht wegen des Alterwerdens steigen, denn über die Eingruppierung entscheidet das Alter bei Vertragsabschluß. Ein Teil der Beiträge im jungen Alter wird als »Altersrückstellung« kumuliert. In diese wurde jedoch nur das 'Risiko' des Alterwerdens, nicht dasjenige von Preissteigerungen bei Arzthonoraren, Zahnersatz, Krankenhausleistungen usw. einbezogen. Das ist kein Versehen, sondern hat seinen Grund darin, daß andernfalls die unterhalb der GKV liegende Prämie für junge, gut verdienende Angestellte hinfällig würde.

In der gegenwärtigen Praxis werden die jungen Privatversicherten gegenüber ihren Altersgenossen, die in der GKV sind, dadurch bevor-

zugt, daß sie wenig am intergenerativen und nicht am sozialen Solidarausgleich teilnehmen. Die PKV kalkuliert für jede einzelne Altersgruppe und für jeden einzelnen Tarif (Arztbehandlung, Zahnersatz etc.) getrennt. Die Altersrückstellung und damit der Rücklagentopf ist nur auf den bisherigen Beitrag bezogen, während der preisbedingt hinzukommende Prämienanteil über weitere Erhöhungen aufgebracht werden muß. Es entsteht damit praktisch jedes Mal eine teilweise neue Versicherung, die nach dem inzwischen erreichten Alter berechnet und zur bisherigen Prämie addiert wird. Da die verbleibende Vertragslaufzeit für die neuerliche Rücklagenbildung immer kürzer wird, kommt es zwangsläufig zu überproportionalen Beitragssteigerungen für Ältere. Den betroffenen Altversicherten wird häufig der Umstieg auf neue und billigere Tarife empfohlen. Die Prämie ist dann aber ebenso hoch wie bei Neukunden, da ihnen insgesamt ihr aktuelles Alter berechnet wird⁸.

Folgender immanenter Mechanismus der PKV erweist sich für die älteren Versicherten als besonders problematisch: Durch permanent neue Tarifkreationen werden die homogenen Versichertengruppen, innerhalb derer ein Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken stattfindet, immer kleiner. Der provisionsgesteuerte Außendienst, für den ein immenser Anteil der Beitragseinnahmen (11,2 Prozent) ausgegeben wird⁹, verkauft überwiegend die neuen, von Altlasten freie Tarife, wodurch verhindert wird, daß in den Alttarifen junge und gesunde Versicherte mit entsprechenden Altersrückstellungen hinzukommen.

Die PKV kommt hier in eine nicht ungefährliche Situation: Auf der einen Seite ist bei den Versicherungsgesellschaften ein regelrechtes Gründungsfieber in Erwartung und Folge des GRG ausgebrochen. Andererseits wird die Entwicklung bei den Prämien für die Altversicherten nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Marktimage der PKV bedrohlich. Viele ältere Menschen, die in jungen Jahren durch die relativ niedrigen Tarife für die PKV geworben werden konnten, müssen jetzt einen beträchtlichen Teil ihrer Rente für Prämien ausgeben (laut Presseberichten sollen 20 bis 30 Prozent keine Seltenheit sein¹⁰). Vor dem GRG wechselte ein beachtlicher Teil der älteren Versicherten bei Erreichen der Pensionsgrenze wieder in die GKV über. Die Kosten der häufiger kranken Alten, die vorher nicht am Solidarausgleich teilgenommen haben, konnten den GKV-Versicherten aufgeladen werden, während die von diesen Versicherten angesammelten Altersrückstellungen bei den privaten Unternehmen zurückblieben. Da läßt es sich leicht vom 'Wettbewerb' reden.

Die neue Regelung des GRG, die dies nun unmöglich macht, entspricht zweifellos dem allgemeinen Gerechtigkeitssinn. Aber individuell entstehen dadurch viele Härtefälle. Versicherungsnehmer, die ihre Prämien nicht mehr bezahlen können, haben sich individuell oder organisiert an Gerichte und Öffentlichkeit gewandt. Die PKV scheint damit unter einen gewissen Druck geraten zu sein. Bereits 1988 wurden aus zinsgespeisten Rückstellungen für die Beitragsrückerstattung (z.B. im Falle der Nichtinanspruchnahme) immerhin 973,2 Mio.DM entnommen, um rechnerisch fällige Prämiensteigerungen zu begrenzen¹¹.

Ein weiterer Versuch, mit dem Problem fertig zu werden, ist die Einführung des sogenannten Basistarifs. Dieser wird den durch das GRG neu erschlossenen einkommensschwachen Gruppen, d.h. den privatversicherten Rentnern und geringverdienenden Selbständigen und Beamten offeriert. Geworben wird mit besonders niedrigen Prämien, die bis zu 40 Prozent unterhalb derer für normalen Versicherungsschutz liegen sollen¹². Etwa die Hälfte der PKV hat solche Angebote 1989 gemacht¹³. Da im kommerziellen Versicherungssystem eine Umverteilung aus anderen Tarifgruppen bzw. ein sozialer Ausgleich nicht stattfindet, versucht man die Kosten dieser Tarife zu einem Teil auf die Kunden (hohe Selbstbeteiligung, eingeschränkte Leistungspalette) und zu einem anderen Teil auf die Anbieter zu überwälzen. Die Versicherten können dem aus wirtschaftlichen Gründen teilweise nicht ausweichen. Die PKV schätzte anfangs das Kundenpotential des Basistarifs auf 10 Prozent der PKV-Versicherten¹⁴. Jedoch widersetzen sich die Anbieter, insbesondere die Ärzteverbände strikt der Idee, für die Behandlung der 'Basisversicherten' Sonderkonditionen zu gewähren. Die PKV fordert für diese Gruppe niedrigere Multiplikatoren, z.B. bei Ärzten maximal 1,7 und bei Zahnärzten das 2,3fache der Gebührenordnung. Die Bundeszahnärztekammer wird zitiert mit einer Verlautbarung, nach der sie es ablehnt, »die guten Gewinne der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch Verzicht auf Honorar noch zu steigern«¹⁵. Fest steht, daß die Ärzte zu dieser Subventionierung der Versicherungen keinerlei Verpflichtung haben. Das Schicksal des Basistarifs ist noch unklar und offen. Im letzten PKV-Rechenschaftsbericht ist lediglich davon die Rede, er sei von Krankenversicherern eingeführt worden, »die auf sich zusammen rund die Hälfte des Marktes der PKV vereinigen«, weitere Unternehmen würden folgen und ein solcher Versicherungsschutz bestehe »erst für wenige Personen«¹⁶.

Mit dem kommerziellen Versicherungsprinzip werden nicht nur das Alter, sondern auch Merkmale und Ereignisse wie Geschlechtszugehörigkeit und Einkommensminderung zu individuellen wirtschaftlichen

Risiken im Zusammenhang mit Krankheit. Beispielsweise ist das Kostenrisiko der *Frauen* höher als das der Männer. Nimmt man — als den deutlichsten Fall — die Altersgruppe der 28jährigen und setzt die erstatteten Kosten der Männer gleich 100, dann ist die Rechnung für ambulante ärztliche Behandlung und Arzneimittel der Frauen mehr als doppelt so hoch, die Krankenhauskosten erreichen sogar fast das Dreifache¹⁷. Versicherungsmathematisch wird dieses erhöhte 'Risiko' in geschlechtsspezifisch differenzierte Prämien umgerechnet. Der ökonomische Anreiz für Frauen, von der GKV zur PKV überzuwechseln ist durch die hohen Prämien erheblich geringer. Daher sind nur 33,9 Prozent der privaten Krankheitskostenversicherungen auf Frauen ausgestellt (Männer: 47,7 und Kinder:18,4)¹⁸.

3. Soziale Kosten der Privatversicherung

Am Frauenanteil zeigt sich exemplarisch ein generelles Merkmal des Verhältnisses von GKV und PKV: Gruppen mit dem höheren Kostenrisiko sind systematisch in der PKV unter- und entsprechend in der GKV überproportional vertreten. Der häufig geäußerte Vorwurf gegenüber dem Marktverhalten der PKV, dieses sei auf ein Herauspicken der 'Rosinen' zum Nachteil der GKV ausgerichtet, ist als moralischer Vorwurf ungerechtfertigt, denn es ist nichts weniger als die wirtschaftliche Existenzbedingung kommerzieller Krankenversicherungen.

Neulich wurde eine empirische Studie über die Ökonomie der PKV-GKV-Beziehung vorgelegt¹⁹. Sie kann als Exempel dafür gelten, wie mit exakten Zahlen und sorgfältiger Berechnung, aber der falschen Fragestellung Apologetik produziert werden kann: Zum Zeitpunkt der Berechnung befanden sich — mit abnehmender Tendenz — rund 3,4 Mio. freiwillige Mitglieder mit weiteren rund 4,5 Mio. mitversicherten Familienangehörigen in der GKV. Die Frage war, ob diese nicht von den Pflichtmitgliedern (d.h. jenen Versicherten, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt) subventioniert werden. Eine solche Fragestellung — die gängig ist — legt nahe, aus ihrer Bejahung auf die Schlußfolgerung zu kommen, dann sei es für die Pflichtversicherten 'selbstverständlich' günstiger, wenn alle freiwillig Versicherten der PKV überantwortet würden. Die Berechnungen ergaben nun folgendes: Vergleicht man die Summe der Leistungsausgaben, der anteiligen Verwaltungskosten und der kalkulatorischen Rückstellungen für das Rentenalter mit den Einnahmen aus den Beiträgen dieser Gruppe, dann kommt man auf ein Defizit — d.h. tatsächlich eine Subventionierung durch die Pflichtversicherten — von rund 1 Mrd. DM.

Allerdings zeigt die detaillierte Betrachtung, daß dieser Effekt überwiegend bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen auftritt. Dort ist er bedingt durch Personen, die gesetzlich aus der Versicherungspflicht bzw. der Mitversicherung als Familienangehörige herausgefallen, zugleich jedoch Bezieher niedriger Einkommen sind. Dies sei — so die Studie — sozialpolitisch durchaus erwünscht, letztlich könne deshalb nicht von einer Subventionierung gut verdienender freiwillig Versicherter durch Pflichtversicherte gesprochen werden. Bei den Ersatzkassen betrage das Saldo etwa Null. Das spreche dafür — so die praktische Empfehlung — die Verteilungsbedingungen zwischen PKV und GKV im wesentlichen unangetastet zu lassen.

Das ordnungspolitisch entscheidende Problem ist aber nicht eine solcherart berechnete Subventionierung, sondern der Umstand, daß die PKV dem *Solidarausgleich* der gesetzlichen Krankenversicherungen genau jene Versicherten entzieht, bei denen das Saldo nicht Null, sondern positiv wäre. Insbesondere bei Anhebung oder Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze würde das für *alle* Versicherten zu erheblichen Beitragssenkungen führen, wenn die Bevölkerungsgruppe mit überdurchschnittlich hohen Einkommen und unterdurchschnittlichem Krankheitsrisiko einbezogen würde. Die GKV »subventioniert« also die PKV mit jedem 'guten Risiko', das von dieser unter Vertrag genommen werden kann. Hier liegen die sozialen Kosten der PKV, mit denen die Beitragszahler der GKV belastet werden.

Andererseits belegt die Berechnung aber indirekt, daß — bei gegebener Höhe der Prämien — die PKV das über der Pflichtversicherungsgrenze verdienende Potential fast optimal ausgeschöpft hat. D.h. bei gegebener Prämienhöhe und Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze sind nur noch geringe weitere Einbrüche in diesem Bereich kommerziell lohnend²⁰. Aber: Sowohl weitere Beitragssteigerungen, Leistungskürzungen und Selbstbeteiligungsregelungen, als auch die mögliche weitere Stärkung der PKV-Position nach einer fälligen Krankenversicherungsreform können weiteren Spielraum für Prämien erhöhungen geben und damit auch die Voraussetzung für die weitere Ausdehnung des privatversicherten Personenkreises liefern.

4. Sind Privatversicherungen kostengünstiger?

4.1. Leistungsausgaben

Zugespitzt ausgedrückt: Die attraktiven Prämien für die gut verdienenden, jungen Männer verdanken sich nicht einer effizienteren, kostengünstigeren Versorgung durch den kommerziellen Versicherungsmarkt, sondern dem Umstand, daß sie nichts zum Solidarausgleich beitragen. Das kann zunächst mit Blick auf die wichtigsten Ausgabenposten bei den Versicherungsleistungen unschwer illustriert werden:

Nicht nur das Niveau der Arzt-, Chefarzt- und Zahnarzthonorare ist durch die Möglichkeit, die Sätze der Gebührenordnung mit 'Multiplikatoren' zu vervielfachen, höher, sondern auch deren Steigerungsraten. Zwischen 1980 und 1988 kletterten die Ausgaben der PKV für ambulante Behandlung um 59,6 Prozent (GKV: 41,5 Prozent) und für stationäre Behandlung um 74,1 Prozent bei den Gesamt- und 90,6 Prozent bei den Pflegekosten (GKV: 60,0 Prozent). Bei Zahnersatz und Zahnbehandlung stiegen die Ausgaben um 62,2 Prozent gegenüber 31,4 Prozent bei der GKV; vergleicht man den Zeitraum vor dem Vorzieheffekt des GRG bis 1986, dann ist die Relation sogar 42,1 Prozent (PKV) zu 9,3 Prozent (GKV). Lediglich bei den Arznei- und Verbandsmitteln hatte die GKV etwas höhere Zuwächse (53,3 zu 63,0 Prozent)²¹.

Interessant ist auch der hohe Prozentsatz, mit dem die ärztlichen und zahnärztlichen Anbieter ihre Leistungen mit einem Faktor multiplizieren, der die Möglichkeiten voll ausschöpft (Niedergelassene Ärzte: 90,6 Prozent; Chefärzte: 85,9 Prozent; Zahnärzte: 80,0 Prozent) oder darüber hinausgeht (2,5; 11,4; 6,7 Prozent)²². Die Bemühungen um Kostendämpfung im Bereich der Honorare waren also von geringem Erfolg gekrönt. Anzumerken ist hier noch, daß die PKV einen nicht unbeträchtlichen Druck auf die Krankenhäuser ausübt. 1989 wurde erstmals ein Gerichtsurteil (Siegen) über die Angemessenheit der Höhe der Wahlleistungszuschläge im Krankenhaus erreicht, das zu beträchtlichen Absenkungen führte²³. Je weiter sich die 'Angemessenheit' dieser Zuschläge den tatsächlichen Mehrkosten annähert oder diese sogar unterschreitet, desto mehr geht der vielleicht einzige soziale Ausgleichseffekt, den die PKV-Ausgaben haben könnten, verloren. Denn vermutlich können bisher viele Krankenhäuser mit Mehreinnahmen auf diesem Gebiet, Defizite anderer Bereiche decken. Bemerkenswert ist aber eine Rechtsprechung, die im Krankenhausrecht mehr und mehr den Marktpreis begünstigt, aber ausgerechnet dann auf die tatsächlichen Kosten rekurriert, wenn es um die Interessen privater Versicherungsunternehmen geht.

Zurück zur Kostensituation der PKV: es ist also leicht zu erkennen: Das für einige Personengruppen der PKV-Versicherten günstigere Preis-Leistungsverhältnis kann in keinem Fall auf niedrigere Leistungsausgaben zurückgeführt werden. Es ist aber auch ebensowenig das Resultat geringerer Kosten bzw. einer effizienteren Arbeitsweise der Versicherung. Diese These wird diejenigen erstaunen, die dem sorgfältig gehegten Glauben anhängen, öffentliche Institutionen müßten 'naturgemäß' bürokratischer und verschwenderischer sein als kommerzielle.

4.2. Kosten des Versicherungsbetriebes

Die Publikationen des PKV-Verbandes beeindrucken mit einer sogenannten 'Leistungsquote' von 96,15 Prozent, die den Anteil an den Beiträgen wiedergeben soll, »der als Leistungen zugunsten der Versicherten verwendet wird«. Diese sei »die adäquate Bezugsgröße«, um die private und gesetzliche Krankenversicherung miteinander zu vergleichen²⁴.

Die eingehende Kritik dieser sogenannten Leistungsquote kann hier nicht erfolgen, aber zwei Besonderheiten seien genannt: Als »Leistungen« werden in voller Höhe die »Zuführungen zur Altersrückstellung« eingesetzt. Hiernach erhalten die Versicherten denselben Betrag zweimal: zunächst wenn er zurückgestellt, später noch einmal, wenn die Rückstellung für den Versicherungsfall mobilisiert worden ist. Auch die »Aufwendungen für Beitragsrückerstattung« werden den »Leistungen« zugeschlagen. Nach dieser Logik könnte eine Institution, die Beiträge einzieht und wieder zurückzahlt auf eine »Leistungsquote« von 100 Prozent kommen.

Von Flensburg bis zum Bodensee übernehmen die Medien kritiklos diese Erfolgsziffer, dabei müßte schon ein zweiter Blick mißtrauisch machen: Zieht man nämlich den an anderer Stelle für 1988 ausgewiesenen Posten »Verwaltungskosten« in Höhe von 618,5 Mio. DM (4,1 Prozent) von den Beitragseinnahmen ab, dann kommt man bereits auf einen Wert von 95,9 Prozent, der die »Leistungsquote« unterschreitet. Die einzig »adäquate Bezugsgröße« ist also allein schon rechnerisch unmöglich. Ein weiterer, noch weit größerer Posten, sind die »Abschlußkosten«. Diese werden von der PKV-Berichterstattung nicht zu den Verwaltungskosten gerechnet, obwohl entsprechende (wenn auch erheblich niedrigere) Kostenbestandteile der GKV selbstverständlich darunter gebucht werden. Der Grund dürfte darin liegen, daß man auf einen mit der GKV vergleichbaren Verwaltungskostenanteil kommen

möchte. Als »Abschlußkosten« werden darum praktisch der gesamte Marketing-Bereich, insbesondere aber die gezahlten Provisionen für Neuabschlüsse und Umstellungen der Versicherungsverträge zusammengefaßt. Niemand würde ernsthaft behaupten wollen, solche Ausgaben repräsentierten »Leistungen zugunsten der Versicherten«; es handelt sich nämlich um Kosten im ganz traditionellen Sinne.

Nimmt man also nur die »Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb« (das sind die Kosten ohne Steuern und ohne den unklaren Posten »sonstige Aufwendungen und Erträge«), dann sind das immerhin schon 12,53 Prozent der gesamten Einnahmen aus Beiträgen, Entnahmen aus Rückstellungen und Vermögen (18,51 Mrd.DM). Allerdings müssen dann noch von den Beitragseinnahmen die »Aufwendungen für Beitragsrückerstattungen« (1,24 Mrd.DM) abgezählt werden. Dadurch steigt der Anteil allein dieses Kostensegments an den Einnahmen auf 13,43 Prozent der gesamten Einnahmen und 17,25 Prozent des Netto-Beitragsaufkommen (Beiträge minus Rückzahlungen).

Addiert man zu den Werten der »Aufwendungen für Versicherungsfälle« (11,56 Mrd.DM) großzügig die gesamte »Zuführung zur Altersrückstellung« (2,78 Mrd.DM), dann nimmt der Aufwand für Verwaltung, Marketing, Provisionen für Abschlüsse und Umstellungen immerhin 16,18 Prozent (also eine eher untertriebene Zahl) der Leistungen in Anspruch.

Diese Ziffern können nun mit der GKV verglichen werden. 1988 standen hier den Einnahmen aus Beiträgen (128,19 Mrd.DM) und anderen Quellen (4,49 Mrd.DM) Leistungsausgaben von 128,04 Mrd.DM gegenüber. Die ausgewiesenen »Verwaltungskosten« von 6,2 Mrd. DM schließen sämtliche Aufwendungen für den Betrieb, einschließlich werbender Maßnahmen, Auskunfts- und Beratungsdienstleistungen ein. Die amtliche Statistik nennt einen Verwaltungskostenanteil von 4,6 Prozent²⁵, berechnet nach den hier zitierten Angaben kommt man auf 4,84 Prozent an den Versicherungsleistungen²⁶.

Internationale Vergleiche belegen, daß kommerzielle Systeme der Krankenversicherung und -versorgung mit erheblich höheren — im weiteren Sinne — Verwaltungskosten arbeiten als nichtkommerzielle. Die Gründe liegen nicht in Unterschieden der Arbeitsproduktivität, sondern überwiegend darin, daß bei der gewinnwirtschaftlichen Betriebsführung neue Aufwandsarten hinzukommen, derer der öffentliche Betrieb nicht bedarf, z.B. die komplizierte Abwicklung der Kosten-erstattung, viele Tarife und Prämien, Marketing, Provisionen für Abschlüsse und Umstellungen usw. Die 1500 privaten Versicherungsgesellschaften in den USA haben 1983 10,5 Prozent ihrer Prämieineinnahmen dafür ausgegeben²⁷.

Himmelstein und Woolhandler berechneten für die gesamte Krankenversorgung in einer vielbeachteten Arbeit für 1983 die »administrative Verschwendung« im US-amerikanischen (vorwiegend kommerziellen), kanadischen (private Anbieter und Sozialversicherung) und im britischen (öffentliche Anbieter ohne Versicherung) Gesundheitssystem. Der Aufwand von Versicherungen, Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arztpraxen, der nicht in Leistungen an Versicherte mündete, verschlang in den USA mit 77,7 Mrd Dollar 33,2 Prozent aller Gesundheitsausgaben. Kanada kam auf knapp zwei Drittel (62,4 Prozent) und Großbritannien auf die Hälfte (50,71 Prozent) des US-amerikanischen Anteil. Ich habe an anderer Stelle gezeigt, daß Bürokratie nicht nur Bestandteil staatlicher Regulierung in Gesundheitssystemen ist, sondern daß auch deren kommerzielle Verwertung und die dazu notwendige betriebliche Infrastruktur von Kalkulations — und Kontrollsystemen zu einer 'marktbedingten Bürokratisierung' führt²⁸.

Es läßt sich also zusammenfassen: die in einem kommerziellen System erforderlichen Gewinne können weder auf niedrigeren Preisen der Anbieter noch in geringerem Betriebsaufwand beruhen. Müßten sie aber für die Gesamtbevölkerung über die Höhe der Prämien erzielt werden, dann käme man zu astronomischen, von nichtkommerziellen Systemen leicht unterbietbaren Beiträgen. Um dies zu vermeiden gibt es nur den Weg der Ausgrenzung von Personen mit hohem Krankheitsrisiko. Die Rentabilität der kommerziellen Krankenversicherung beruht also nicht primär auf höherer Effizienz (obwohl im empirischen Einzelfall natürlich effizientere Organisation keineswegs ausgeschlossen ist), sondern auf der risikobezogenen Selektion der Kunden²⁹. Das US-amerikanische, überwiegend marktregulierte Gesundheitssystem gibt sowohl für hohe Prämien als auch für die Ausgrenzung ein drastisches Beispiel. Obschon Personen über 65 Jahre im staatlichen Medicare-Programm versichert sind, bleiben fast 40 Millionen Amerikaner ohne und haben weitere 40 bis 50 Millionen nur einen unzureichenden Versicherungsschutz, weil sie die risikobezogenen Prämien einer Krankheitskostenversicherung nicht bezahlen können³⁰.

5. Perspektiven

Die Entwicklung ist keineswegs darum bedenklich, weil in der Bundesrepublik 'amerikanische Verhältnisse' zu befürchten seien. Auch ergibt sich aus dem bisher Gesagten, daß eine völlige Privatisierung der Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung schon allein rechnerisch nicht möglich ist. Nicht zuletzt diese Einsicht mag dahinterstehen, wenn

die marktglaubige Mehrheit selbst der bundesdeutschen Gesundheits-ökonomen sich von der Idee einer Totalkommerzialisierung getrennt hat. Stattdessen wird hier einem dualen Modell das Wort geredet, bei dem es eine nichtkommerzielle »Grundversorgung« weit unterhalb des jetzigen GKV-Niveaus und eine private »Zusatzversorgung« geben soll, die sich die entsprechenden Einkommensgruppen hinzukaufen können³¹.

Es ist nun von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung zu begreifen, daß solche Konzepte als *Tendenz* nicht unbedingt des Gesetzgebers und der 'großen Politik' als Subjekt ihrer Durchsetzung bedürfen. Die 'schiefe Ebene' auf der sie sich mit eigener Schwerkraft auf ihr Ziel hin bewegen können, ist durch die Kostengesetze der 70er und 80er Jahre bereitet. Strategische Punkte bei der künftigen Entwicklung der Relationen von Sozial- und Privatversicherung werden auch weiterhin die gesetzlich definierten Personengruppen der GKV, die Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze sowie die Beitragsdifferenz sein. Eine große Rolle spielen bei der Entscheidung der freiwillig GKV-Versicherten auch die wahrnehmbaren Vor- und Nachteile der GKV. Je mehr Zuzahlungen, Kürzungen oder Kostenerstattungsformalitäten die Sozialversicherten belasten, desto eher entscheiden sie sich zum immer leichter möglichen Wechsel. Solche mit dem Kostenargument legitimierten Verschlechterungen der GKV haben in der Vergangenheit, über die verbesserten Marktchancen der PKV und den dadurch weiter beeinträchtigten Solidarausgleich, in die beitragssteigernde Richtung gewirkt.

Mit der Fortsetzung des gegenwärtig wirksamen und sich selbst verstärkenden Trends zur kommerziellen Krankenversicherung wird in neuer Qualität ein Problem aufgeworfen, das über Beitragsunterschiede hinausgeht, das unmittelbar *gesundheitspolitisch* ist und das man in Deutschland schon längst überwunden zu haben glaubt: die mit zunehmend differenziertem Krankenversicherungsschutz einhergehende allmähliche soziale Differenzierung der Krankenversorgung.

Bisher weist zwar die wirtschaftliche Situation einzelner Krankenkassen, in Beitragssatzdifferenzen sich ausdrückende Unterschiede auf. Die Mitglieder in Problemregionen müssen höhere Beitragssätze in Kauf nehmen, aber in der Regel sind die Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung nicht schlechter. Der Anteil und die Ballung der Privatversicherten war in der Vergangenheit ebenfalls nicht so hoch, daß er die Angebotsstrukturen hätte deutlich beeinflussen können.

Wenn aber in einem hinreichenden Maße das einheitliche Preissystem der GKV sowohl innerhalb der GKV als auch im Verhältnis zur

expandierenden PKV marktwirtschaftlich durchbrochen ist, dann überträgt sich die Verteilungsstruktur der Gesellschaft, die sich bislang weitgehend nur in unterschiedlichen Versicherungen ausdrückt, auch auf die *Teilhabechancen an der medizinischen Versorgung*³². Das ist dann der Fall, wenn konkurrierende Krankenversicherungen (gleichviel ob privat oder gesetzlich) nach Maßgabe ihrer unterschiedlichen, einnahmebedingten wirtschaftlichen Potenz individuell unterschiedliche Preise, Honorare oder Pflegesätze mit konkurrierenden Anbietern aushandeln dürfen, oder wenn es ein duales Versicherungssystem bzw. die weitere Ausformung des Bestehenden in der Art einer Basis- und Zusatzversorgung gibt. Entscheidend ist, daß es Patientengruppen gibt, denen gegenüber systematisch unterschiedliche Verdienstchancen der Anbieter bestehen. Diese stehen dann in Konkurrenz um die zahlungsfähigsten Patienten, d.h. um diejenigen, deren Versicherungen am besten und mit den geringsten Kontrollen vergüten. Wie die US-amerikanischen Erfahrungen zeigen, muß sich diese soziale Differenzierung nicht primär in der Diskriminierung konkreter Patienten niederschlagen. Sie äußert sich z.B. sehr häufig in der Wahl des Standortes entsprechend der Sozialstruktur des Wohngebietes und in vielen 'kleinen Unterschieden', in denen Patienten nach ihrer Schichtzugehörigkeit angezogen oder abgestoßen werden. Es ist einsichtig: wenn hier — wie schon jetzt in den Krankenhäusern — sichtbare Bevorzugungen und Benachteiligungen³³ sich herausbilden, so hat auch dies einen selbstverstärkenden Effekt in Richtung verbesserter Marktchancen der PKV mit weiteren Umdrehungen der Privatisierungs- und Differenzierungsschraube.

Einen oft übersehenen politisch-sozialen Bestandteil dieser Schraube hat Lawson am Beispiel des Erfolges der britischen Konservativen bei der Destruktion der sozialen Rentenversicherung herausgearbeitet. Der Sektor der privaten Altersversicherungen hatte sich — vermittelt über die Arbeitgeber — schon lange vor der Regierung Thatcher etabliert. Jeder Einschnitt in die soziale Sicherung machte ihn attraktiver. Als dann in der Ära Thatcher die Substanz auf das Spiel gesetzt wurde, war der politische Widerstand nicht ausreichend. Der Teil der Bevölkerung, der auf die staatliche Alterssicherung angewiesen war, hatte schon längst mit den besserverdienenden Arbeitnehmern ihre artikulations- und konfliktfähigsten Mitglieder verloren. Die vorangegangene allmähliche Ausdehnung des privaten Sektors und die damit verbundenen Selektionsprozesse hatten zur Aushöhlung der allgemeinen Loyalität gegenüber den öffentlichen Leistungen geführt. »Letztere haben in zunehmendem Maße den Charakter einer residualen Fürsorge für ärmere Teile der Bevölkerung angenommen.«³⁴

Anmerkungen

- 1 vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1989, S.159
- 2 Der Rechenschaftsbericht von 1989 kann aufgrund der Abgrenzungsprobleme nur — m.E. untertreibende — Schätzungen vornehmen. Hiernach haben 4,7 Mio. Versicherte der GKV eine oder mehr Zusatzversicherungen (1988: 4,6 Mio.) Mehr Klarheit werden erst die Ergebnisse des amtlichen Mikrozensus bringen. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung im Jahre 1989, Köln 1990. (zit. als »Rechenschaftsbericht«)
- 3 Vgl. Kölner Stadtanzeiger v.20./21.1.1990
- 4 Rechenschaftsbericht, S.30
- 5 Es gibt noch weitere faktische Einschränkungen, die vor allem in den regionalen und kassenartspezifischen Beitragsunterschieden liegen. Oft treffen hier niedrigere Löhne, höheres Risiko und überdurchschnittliche Beitragssätze zusammen.
- 6 Vgl. Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bundestags-Drucksache 11/6380, S.150
- 7 vgl. ebenda
- 8 vgl. »Explosive Tarife«, in: Wirtschaftswoche v. 13.4.1990, S. 104 ff.
- 9 Verband der privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 1988/90, S.62 (zit. als »Zahlenbericht«)
- 10 Vgl. Kölner Stadtanzeiger v.21.1.1990
- 11 Zahlenbericht 1988/89, S.62
- 12 Vgl. Handelsblatt v. 9.11.1989
- 13 Rechenschaftsbericht, S.48
- 14 Stuttgarter Zeitung v. 28.7.1989
- 15 ebenda
- 16 Rechenschaftsbericht, S. 48 f.
- 17 Zahlenbericht, S.39
- 18 ebenda.
- 19 Zschocke, A.: Zur These der Subventionierung der freiwilligen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung; Idstein 1989
- 20 Allerdings ist die Bereitschaft, höhere Prämien der PKV zu akzeptieren, dann ansteigend, wenn die Leistungen der GKV verschlechtert oder durch Selbstbeteiligung über den Beitrag hinaus verteuert werden. Hier dürfte auch ein wesentlicher Anreiz des GRG liegen, zur PKV überzutreten.
- 21 vgl. Zahlenbericht, S.42 ff.
- 22 ebenda, S.35, 51
- 23 Rechenschaftsbericht, S.76
- 24 vgl. zur folgenden Darstellung: Zahlenbericht S.31,53,62 und Rechenschaftsbericht, S.34 ff.
- 25 vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1988, Bonn 1990
- 26 Die GKV verbraucht 4,67 Prozent der Gesamt- und 4,83 der Beitragseinnahmen für den Versicherungsbetrieb; bei der PKV sind dies 12,53 Prozent der Summe von Beitragseinnahmen und Kapitalerträgen; 13,43 Prozent nach Saldierung der Beitragseinnahmen mit den Rückzahlungen und 17,25 Prozent der (Netto-)Bei-

tragseinnahmen. Diese Werte würden sich noch erhöhen, wenn man den undurchsichtigen Posten für »sonstige Aufwendungen und Erträge« einbezüge.

- 27 Vgl. Health Care Financ Review 1984, No.2, S. 1 ff.
- 28 Kühn, H.: Ökonomisierung der Gesundheit. Am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, in: WSI-Mitteilungen Nr.2/ 1990, bes. S.71 ff.
- 29 Vgl. Stone,D.: At Risk in the Welfare State, in: Social Research, No.3, 1989, S.591 ff.; dies.: Risikoklassen und Sozialpolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform, H.3/4, 1990, S.201 ff.; Kühn, H., a.a.O., S.68 ff.
- 30 Kühn, H., a.a.O., S.68
- 31 Einen informativen Überblick der Konzepte liefert der: Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Bundestags-Drucksache 11/3267, Bes. S. 87-281
- 32 Vgl. Kühn, H., a.a.O., S.67ff.
- 33 »Benachteiligungen« müssen keineswegs identisch sein mit schlechterer medizinischer Qualität, es reicht, wenn sie von der Öffentlichkeit als Benachteiligung empfunden werden, um handlungsleitend zu sein.
- 34 Lawson, R.: Gegensätzliche Tendenzen in der Sozialen Sicherheit: Ein Vergleich zwischen Großbritannien und Schweden, in: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Nr.1/1987, S.30