

**Die Gestaltung substitutiver privater  
Krankenversicherungsprodukte vor dem Hintergrund  
der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen**

**DISSERTATION**

der Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
School of Public Health

vorgelegt von  
**Christoph Helmich**

betreut durch  
**Prof. Dr. Bernhard J. Güntert**

Neun Zehntel unseres Glückes beruhen alleine auf der Gesundheit.

Arthur Schopenhauer

## **Danksagung**

Ich danke Herrn Prof. Dr. Bernhard J. Güntert sehr herzlich für seine hilfreichen Anregungen und Hinweise im Rahmen seiner engagierten Betreuung dieser Arbeit sowie Herrn Prof. Bernhard Badura für sein Interesse an deren Realisierung und die Übernahme des Koreferats.

Herrn Manfred Peters und Herrn Burkhard Vendt danke ich nicht nur für ihre fachlichen Kommentare und Ratschläge beim Korrekturlesen meiner Arbeit, sondern insbesondere auch für ihre freundschaftliche Unterstützung während der gesamten Entstehungszeit der Arbeit.

Mein besonderer, liebevoller Dank gilt meiner Frau Angela. Sie hat es mir durch die Schaffung zeitlicher Freiräume und ihre stetige Unterstützung erst ermöglicht, die vorliegende Arbeit neben meiner beruflichen Tätigkeit entstehen zu lassen.

Düsseldorf, im Mai 1999

Christoph Helmich

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Danksagung</b>	<b>III</b>
	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>IV</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>XI</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>XIV</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b>	<b>4</b>
2.1	Das Versicherungsprodukt	4
2.1.1	Versicherungsschutz als Produkt	4
2.1.2	Besonderheiten des Versicherungsprodukts	4
2.1.3	Bestandteile des Versicherungsprodukts	5
2.1.3.1	Überblick	5
2.1.3.2	Das Risikogeschäft als Kern des Versicherungsprodukts	6
2.1.3.3	Das Dienstleistungsgeschäft	6
2.1.3.3.1	Zur Abgrenzung zwischen kundenbezogenem und innerbetrieblichem Dienstleistungsgeschäft	6
2.1.3.3.2	Zur Abgrenzung und inhaltlichen Konkretisierung des kundenbezogenen Dienstleistungsgeschäfts	8
2.1.3.3.3	Zur Abgrenzung zwischen kundenbezogenen Dienstleistungen und Serviceleistungen	13
2.1.3.3.4	Zur Abgrenzung zwischen kundenbezogenen Dienstleistungen und Assistenzleistungen	14
2.1.3.3.5	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	18
2.2	Die Gestaltung von Versicherungsprodukten	18
2.2.1	Produktgestaltung im Marketingsystem von Versicherungsunternehmen	18
2.2.2	Produktgestaltung als Instrument der Angebotspolitik	19
2.2.3	Materielle und formale Gestaltung von Versicherungsprodukten	21
2.2.4	Innovation, Modifikation und Elimination von Versicherungsprodukten	22
2.2.5	Versicherungsprodukte im Lebenszyklusmodell	25
2.3	Substitutive private Krankenversicherungsprodukte	27
2.3.1	Substitutivität als Kriterium zur Abgrenzung privater Krankenversicherungsprodukte	27
2.3.2	Versicherte Personenkreise in GKV und PKV	30
2.3.2.1	Versicherungspflicht in der GKV	30
2.3.2.2	Versicherungsberechtigung in der GKV	32
2.3.2.3	Familienversicherung in der GKV	32
2.3.2.4	Wahlrechte zwischen GKV und PKV	32
2.3.2.4.1	Arbeiter und Angestellte	32
2.3.2.4.2	Selbständige	33
2.3.2.4.3	Beamte	34

2.3.3	Marktleistungen in GKV und PKV	34
2.3.3.1	Prinzipien der Leistungsgewährung	34
2.3.3.2	Leistungsumfänge	37
2.3.4	Beitragskalkulation in GKV und PKV	45
2.3.5	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	49
2.4	Zusammenfassung	50
<b>3</b>	<b>Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die Geschäftsentwicklung in der substitutiven privaten Krankenversicherung</b>	<b>53</b>
3.1	Zur öffentlichen und politischen Diskussion der Gesundheitsausgabenproblematik in den Krankenversicherungssystemen	53
3.1.1	Die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen im Mittelpunkt der Diskussion um die Beitragsentwicklung in der GKV	53
3.1.2	Die Gesundheitsausgabenproblematik in der PKV	55
3.2	Steigende Versicherungsleistungen in der substitutiven privaten Krankenversicherung – Ursachen und Auswirkungen auf die Beitragskalkulation	59
3.2.1	Das Änderungsrisiko und seine Bedeutung für die Beitragskalkulation	59
3.2.2	Die Ursachen des Änderungsrisikos in der PKV	60
3.2.2.1	Risikoursachenkomplex: Wirtschaftliche Rahmendaten	60
3.2.2.2	Risikoursachenkomplex: Medizinisch-technischer Fortschritt	61
3.2.2.3	Risikoursachenkomplex: Demographie	62
3.2.2.3.1	Gestiegene durchschnittliche Lebenserwartung	62
3.2.2.3.2	Zunehmender relativer Anteil älterer Versicherter	63
3.2.2.3.3	Exkurs: Kollektive Alterung der Bevölkerung und Änderungsrisiko in der GKV	64
3.2.2.4	Risikoursachenkomplex: Altersspezifische Morbidität	65
3.2.2.5	Risikoursachenkomplex: Verhalten der Versicherungsnehmer	66
3.2.2.5.1	Einfluß der Versicherungsnehmer auf die Krankheitskosten	66
3.2.2.5.1.1	Einfluß des Ex-ante-Verhaltens	66
3.2.2.5.1.2	Einfluß des Ex-post-Verhaltens	71
3.2.2.5.2	Versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen – Zur Wechselwirkung zwischen Krankenversicherungsschutz und Verhalten der Versicherungsnehmer	72
3.2.2.6	Risikoursachenkomplex: Verhalten der Leistungserbringer	74
3.2.2.7	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	76
3.2.3	Auswirkungen des Änderungsrisikos auf die Kalkulation von Neu- und Bestandsgeschäftsbeiträgen	78
3.3	Die Auswirkungen dynamischer Anstiege von Versicherungsleistungen und Beiträgen auf die Wachstumsziele von PKV-Unternehmen	79
3.4	Relativpreise von Gesundheitsgütern als Ansatzpunkt zur Erklärung von Marktstrukturverschiebungen zwischen GKV und PKV	87
3.4.1	Marktstrukturverschiebungen durch Veränderungen des Nachfrageverhaltens	87
3.4.2	Relativpreise im Preis- und Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV	89

3.4.3	Relativpreise und Wahlverhalten von nicht-beihilfeberechtigten Entscheidungsträgern	91
3.4.3.1	Die sozioökonomische Situation und Perspektive als Grundlage des Entscheidungskalküls	91
3.4.3.1.1	Single-Situation	91
3.4.3.1.2	Familiensituation	92
3.4.3.1.3	Änderungen der sozioökonomischen Situation im Zeitablauf	96
3.4.3.2	Die Entwicklung der Relativpreise zwischen GKV und PKV und ihre Auswirkungen auf das Wahlverhalten der Entscheidungsträger – eine Vergangenheitsbetrachtung	101
3.4.3.2.1	Relativpreise im Neugeschäft	101
3.4.3.2.2	Relativpreise im Bestandsgeschäft	105
3.4.3.2.3	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	109
3.4.3.3	Die Entwicklung der Relativpreise zwischen GKV und PKV und ihre Auswirkungen auf das Wahlverhalten der Entscheidungsträger – Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung	111
3.4.3.3.1	Relativpreise im Neugeschäft	111
3.4.3.3.2	Relativpreise im Bestandsgeschäft	112
3.4.3.4	Exkurs: Angebotspolitische Maßnahmen der PKV zur Verstetigung der Beitragsentwicklung im Alter und ihre Auswirkungen auf Relativpreise und Wahlverhalten	117
3.4.3.4.1	Neue Tarifierungs- und Kalkulationsmodelle als Rahmenbedingung für die Angebotspolitik	117
3.4.3.4.2	Modifikation des Prämieeinhebungssystems durch Beitragsentlastungsmodelle	119
3.4.3.4.2.1	Das Prämieeinhebungssystem in der substitutiven privaten Krankenversicherung	119
3.4.3.4.2.2	Begriff, Wirkungsweise und Ziel von Beitragsentlastungsmodellen	120
3.4.3.4.2.3	Arbeitgeberzuschußfähigkeit von Beitragsentlastungsmodellen	120
3.4.3.4.3	Wirkung von Beitragsentlastungsmodellen auf die Relativpreisposition der PKV	121
3.4.3.4.4	Exkurs: Zum Einfluß von Krankheitskostenversicherungen mit Beitragsentlastungsmodellen auf das Wahlverhalten von Entscheidungsträgern unterschiedlicher Zielgruppen	125
3.4.3.5	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	128
3.4.4	Relativpreise und Wahlverhalten beihilfeberechtigter Entscheidungsträger	132
3.4.4.1	Grundlagen der Beihilfe	132
3.4.4.1.1	Die Beihilfe im Rahmen der Beamtenversorgung	132
3.4.4.1.2	Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige	132
3.4.4.1.3	Beihilfebemessungssätze und beihilfefähige Aufwendungen	133
3.4.4.2	Die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV	135
3.4.4.2.1	Rahmenbedingungen	135
3.4.4.2.2	Die Entwicklung der Relativpreise zwischen GKV und PKV und ihre Auswirkungen auf das Wahlverhalten aus Single-, Familien- und Rentnerperspektive	137
3.4.4.3	Aspekte der zukünftigen Produktgestaltung für beihilfeberechtigte Entscheidungsträger	143

3.5	Im Überblick: Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung und ihre Zuordnung zu den Ansatzpunkten Versicherungsnehmer bzw. Leistungserbringer	145
<b>4</b>	<b>Instrumente zur Einflußnahme auf die Risikoursachenkomplexe und ihre Umsetzung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte – Ansatzpunkt Versicherungsnehmer</b>	<b>149</b>
4.1	Versicherungsnehmerorientierte Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung	149
4.1.1	Selbstbeteiligungsregelungen	149
4.1.1.1	Formen der Selbstbeteiligung in der Krankheitskostenversicherung	149
4.1.1.1.1	Grundformen	149
4.1.1.1.2	Sekundäre Selbstbeteiligungsformen	150
4.1.1.1.2.1	Selektive Leistungsausschlüsse (qualitative Leistungsbegrenzungen)	150
4.1.1.1.2.2	Beitragsrückerstattung	151
4.1.1.2	Bewertung	153
4.1.1.2.1	Selbstbeteiligungen und ihre dynamischen Steuerungswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherungsnehmer	153
4.1.1.2.2	Selbstbeteiligungen und ihr Einfluß auf weitere Risikoursachenkomplexe	157
4.1.2	Förderung von Vorsorgeaktivitäten	157
4.1.2.1	Begriff und Formen der Vorsorgemaßnahmen	157
4.1.2.2	Bewertung	160
4.2.	Umsetzung von versicherungsnehmerorientierten Instrumenten zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte	163
4.2.1	Selbstbeteiligungsregelungen	163
4.2.1.1	Zur Notwendigkeit des Angebots von Selbstbeteiligungstarifen	163
4.2.1.2	Produktkonzepte und dazugehörige Selbstbeteiligungsformen – eine Bestandsaufnahme	165
4.2.1.2.1	Exkurs: Bisherige Entwicklungslinien der Produktgestaltung	165
4.2.1.2.2	Selbstbeteiligungsformen in klassischen leistungsorientierten Tarifen	166
4.2.1.2.3	Selbstbeteiligungsformen in Großschadentarifen	169
4.2.1.2.4	Selbstbeteiligungsregelungen in Elementar- und Grundschutztarifen	169
4.2.1.3	Marktakzeptanz	170
4.2.1.3.1	Zur Problematik der Marktdurchdringung leistungsorientierter Produkte mit hohen absoluten Abzugsfranchisen	170
4.2.1.3.1.1	Sozialversicherungs- und steuerrechtliche Rahmenbedingungen bei der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes als wesentlicher nachfragehemmender Faktor	170
4.2.1.3.1.2	Exkurs: Vergütungspolitik gegenüber den Absatzorganen als angebotshemmender Faktor	175
4.2.1.3.1.3	Die Wahl höherer Abzugsfranchisen in leistungsorientierten Produkten – eine Lösung für die Marktprobleme der PKV bei steigenden Versicherungsleistungen und Beiträgen?	176

4.2.1.3.2	Zur Marktakzeptanz von Elementar- und Grundschutzztarifen	178
4.2.1.3.2.1	Die aktuelle Situation	178
4.2.1.3.2.2	Die Wahl von Elementar- und Grundschutzztarifen – eine Lösung für die Marktprobleme der PKV bei steigenden Versicherungsleistungen und Beiträgen?	179
4.2.2	Förderung von Vorsorgeaktivitäten	180
4.2.2.1	Ausweitung des Leistungsprogramms um versicherungsfinanzierte Vorsorgemaßnahmen	180
4.2.2.1.1	Das heutige Leistungsspektrum versicherungsfinanzierter Vorsorgemaßnahmen	180
4.2.2.1.2	Zur Einordnung versicherungsfinanzierter Vorsorgemaßnahmen in das risikopolitische Instrumentarium	181
4.2.2.1.3	Marktakzeptanz	182
4.2.2.2	Prämiendifferenzierung durch verhaltensorientierte Tarifgestaltung	185
4.2.2.2.1	Zur Bedeutung der Beobachtbarkeit von Präventionsaktivitäten durch den Versicherer für die Gestaltung des Versicherungsvertrags	185
4.2.2.2.2	Konkrete Ansatzpunkte zur Implementierung verhaltensorientierter Tarifgestaltung im Risikogeschäft	186
4.2.2.2.3	Marktakzeptanz	189
4.2.2.3	Förderung von Präventionsaktivitäten durch Ausweitung des Dienstleistungsangebots	191
4.2.2.3.1	Primärpräventionsbezogene Beratungsleistungen als zentraler Ansatzpunkt	191
4.2.2.3.2	Zur vertraglichen Vereinbarung von primärpräventionsbezogenen Beratungsleistungen	194
4.2.2.3.3	Marktakzeptanz	195
4.2.3	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	196
<b>5</b>	<b>Instrumente zur Einflußnahme auf die Risikoursachenkomplexe und ihre Umsetzung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte – Ansatzpunkt Leistungserbringer</b>	<b>199</b>
5.1	Leistungserbringerorientierte Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung	199
5.1.1	Auswahl und Honorierung der Leistungserbringer als strukturorientierte Kerninstrumente	199
5.1.1.1	Auswahl von Leistungserbringern als Grundlage für die Steuerung des Leistungsgeschehens durch Managed-Care-Organisationen	199
5.1.1.2	Rolle und Bedeutung des Gatekeepers in Leistungserbringernetzwerken	201
5.1.1.3	Verhaltenssteuerung der Leistungserbringer über Honorarsysteme	202
5.1.1.4	Bewertung	203
5.1.1.4.1	Selektion auf der Leistungserbringerseite	203
5.1.1.4.2	Gatekeeper-Prinzip	205
5.1.1.4.3	Alternative Honorarsysteme	206
5.1.2	Einflußnahme auf das Vorgehen der Leistungserbringer bei Diagnostik, Therapie und Pflege als prozeßorientierte Kerninstrumente	208
5.1.2.1	Instrumente für die prospektive Entscheidung über Leistungen	208



5.1.2.2	Instrumente zur begleitenden Steuerung von Leistungsprozessen	209
5.1.2.2.1	Disease Management	209
5.1.2.2.2	Case Management	211
5.1.2.3	Instrumente zur Information und Kommunikation über das Leistungsgeschehen	213
5.1.2.4	Bewertung	213
5.1.2.4.1	Second-Opinion-Programme	213
5.1.2.4.2	Disease und Case Management	216
5.1.2.4.3	Informationssysteme	218
5.1.3	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	218
5.2.	Heutige Rahmenbedingungen und zukünftige Perspektiven vertraglicher oder institutioneller Beziehungen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherern	221
5.2.1	Zum heutigen Stand der rechtlichen Rahmenbedingungen	221
5.2.1.1	Überblick	221
5.2.1.2	Beschäftigung von Ärzten im Angestelltenverhältnis	221
5.2.1.3	Vergütungsvereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern	224
5.2.1.3.1	Vereinbarungen über von der Einzelleistungsvergütung abweichende Honorarformen	224
5.2.1.3.2	Vereinbarungen über den Honorartarif auf der Grundlage der Einzelleistungsvergütung als Honorarform	227
5.2.1.4	Steuerung und Kontrolle des Vorgehens von Leistungserbringern bei Diagnose, Behandlung und Therapie	229
5.2.2	Positionen und Aktivitäten heutiger und zukünftiger Marktteilnehmer zum Beziehungsaufbau zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern	230
5.2.2.1	Private Krankenversicherer	230
5.2.2.2	Ärzeschaft	234
5.2.2.3	Externe Dienstleister	236
5.2.3	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	237
5.3	Szenario: Organisationsformen zukünftiger Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern	239
5.3.1	Entwicklungsstufe 1: Virtuelles Netzwerk als medizinisches Kundenservice-Center mit Ärzteliste	239
5.3.1.1	Medizinisches Kundenservice-Center	239
5.3.1.2	Ärzteliste	241
5.3.2	Entwicklungsstufe 2: Netzwerk mit medizinischem Qualitätsmanagement	241
5.3.3	Entwicklungsstufe 3: Netzwerk mit Honorarvereinbarungen mit Ärzten (Einkaufsmodell)	242
5.4	Entwicklungslinien der Umsetzung leistungserbringerorientierter Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte	243
5.4.1	Grundlagen	243

5.4.2	Lenkung von Patientenströmen zu ausgewählten Leistungserbringern	243
5.4.2.1	Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft	243
5.4.2.1.1	Beispiel: Patientensteuerung durch Beschränkung der freien Arztwahl	243
5.4.2.1.2	Beispiel: Patientensteuerung durch Belohnung freiwilliger Einschränkungen des Versicherten bei der freien Arztwahl	247
5.4.2.1.3	Exkurs: Patientensteuerung durch Modifizierung des bestehenden Kostenerstattungsprinzips	248
5.4.2.2	Modifizierung der Produktgestaltung im Dienstleistungsgeschäft – Patientensteuerung durch Information über geeignete Leistungserbringer	249
5.4.3	Einsatz von prozeßorientierten Instrumenten	251
5.4.3.1	Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft	251
5.4.3.1.1	Beispiel: Freiwillige Second-Opinion-Programme	251
5.4.3.1.2	Beispiel: Obligatorische Second-Opinion-Programme	251
5.4.3.2	Modifizierung der Produktgestaltung im Dienstleistungsgeschäft	254
5.4.3.2.1	Grundlagen	254
5.4.3.2.2	Beispiel Disease Management: Diabetes mellitus	255
5.4.3.2.3	Beispiel Case Management: Anschlußheilbehandlungen als besondere Form der Rehabilitation	259
5.4.4	Einsatz von Vergütungsvereinbarungen und Preisabsprachen	262
5.4.4.1	Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft	262
5.4.4.1.1	Beispiel: Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen auf verminderte Steigerungssätze der Gebührenordnungen	262
5.4.4.1.2	Beispiel: Bezug von Hilfsmitteln	266
5.4.4.2	Modifizierung der Produktgestaltung im Dienstleistungsgeschäft – Patientensteuerung durch Information über Vergütungsvereinbarungen und Preisabsprachen akzeptierende Leistungserbringer	267
5.4.5	Marktakzeptanz von "Managed-Care-Produkten"	269
5.4.5.1	Attraktive Beitragsgestaltung von "Managed-Care-Produkten" als dominierender Wettbewerbsfaktor	269
5.4.5.2	Exkurs: "Modifiziertes Gatekeeping" als alternatives Produktkonzept mit Managed-Care-Elementen	271
5.4.5.2.1	Beschreibung	271
5.4.5.2.2	Bewertung	273
5.4.5.2.3	Marktakzeptanz	275
5.4.5.3	Aufbau von Prozeßmanagement-Kompetenz durch private Krankenversicherer	276
5.4.6	Ergebnisse und Schlußfolgerungen	278
<b>6</b>	<b>Schlußbetrachtung und Ausblick</b>	<b>281</b>
	<b>Anhang I</b>	<b>285</b>
	<b>Anhang II</b>	<b>294</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>298</b>
	<b>Erklärung</b>	<b>308</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Marketingorientierte Darstellung des Versicherungsprodukts	7
Abbildung 2: Zuordnung kundenbezogener Beratungs- und Abwicklungsleistungen nach der Phase der Vertragsbeziehung	9
Abbildung 3: Ordnung der kundenbezogenen Beratungs- und Abwicklungsleistungen nach ihrer Nähe zur Kernleistung Risikogeschäft	11
Abbildung 4: 3-Stufenmodell der Bearbeitungstiefe von Assistancелеistungen	16
Abbildung 5: Einordnung der Produktgestaltung in das Marketinginstrumentarium von Versicherungsunternehmen	20
Abbildung 6: Produktlebenszyklus	26
Abbildung 7: Vertragsbeziehungen in GKV und PKV im ambulanten Bereich	35
Abbildung 8: Kriterien zur Abgrenzung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte	40
Abbildung 9: Das Anwartschaftdeckungsverfahren in der PKV	48
Abbildung 10: Entwicklung von durchschnittlichem Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze und Höchstbeitrag in der GKV (alte Bundesländer)	54
Abbildung 11: Entwicklung der Versicherungsleistungen in GKV und PKV – Gesamt über alle Leistungsarten (GKV je Versicherten, PKV je Versicherten; alte Bundesländer)	56
Abbildung 12: Entwicklung der Versicherungsleistungen in GKV und PKV – nach Leistungsarten (GKV je Versicherten, PKV je Versicherten; alte Bundesländer)	57
Abbildung 13: Modell zur Erklärung des Wirkungszusammenhangs zwischen Verhalten, genetischer Disposition und Krankheitskosten	67
Abbildung 14: Auswirkungen des Verhaltens auf und Bedeutung der genetischen Disposition für die Risikofaktoren erster Ordnung am Beispiel der koronaren Herzkrankheit	68
Abbildung 15: Entwicklung von Beitragseinnahmen und Bestand in der Krankheitskostenvollversicherung	81
Abbildung 16: Entwicklung des Bestands in der Krankheitskostenvollversicherung – Nettozuwachs und Wechsel zwischen GKV und PKV	82
Abbildung 17: Entwicklung des PKV-Anteils an den wahlberechtigten Entscheidungsträgern – insgesamt und nach Berufsgruppen (alte Bundesländer)	84
Abbildung 18: Darstellung der substitutiven privaten Krankheitskostenvollversicherung im Lebenszyklusmodell	86

Abbildung 19: Entwicklung des Durchschnittspreises je PKV-Versicherten in der Krankheitskostenvollversicherung und des GKV-Höchstbeitrags (alte Bundesländer)	88
Abbildung 20: Beitragsbelastung bei GKV-Schutz und bei leistungsorientiertem PKV-Schutz aus Sicht eines wahlberechtigten "Haushaltsvorstands" in Abhängigkeit vom Familienstatus	94
Abbildung 21: Beitragsbelastung bei GKV- Schutz und bei preisorientiertem PKV-Schutz aus Sicht eines wahlberechtigten "Haushaltsvorstands" in Abhängigkeit vom Familienstatus	96
Abbildung 22: Die Entscheidungssituation wahlberechtigter Entscheidungsträger unter Berücksichtigung der Perspektive eines zukünftig nicht-wahlberechtigten Familienangehörigen	99
Abbildung 23: Entwicklung der Versicherungsleistungen in GKV und PKV – Gesamt über alle Leistungsarten (GKV je Mitglied, PKV je Versicherten; alte Bundesländer)	102
Abbildung 24: Beitragsentwicklung ausgewählter leistungsorientierter Krankheitskostenvollversicherungen im Neugeschäft (1991 bis 1998)	104
Abbildung 25: Beitragsentwicklung einer seit 39 Jahren bestehenden privaten Vollversicherung bei der Universa	107
Abbildung 26: Zukünftige Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung (Mann, Eintrittsalter 30)	114
Abbildung 27: Zukünftige Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung (Mann, Eintrittsalter 50)	115
Abbildung 28: Zukünftige Entwicklung der Relativpreisposition zwischen GKV und PKV am Beispiel einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung	116
Abbildung 29: Zukünftige Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung mit Beitragsentlastungskomponente (Mann, Eintrittsalter 30)	123
Abbildung 30: Zukünftige Beitragsentwicklung eines Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung mit Beitragsentlastungskomponente (Mann, Eintrittsalter 50)	123
Abbildung 31: Zukünftige Entwicklung der Relativpreisposition zwischen GKV und PKV am Beispiel einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung mit Beitragsentlastungskomponente	124
Abbildung 32: Beihilfebemessungssätze nach den Beihilfavorschriften des Bundes	133
Abbildung 33: Privater Krankenversicherungsschutz für Beihilfeberechtigte	136
Abbildung 34: Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung (Prozenttarif) für beihilfeberechtigte Personen (1991-1998)	138

Abbildung 35: Die Entscheidungssituation eines beihilfeberechtigten männlichen Entscheidungsträgers in der Single- und in der "Kleinfamilien"-Phase (Ehefrau nicht berufstätig, weniger als 2 Kinder)	140
Abbildung 36: Die Entscheidungssituation eines beihilfeberechtigten männlichen Entscheidungsträgers in der "Großfamilien"-Phase (Ehefrau nicht berufstätig, mindestens 2 Kinder)	140
Abbildung 37: Instrumente und Ansatzpunkte zur Kosten- und Qualitätssteuerung	147
Abbildung 38: Zur Unterscheidung zwischen Selbstbeteiligung und partieller Selbstdeckung	151
Abbildung 39: Statischer und dynamischer Effekt von Selbstbeteiligungen am Beispiel zweier Krankheitskostentarife für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie mit unterschiedlichen prozentualen Abzugsfranchisen	154
Abbildung 40: Einteilung von Vorsorgemaßnahmen	158
Abbildung 41: Produktkonzepte in der substitutiven privaten Krankheitskostenversicherung und dazugehörige charakteristische Selbstbeteiligungsformen	168
Abbildung 42: Einfluß des Arbeitgeberzuschusses auf das Wahlverhalten von Entscheidungsträgern bei unterschiedlichen Selbstbeteiligungshöhen	172
Abbildung 43: Beitragsvergleich zwischen konventionellen Zahntarifen und einem Zahnprophylaxetarif	183
Abbildung 44: Diagnostik und Kosten zur Erkennung der Risikofaktoren erster Ordnung bei der koronaren Herzerkrankung	187
Abbildung 45: Lebensstilbezogene Risikofaktoren als Ansatzpunkt für primärpräventive Beratungsleistungen	193
Abbildung 46: Qualitätskreislauf des Disease Managements	210
Abbildung 47: Mögliche Entwicklungsstufen zukünftiger Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern	242
Abbildung 48: Vertragsmodelle zur Beschränkung der freien Arztwahl	245
Abbildung 49: Obligatorische Second-Opinion-Systeme im Rahmen von Vertragsmodellen zur Beschränkung der freien Krankenhauswahl	253
Abbildung 50: Beitragsvergleich zwischen einer "klassischen" leistungsorientierten Krankheitskostenvollversicherung (Bausteintarife) und einem beitragsorientierten Elementartarif mit "modifiziertem Gatekeeping"	273
Abbildung 51: Gegenüberstellung des Leistungsumfangs in GKV und PKV	285
Abbildung 52: Modellrechnungen der PKV zur Beitragsentlastung im Alter	295

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AG	Aktiengesellschaft
AO	Abgabenordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbSozPol	Arbeit und Sozialpolitik (Zeitschrift)
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
BAV	Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
BDA	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände/ Bundesverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband – e.V.
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BhV	Beihilfevorschriften
BKK	Die Betriebskrankenkasse (Zeitschrift)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGVM	Deutsche Gesellschaft für Versicherungsmathematik
d. h.	das heißt
DOK	Die Ortskrankenkasse (Zeitschrift)
EG	Europäische Gemeinschaft
EStG	Einkommenssteuergesetz
e.V.	eingetragener Verein
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
HdV	Handwörterbuch der Versicherung
HIE	Health Insurance Experiment
HMO	Health Maintenance Organization
hrsg.	herausgegeben

ICD	International Classification of Diseases
i. d. R.	in der Regel
IPA	Individual Practice Association
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
MB/KK	Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
MB/KT	Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung
MBO-Ä	Musterberufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte
MCO	Managed Care Organization
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
Mio.	Million/Millionen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
o. g.	oben genannt
o.V.	ohne Verfasser
PPO	Preferred Provider Organization
PKV	Private Krankenversicherung
RfB	Rückstellung für Beitragsrückerstattung
RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
sog.	sogenannt
u. a.	unter anderem/und andere
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VersR	Versicherungsrecht (Zeitschrift)
vgl.	vergleiche
VHB	Verbundene Hausratversicherungsbedingungen
vk	Versicherungskaufmann (Zeitschrift)
VP	Die Versicherungspraxis (Zeitschrift)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VW	Versicherungswirtschaft (Zeitschrift)
WHO	World Health Organization
WuW	Wirtschaft und Wettbewerb (Zeitschrift)
z. B.	zum Beispiel
ZfV	Zeitschrift für Versicherungswesen
ZVersWiss	Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft





## Einleitung

Ausgelöst durch die sich aus den Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen ergebenden Probleme der Finanzierung des Gesundheitssystems werden neue Wege zur Ausgabensteuerung im Gesundheitswesen in Politik, Ärzteschaft, Wissenschaft und Wirtschaft verstärkt diskutiert.

Die Ansätze zur Übertragung entsprechender, mit dem Begriff Managed Care eng verbundener Konzepte konzentrieren sich dabei bisher in erster Linie auf die GKV. So ist es gesetzlichen Krankenkassen erlaubt, in Modellvorhaben die Umsetzung von Ausgabensteuerungselementen im Sinne von Managed Care zu erproben und deren Auswirkungen auf die Ausgabenstrukturen zu untersuchen. Diese Fokussierung auf die GKV überrascht nicht, da zum einen rund 90% der Bevölkerung in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind. Zum anderen wird die Suche nach alternativen Ansätzen zur Ausgabensteuerung angesichts der – trotz zahlreicher Gegensteuerungsversuche des Gesetzgebers durch Reformen der GKV – weiter steigenden Ausgaben und Beiträge gefördert.

Auch die PKV als kleinerer der beiden Krankenversicherungsträger im System der Gesundheitsversorgung in Deutschland beginnt zunehmend, eine Übertragung neuer Konzepte zur Ausgabensteuerung als ihre Aufgabe zu begreifen. Auslöser entsprechender Initiativen und Überlegungen sind u. a. Befürchtungen, ohne Einflußnahme auf die Ursachensysteme der dynamischen Ausgabensteigerungen an Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der GKV zu verlieren und damit Marktanteileinbußen auf dem Krankenversicherungsmarkt zu erleiden. Denn auch die PKV blieb von der dynamischen Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen nicht verschont. Im Gegenteil: In den letzten Jahren lagen die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen je Versicherten deutlich über denen der GKV. Dies hat sich in steigenden Beiträgen, vor allem auch für ältere Versicherte, niedergeschlagen und offensichtlich in den vergangenen Jahren die Attraktivität der PKV im Neugeschäft für die Kunden gemindert.

Zielsetzung dieser Arbeit ist es, die Notwendigkeit einer zukünftigen Einflußnahme der PKV auf die Ursachensysteme der Ausgabensteigerungen zur Erhaltung und Stärkung ihrer Wettbewerbsfähigkeit herauszuarbeiten, entsprechende Instrumente und Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung zu beschreiben und zu bewerten sowie konkrete Vorschläge zur Umsetzung der Instrumente im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte zu entwickeln. Dabei wird folgendermaßen vorgegangen:

In Kapitel 2 werden die für den weiteren Fortgang der Arbeit wichtigen Grundlagen gelegt und Begriffe definiert. Dabei geht es zunächst um die Einordnung von Versicherungsschutz als Produkt sowie um die grundsätzliche Definition und Abgrenzung von Risiko- und Dienstleistungsgeschäft als die zu gestaltenden Objekte des (Kranken-)Versicherungsprodukts. Danach erfolgt die Einordnung der Produktgestaltung als Instrument der Angebotspolitik in das Marke-

tingsystem eines Versicherungsunternehmens. In diesem Zusammenhang wird auch die weitere dimensionale und zeitliche Differenzierung des Aktionsparameters Produktgestaltung sowie das Lebenszyklusmodell als Ausgangspunkt von Entscheidungen über die Notwendigkeit produktgestalterischer Aktivitäten besprochen. Abschließend werden private Krankenversicherungsprodukte nach dem Kriterium der Substitutivität abgegrenzt und anhand ausgewählter Eigenschaften hinsichtlich des versicherten Personenkreises, der Marktleistungen und der Beitragskalkulation mittels einer Gegenüberstellung zur GKV beschrieben.

Kapitel 3 erörtert die Gesundheitsausgabenproblematik in der substitutiven privaten Krankenversicherung, beschreibt ihre Auswirkungen auf deren Geschäftsentwicklung und diskutiert daraus abgeleitet die Notwendigkeit angebotspolitischer Maßnahmen für die PKV. Dabei wird, basierend auf der Darstellung der Ursachen steigender Versicherungsleistungen, zunächst deren Auswirkungen auf die Beitragskalkulation und -entwicklung verdeutlicht. Danach werden die Zusammenhänge zwischen steigenden Beiträgen und der Entwicklung der Marktposition der substitutiven privaten Krankenversicherung in ihren verschiedenen Zielgruppen in den vergangenen Jahren analysiert. Die in diesem Zusammenhang aufgezeigten Strukturverschiebungen auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherungen zu Lasten der PKV und die damit verbundene kollektive Verfehlung des Wachstumsziels werden dann auf der Grundlage eines Relativpreismodells als Erklärungsansatz des Wahlverhaltens von Entscheidungsträgern diskutiert. Aus den Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung des Relativpreises zwischen GKV und PKV sowie deren mögliche Auswirkungen auf das Wahlverhalten ergeben sich dann zielgruppenspezifische, angebotspolitische Konsequenzen mit dem Ziel einer Einflußnahme auf die Ursachensysteme für die steigenden Versicherungsleistungen in der PKV. Abschließend werden – als Grundlage für die folgenden Kapitel 4 und 5 – die Instrumente zur Einflußnahme auf die Ursachensysteme steigender Versicherungsleistungen und deren Zuordnung zu den Ansatzpunkten Versicherungsnehmer bzw. Leistungserbringer im Überblick dargestellt. Dabei wird auf Instrumente zurückgegriffen, die Managed-Care-Konzepte, in erster Linie US-amerikanischen Ursprungs, mit dem Ziel anbieten, Anreize zur kostengünstigen und zugleich qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung der Versicherten zu setzen.

Kapitel 4 beschreibt und bewertet zunächst die beim Versicherungsnehmer ansetzenden Instrumente und untersucht sie anschließend hinsichtlich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte. Untersuchungsgegenstände sind zum einen die bereits in der PKV seit langem eingeführten Selbstbeteiligungsmodelle. Im Vordergrund steht hierbei, ob das bereits seit Jahren in der Produktgestaltung eingesetzte Instrument der Selbstbeteiligung zukünftig ausreicht, bestehende Ausgabensenkungspotentiale in der PKV auszuschöpfen und die dynamische Entwicklung der Versicherungsleistungen zumindest zu begrenzen. Zum anderen werden die Möglichkeiten und Grenzen der Förderung von Präventionsaktivitäten im Rah-

men der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte analysiert und diskutiert.

Kapitel 5 beschäftigt sich einleitend mit der Untersuchung und Bewertung von leistungserbringerorientierten Instrumenten zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung. Schwerpunkte der Betrachtung liegen hier zum einen auf der Auswahl und der Honorierung der Leistungserbringer als strukturorientierte Kerninstrumente sowie zum anderen auf den Instrumenten zur prospektiven Entscheidung über Leistungen (z. B. auf der Basis von Second-Opinion-Programmen) und der begleitenden Steuerung des Leistungsgeschehens, insbesondere im Rahmen von Disease und Case-Management-Konzepten, als prozeßorientierte Instrumente. Anschließend werden die Rahmenbedingungen für einen Beziehungsaufbau zwischen PKV und Leistungserbringern als Grundlage für die Einflußnahme der PKV auf den medizinischen Versorgungsprozeß analysiert und mögliche – aufgrund von heute noch bestehenden (rechtlichen) Restriktionen nur schrittweise realisierbare – Entwicklungsstufen von (vertraglichen) Beziehungen zwischen PKV und Leistungserbringer dargestellt. Es wird verdeutlicht, daß derartige Beziehungen nicht automatisch auf das Vertragsverhältnis zwischen privatem Krankenversicherer und Versicherungsnehmer wirken, sondern hier modifizierte Produktkonzepte notwendig sind. Vor diesem Hintergrund werden mögliche Elemente neuartiger Produktgestaltungen im Risiko- und Dienstleistungsgeschäft substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte entwickelt und Erfolgsfaktoren für die Marktakzeptanz derartiger "Managed-Care-Produkte" diskutiert.

Kapitel 6 faßt die erarbeiteten Ergebnisse abschließend zusammen. Es formuliert darauf aufbauend Anforderungen insbesondere an die Politik, aber auch an die PKV-Unternehmen, deren Erfüllung notwendig erscheinen, um den Kunden erfolgreich und wettbewerbsfördernd neuartige substitutive private Krankenversicherungsprodukte mit Managed-Care-Elementen auf dem Krankenversicherungsmarkt anbieten zu können.

## **2 Grundlagen**

### **2.1 Das Versicherungsprodukt**

#### **2.1.1 Versicherungsschutz als Produkt**

Versicherungsschutz stiftet Nutzen und ist verkehrsfähig. Er ist ein Wirtschaftsgut.<sup>1</sup> Versicherungsschutz geht – wie ein Sachgut – aus einem Produktionsprozeß hervor, in dessen Verlauf verschiedene Produktionsfaktoren kombiniert werden. Versicherungsschutz erfüllt somit die Produkteigenschaften<sup>2</sup> und kann daher auch als Versicherungsprodukt bezeichnet werden.<sup>3</sup>

Versicherungsprodukte werden als Markt- bzw. Absatzleistungen von Versicherungsunternehmen auf Versicherungsmärkten zur Realisierung der Unternehmensziele angeboten und vom Kunden zur Befriedigung von Bedürfnissen nachgefragt.<sup>4</sup> Für das Versicherungsprodukt wird zwischen Versicherer und Kunde ein Preis in Form einer Versicherungsprämie vereinbart, die vom Kunden gezahlt und vom Versicherer bezogen wird.<sup>5</sup>

#### **2.1.2 Besonderheiten des Versicherungsprodukts**

Das Versicherungsprodukt weist einige besondere Merkmale auf.<sup>6</sup> Für die Produktgestaltung ist vor allem bedeutsam, daß es sich bei einem Versicherungsprodukt um ein immaterielles Wirtschaftsgut handelt. Es ist, anders als ein Sachgut, nicht unmittelbar durch sinnliche Wahrnehmung von Substanz oder Funktion erfaßbar. Der Kunde kann das Versicherungsprodukt nur intellektuell erfassen, indem er die Bedeutung und den Nutzen des Versicherungsprodukts für sich "versteht". Erst im Schadenfall, der beim Abschluß eines Versicherungsvertrages in der Zukunft liegt, wird der Nutzen des Versicherungsprodukts durch eine Versicherungsleistung konkret.<sup>7</sup>

Die – abgesehen vom Papier als Trägermedium für Informationen, wie z.B. den Versicherungsvertrag, – fehlende Substanz eröffnet in der Produktgestaltung einerseits hohe Freiheitsgrade. Andererseits stellt die insbesondere im Privat-

- 
- 1) Vgl. hierzu Lukarsch (1988), S. 959 ff.
  - 2) Zum Nachweis der Produkteigenschaften vgl. Riege (1990), S. 407 ff.
  - 3) Vgl. ebenda.
  - 4) Vgl. Farny (1995), S. 475 ff.
  - 5) Zur Versicherungsprämie vgl. Albrecht/Lippe (1988), S. 525 ff.; Gabler (1994), S. 635 f.
  - 6) Zu den Besonderheiten des Versicherungsprodukts vgl. Farny (1995), S. 476 ff.; Mertens (1992), S. 28 ff. mit weiteren ausführlichen Literaturhinweisen.
  - 7) Vgl. Mertens (1992), S. 29.

kundengeschäft notwendige Verständlichkeit der Produkte eine gewisse Beschränkung der Produktgestaltungsmöglichkeiten dar.<sup>8</sup>

Versicherungsschutz wird häufig für einen längeren Zeitraum vereinbart. Dies gilt besonders für Versicherungszweige, bei denen das Versicherungsgeschäft mit einem Spar- und Entsparprozeß verbunden ist.<sup>9</sup> Hier ist die Langfristigkeit zum einen dadurch begründet, daß die Bedürfnisse des Kunden nach Versicherungsschutz dauerhaft vorliegen. Zum anderen wird die langfristige Bindung dadurch gefördert, daß bei Produkten mit Spar- und Entsparprozessen die vorzeitige Beendigung des Versicherungsschutzes durch den Kunden für diesen regelmäßig mit Nachteilen verbunden ist.<sup>10</sup>

### **2.1.3 Bestandteile des Versicherungsprodukts**

#### **2.1.3.1 Überblick**

In der versicherungswissenschaftlichen Literatur gibt es verschiedene Erklärungsansätze zur Abgrenzung des Versicherungsprodukts bzw. der Leistungen eines Versicherers.<sup>11</sup>

Nach Farny<sup>12</sup> sind Bestandteile des Versicherungsprodukts das Risikogeschäft, das Dienstleistungsgeschäft und - in einigen Versicherungszweigen - das Spar- und Entspargeschäft. In der substitutiven privaten Krankenversicherung ist das Risikogeschäft mit einem dem Sparen und Entsparen ähnlichen Vorgang verbunden: Der Kunde zahlt in dem auf Langfristigkeit angelegten Versicherungsvertrag konstante Prämien, obwohl das Krankheitsrisiko mit dem Alter des Kunden steigt. Die Differenz zur tatsächlich gezahlten höheren Prämie wird in einer Alterungsrückstellung angespart. Die später unzureichende Risikoprämie wird durch Auflösung der Alterungsrückstellung ergänzt.<sup>13</sup>

---

8) Vgl. Farny (1995), S. 322 f.

9) Vgl. Farny (1995a), S. 82ff.

10) So ist bei Kündigung des Versicherungsvertrages in der substitutiven privaten Krankenversicherung die durch Sparbeiträge aufgebaute Alterungsrückstellung für den Versicherungsnehmer verloren. Denn eine Übertragung der Alterungsrückstellung auf den neuen Krankenversicherer wird nicht durchgeführt. Zur Alterungsrückstellung in der substitutiven privaten Krankenversicherung vgl. auch die Ausführungen auf den S. 47 ff.

11) Zu unterscheiden sind insbesondere der schadentheoretische, der güterliche, der informationstheoretische und der systemtheoretische Ansatz. Zur vergleichenden Darstellung und Bewertung der Ansätze vgl. u.a. Harbrügger (1992), S. 30 ff.; Mordi (1985), S. 81 ff.; Riege (1990), S. 412 ff.; Schwacke (1987), S. 47 ff.

12) Vgl. Farny (1995), S. 476.

13) Zum Spar- und Entspargeschäft und zum sparähnlichen Vorgang in der substitutiven privaten Krankenversicherung vgl. Farny (1995), S. 41 ff. sowie die Ausführungen auf den S. 47 ff.

### **2.1.3.2 Das Risikogeschäft als Kern des Versicherungsprodukts**

Kern des Versicherungsprodukts ist die Übertragung einer Wahrscheinlichkeitsverteilung von Schäden vom Kunden auf einen Versicherer (Risikogeschäft). Der Versicherer gewährt mithin bei Eintritt bestimmter vereinbarter Umweltzustände (Schadenereignisse) den Ausgleich ebenfalls genau definierter ungünstiger Planabweichungen (Schäden) durch Geld- oder Sachleistungen.<sup>14</sup>

Wie Abbildung 1 verdeutlicht, entfaltet sich der Nutzen dieses Risikotransfers aus Kundensicht in zweifacher Weise: zum einen im Schadenfall als tatsächlich bewirkte Gewährung von Versicherungsleistungen – diese stellt dann in einer marketingorientierten Sichtweise des Versicherungsprodukts die konkrete Marktleistung des Versicherers dar – und zum anderen stark subjektiv in der Erhöhung des Sicherheitsempfindens als abstrakte Leistung.<sup>15</sup>

Die Gewährung von Versicherungsleistungen als konkrete Marktleistung im Schadenfall kann als Geldleistung (Kostenersatz) oder als Sachleistung (Naturalersatz) erfolgen.<sup>16</sup> In der Krankenversicherung stellt der Leistungserbringer die Kosten einer Behandlung entweder dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer in Rechnung. Im ersten Fall werden die Marktleistungen als Kostenersatz in Form einer Geldleistung, im zweiten als Naturalleistung erbracht.<sup>17</sup>

### **2.1.3.3 Das Dienstleistungsgeschäft**

#### **2.1.3.3.1 Zur Abgrenzung zwischen kundenbezogenem und innerbetrieblichem Dienstleistungsgeschäft**

Das Kernprodukt Risikogeschäft (einschließlich eines Spar- und Entsparprozesses) ist nicht die einzige Leistung eines Versicherers. Es wird vielmehr ergänzt um weitere Dienstleistungen, die das Produkt Versicherungsschutz handhabbar und verkehrsfähig machen. Wie Abbildung 1 auf S. 7 verdeutlicht, umfaßt dieses Dienstleistungsgeschäft sowohl innerbetriebliche (interne) Leistungen als auch kundenbezogene (externe) Leistungen.<sup>18</sup>

Auf Versicherungsmärkten verwertbar ist regelmäßig ausschließlich das Ergebnis eines Produktionsprozesses, nicht aber der Prozeß selbst.<sup>19</sup> Das Ergebnis

---

14) Vgl. Farny (1995), S. 25.

15) Vgl. Farny (1995a), S. 88 f.

16) Vgl. Farny (1995), S. 328.

17) Die Kostenerstattung ist ein tragendes Element der PKV, der Naturalersatz eines der GKV. Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 34 ff.

18) Vgl. Farny (1995), S. 42 ff.

19) Vgl. Eisen (1971), S. 410.

eines Produktionsprozesses sind die kundenbezogenen Marktleistungen. In marketingtheoretischer Sichtweise ist das Versicherungsprodukt daher durch ebendiese Marktleistungen des Versicherers gekennzeichnet. Dazu gehören, neben der konkreten und der abstrakten Marktleistung des Risikogeschäfts (Auszahlung von Versicherungsleistungen bzw. Erhöhung des Sicherheitsempfindens), auch kundenbezogene Dienstleistungen. Dieses externe Dienstleistungsgeschäft umfaßt zum einen als konkrete Marktleistung kundenbezogene Beratungs- und Abwicklungsleistungen. Zum anderen erhöht das Wissen des Kunden um diese Dienstleistungen sein Sicherheitsempfinden, vor allem wenn ihm damit konkrete Hilfestellungen im Schadenfall zugesagt werden.<sup>20</sup> Die Erhöhung des Sicherheitsempfindens stellt eine abstrakte Marktleistung des Versicherers dar (vgl. Abbildung 1).

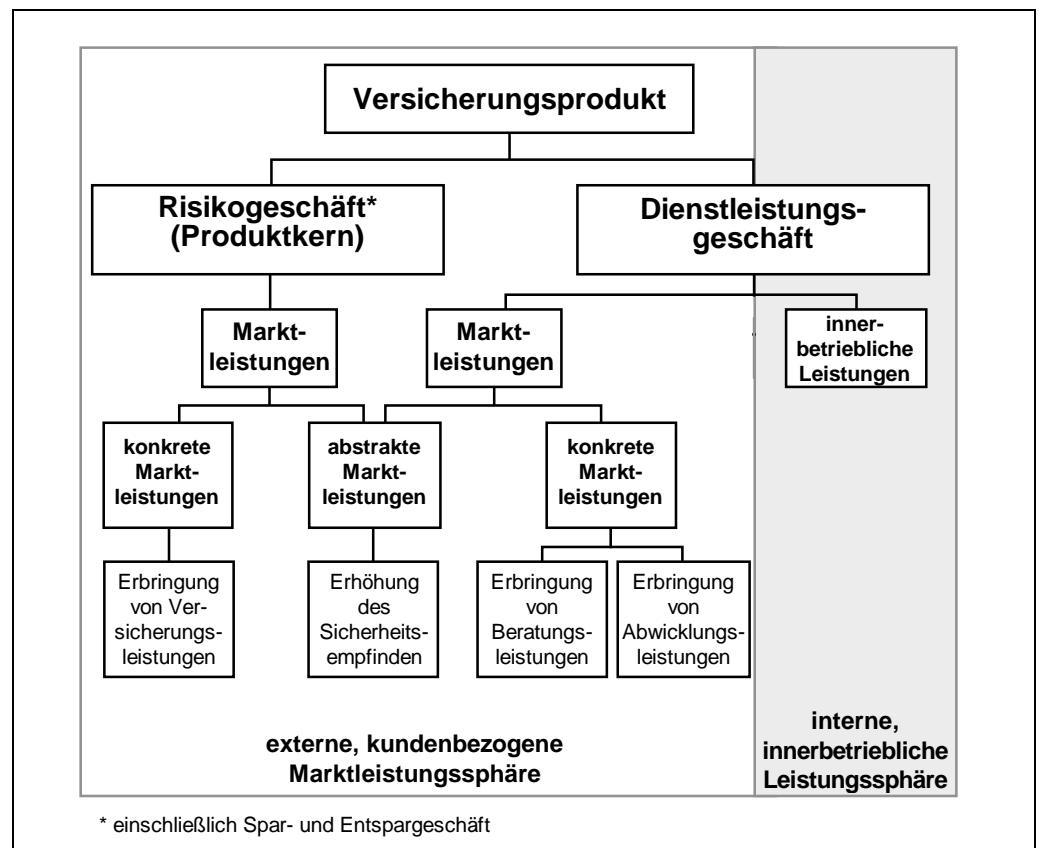


Abbildung 1: Marketingorientierte Darstellung des Versicherungsprodukts

Innerbetriebliche Leistungen zur Durchführung des Riskogeschäfts und der kundenbezogenen Beratungs- und Abwicklungsleistungen – das sind insbesondere die Schaffung der Betriebsbereitschaft sowie die Bereitstellung von Rück-

20) Vgl. hierzu die Ausführungen und Beispiele auf den S. 12 f. sowie 16 f.

versicherungsschutz und Geld<sup>21</sup> – sind dagegen nicht unmittelbar markt- bzw. kundenbezogen.<sup>22</sup> Sie sind somit von den Marktleistungen des Versicherers zu trennen. Innerbetriebliche Leistungen werden daher im weiteren vernachlässigt und nicht als Objekte der Produktgestaltung betrachtet.<sup>23</sup>

### **2.1.3.3.2 Zur Abgrenzung und inhaltlichen Konkretisierung des kundenbezogenen Dienstleistungsgeschäfts**

Kundenbezogene Beratungs- und Abwicklungsdienstleistungen lassen sich – wie in Abbildung 2 auf S. 9 verdeutlicht – grundlegend nach ihrer Zuordnung zu den Phasen

- Vertragsabschluß
- Vertragslaufzeit ohne Schaden
- Vertragslaufzeit mit Schaden

abgrenzen.<sup>24</sup>

Abwicklungsleistungen werden "nur" im Zusammenhang mit einem Schadensfall, also in der Phase Vertragslaufzeit mit Schaden, erbracht. Beratungsleistungen dagegen empfängt der Kunde meist unabhängig vom Eintritt eines Schadensfalls entweder vor bzw. bei Vertragsabschluß oder während der Vertragslaufzeit ohne Schaden. Allerdings ist in der Phase der Vertragsbeziehung mit Schaden – neben der Durchführung von Abwicklungsleistungen – auch die

---

21) Vgl. Farny (1995), S. 44; Lach (1995), S. 29.

22) Insbesondere die in der versicherungswissenschaftlichen Literatur aufgeführten Beispiele für Abwicklungsleistungen (vgl. z. B. bei Farny (1995), S. 42 ff.) sind regelmäßig keine unmittelbar kunden- bzw. marktbezogenen Leistungen. Es handelt sich meist um innerbetriebliche Abwicklungsleistungen (z. B. Analyse und Bewertung der zu versichernden Risiken, Bearbeitung von Versicherungsanträgen, Ausfertigung von Versicherungsscheinen und anderen Dokumenten, Analyse und Bewertung von Versicherungsfällen, Beschaffung, Eingabe, Verarbeitung, Speicherung und Ausgabe von Daten und Texten zu Kunden, versicherten Risiken und Versicherungsfällen). Teilweise handelt es sich bei den beispielhaft aufgeführten Leistungen auch nicht um Dienstleistungen, sondern um konkrete Versicherungsleistungen, wie z. B. die Auszahlung von Rechnungen der Leistungserbringer an den Versicherungsnehmer.

23) Diese vor dem Hintergrund einer marketingorientierten Betrachtungsweise des Versicherungsprodukts vorgenommene "Ausgrenzung" der nicht unmittelbar kundenbezogenen innerbetrieblichen Leistungen als Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ändert nichts daran, daß die innerbetriebliche Leistungserstellung Voraussetzung für die Durchführung des Risikogeschäfts (einschließlich des Spar- und Entspargeschäfts) und für die Erbringung der externen Beratungs- und Abwicklungsleistungen ist und ihrerseits auch der Gestaltung bedürfen. Vgl. hierzu Farny (1995), S. 44.

24) Vgl. Henry (1977a), S. 385 ff., wo sich diese Unterteilung allerdings mit Bezug auf Serviceleistungen findet. Zur weitgehenden Deckungsgleichheit von kundenbezogenen Dienstleistungen und Serviceleistungen vgl. die Ausführungen auf den S. 13 ff.



Erbringung von Beratungsleistungen durch den Krankenversicherer durchaus denkbar.<sup>25 26</sup>

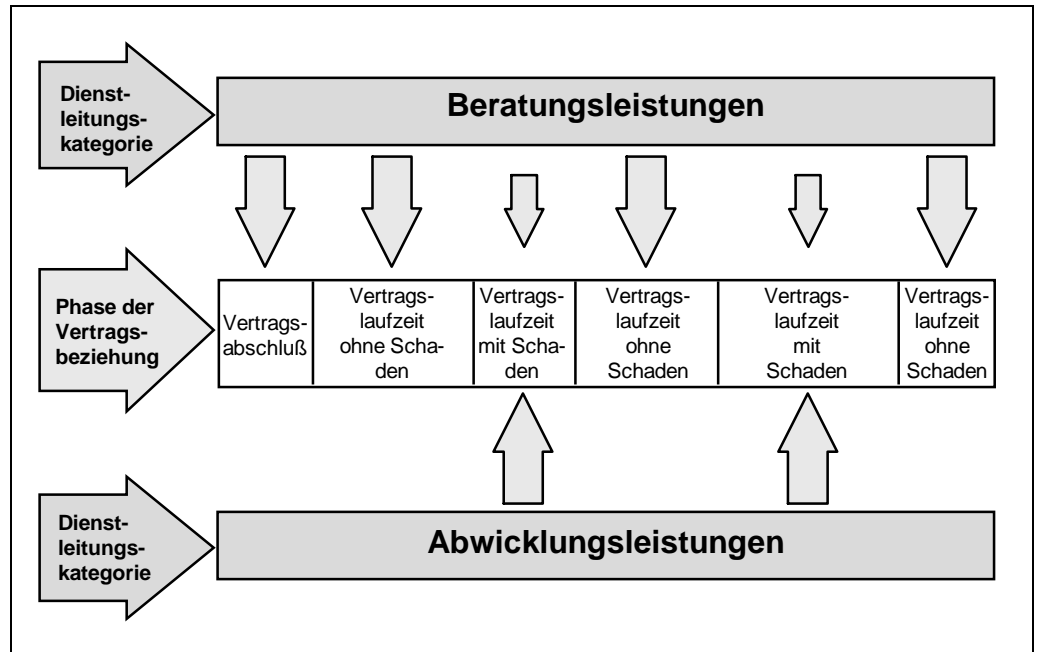


Abbildung 2: Zuordnung kundenbezogener Beratungs- und Abwicklungsleistungen nach der Phase der Vertragsbeziehung

In diesem Zusammenhang ist mit Blick auf die Krankenversicherung und den dort gebotenen umfassenden Versicherungsschutz bedeutsam, daß hier, im Vergleich mit anderen Versicherungszweigen, zum einen die Schadenhäufigkeit relativ hoch ist. Zum anderen können – beispielsweise aufgrund chronischer Erkrankungen – die Phasen der Vertragslaufzeit mit Schaden vergleichsweise lang andauern. Bereits deshalb stellen kundenbezogene Abwicklungsleistungen eine

- 25) So könnte ein Krankenversicherer die – im Zuge eines aufgrund eines Herzinfarkts notwendigen Krankenhausaufenthalts eines Versicherungsnehmers – entstehenden organisatorischen Probleme im Umfeld seines Kunden, z. B. die Betreuung von Kindern, durch Abwicklungsleistungen – hier durch die Organisation einer Kinderbetreuung – unterstützen. Noch während des Krankenhausaufenthalts kann der Versicherungsnehmer zudem auch Beratungsleistungen zur Umstellung seiner Ernährungs- und Lebensgewohnheiten empfangen, um die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Gesundheitsstörungen (z. B. Erleiden eines weiteren Herzinfarkts) zu verringern.
- 26) In Abbildung 2 wird nochmals deutlich, daß im Gegensatz zu Beratungsleistungen, die alle Kunden (mehr oder weniger umfangreich) erhalten, Abwicklungsleistungen nur Kunden empfangen, die während der Vertragslaufzeit einen Versicherungsfall geltend machen. Die Tatsache, daß Beratungsleistungen zwar auch in der Phase der Vertragslaufzeit mit Schaden erbracht werden können, ihr Schwerpunkt aber überwiegend in den Phasen ohne Schaden liegt, wird in der Abbildung durch unterschiedlich große Pfeile berücksichtigt.

potentiell wichtige Marktleistungskategorie dar, da durch Häufigkeit und/oder Dauer der Schadenfälle die Interventionsmöglichkeiten des Krankenversicherers (zumindest theoretisch) als verhältnismäßig gut einzuschätzen sind.<sup>27</sup>

Die Ordnung und inhaltliche Konkretisierung des externen Dienstleistungsgeschäfts sowie seine Abgrenzung vom Kernprodukt Risikogeschäft und damit seine Definition als eigenständige Marktleistungskategorie ist schwierig.<sup>28</sup>

Wie Abbildung 3 auf S. 11 zeigt, kann bei der Ordnung von Beratungs- und Abwicklungsleistungen auf ihre Nähe zur Haupt- bzw. Kernleistung Versicherungsschutz abgestellt werden.<sup>29</sup> Dies führt zur Unterscheidung zwischen unmittelbar und mittelbar hauptleistungsbezogenen Beratungs- und Abwicklungsleistungen.<sup>30</sup> Darüber hinaus sind Dienstleistungen denkbar, die von der Hauptleistung völlig losgelöst und insofern versicherungsfremd sind. Diese Leistungen sind keine Bestandteile des Versicherungsprodukts und werden daher im Rahmen dieser Arbeit auch nicht als Objekte der Produktgestaltung betrachtet.<sup>31</sup>

Unmittelbar hauptleistungsbezogene Beratungs- und Abwicklungsleistungen werden eingesetzt, damit das Risikogeschäft (und in einigen Zweigen wie der substitutiven privaten Krankenversicherung der Spar- und Entsparvorgang) zunächst überhaupt zustandekommt und dann während der Vertragslaufzeit seine Kernfunktion des finanziellen Sicherns erfüllen kann. Mittelbar hauptleistungsbezogen sind Dienstleistungen besonders dann, wenn sie sich nicht unmittelbar auf die Verkehrsfähigkeit des Versicherungsschutzes, sondern auf das Versicherungsumfeld beziehen. Sie haben insoweit "nur" eine indirekte Beziehung zur Hauptleistung.<sup>32</sup>

---

27) Zur Problematik der Intervention des privaten Krankenversicherers in den Behandlungsprozeß vgl. die Ausführungen auf den S. 221 ff., vor allem S. 229 f.

28) Dies gilt insbesondere für die Abwicklungsleistungen.

29) Vgl. Henry (1977), S. 308.

30) Vgl. Lach (1995), S. 29 f. allerdings mit Bezug auf Serviceleistungen. Ebenfalls mit Bezug auf Serviceleistungen unterscheidet Henry (1977, S. 308) zwischen versicherungsverbundenen, versicherungsumfeldbezogenen und versicherungsfremden Leistungen.

31) Die Abgrenzung versicherungsfremder Dienstleistungen ist schwierig. Bezugnehmend auf das Verbot des Betreibens versicherungsfremder Geschäfte in § 7 Abs. 2 VAG wären die Leistungen eines Versicherers als versicherungsfremd einzuordnen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft stehen. Farny (1989, S. 99) weist darauf hin, daß bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise der Zusammenhänge im Finanzdienstleistungssektor der "unmittelbare Zusammenhang" eher weit ausgelegt werden muß. Henry (1997, S. 308) nennt – allerdings mit Bezug auf Serviceleistungen – als Beispiel für versicherungsfremde Dienstleistungen u.a. EDV-Services.

32) Die Trennung der mittelbar von den unmittelbar hauptleistungsbezogenen Leistungen ist im Einzelfall schwierig.

Zu den unmittelbar hauptleistungsbezogenen Beratungsleistungen in der Krankenversicherung zählen vor allem die Erklärung des geeigneten Versicherungsschutzes und dessen Eignung zur Bedarfsdeckung, sowohl bei Vertragsabschluß als auch während der Vertragslaufzeit (z. B. aufgrund veränderter persönlicher Verhältnisse, wie Heirat oder Geburt eines Kindes).

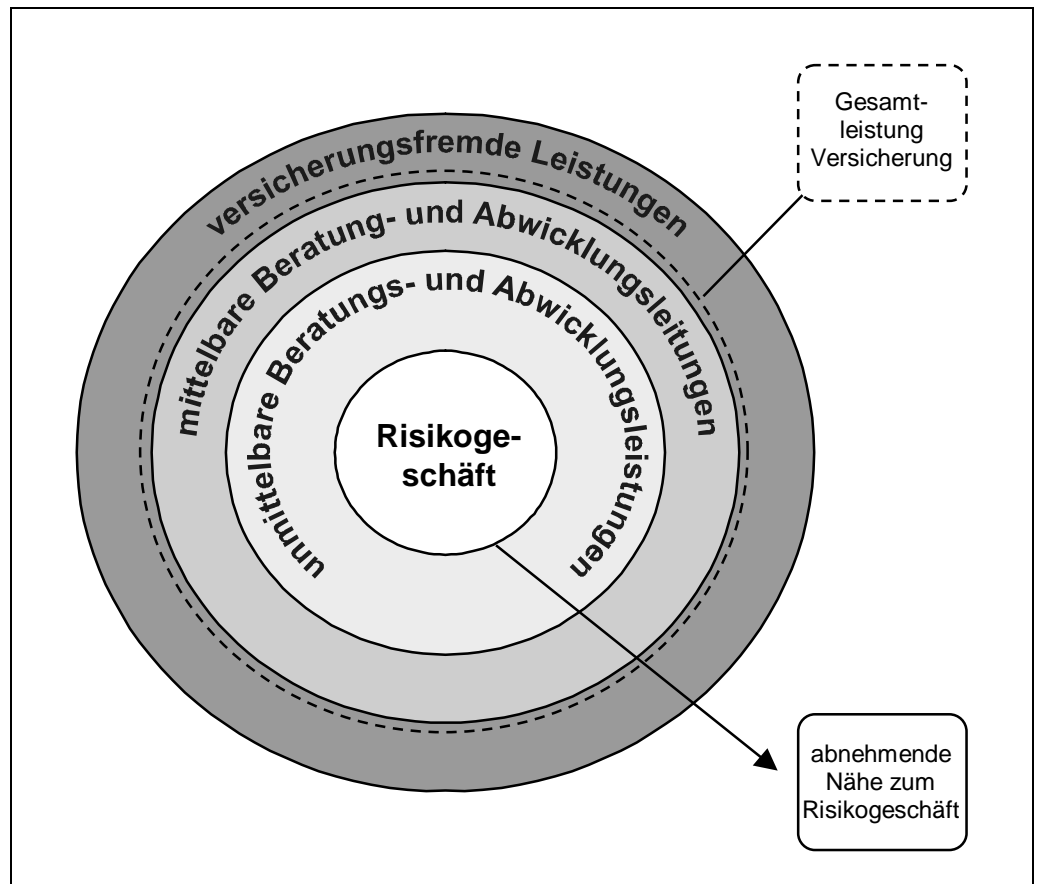


Abbildung 3: Ordnung der kundenbezogenen Beratungs- und Abwicklungsleistungen nach ihrer Nähe zur Kernleistung Risikogeschäft<sup>33</sup>

Mittelbar hauptleistungsbezogene Beratungsleistungen sind dagegen z. B. Informationen und Ratschläge zur Vermeidung bzw. Verringerung von Gesundheitsrisiken. Kennzeichnend für diese versicherungsumfeldbezogenen Beratungsleistungen ist, daß sie sich nicht auf den Versicherungsschutz, sondern auf das risikopolitische Instrument der Schadenverhütung beziehen. Durch das Angebot derartiger Leistungen unterstützt der Krankenversicherer also andere Aktivitäten im Rahmen des Risikomanagements eines Kunden.

33) In Anlehnung an Henry (1977), S. 308.

Abwicklungsleistungen im Schadenfall lassen sich zunächst vom Risikogeschäft dadurch abgrenzen, daß sie nicht die Erstattung von Kosten oder die Gewährung von Naturalleistungen beinhalten.

Unmittelbar hauptleistungsbezogene Abwicklungsleistungen stellen beispielsweise Informationen bzw. Ratschläge des Krankenversicherers bei Vorliegen einer konkreten Problemsituation des Versicherungsnehmers, z. B. hinsichtlich der Wahl eines Arztes oder Krankenhauses, dar. Unmittelbar hauptleistungsbezogene Abwicklungsleistungen lägen in der PKV regelmäßig auch dann vor, wenn der Krankenversicherer die Versicherungsleistungen nach dem Sachleistungsprinzip erbringen würde. Denn zwar führt das Sachleistungsprinzip im Vergleich mit dem Kostenerstattungsprinzip aus Sicht des Kunden zu einer identischen Wirtschaftslage (z.B. gemessen an seiner Vermögenssituation).<sup>34</sup> Im Vergleich zum Kostenerstattungsprinzip wären mit dem Sachleistungsprinzip aber weitere kundenbezogene Leistungen verbunden, die nicht unmittelbar auf die Vermeidung ungünstiger Planabweichungen aufgrund eines Schadeneintritts abzielen. Dies ist zum einen eine Finanzierungsleistung. Denn die mit dem Sachleistungsprinzip verknüpfte Rechnungsstellung des Leistungserbringers direkt an den Versicherer führt zu einem Zinsvorteil des Kunden, da die Zwischenfinanzierung des Rechnungsbetrages entfällt.<sup>35</sup> Zum anderen können "Geschäftsführungsleistungen" zum Tragen kommen. Sie bestehen darin, daß bei Sachleistungsgewährung durch den Krankenversicherer administrative Tätigkeiten, wie das Ausfüllen und Absenden von Erstattungsanträgen, die Abwicklung von Zahlungsvorgängen mit den Leistungserbringern und die Kontrolle des Eingangs von Erstattungszahlungen für den Versicherungsnehmer entfallen.<sup>36</sup>

Mittelbar hauptleistungsbezogene Abwicklungsleistungen konkretisieren sich in der Organisation tätiger Hilfestellung im Schadenfall, soweit sie nicht Versicherungsleistungen und damit verbundene unmittelbare Abwicklungsleistungen darstellen. Mittelbar hauptleistungsbezogen sind insbesondere Abwicklungsleistungen, die im Versicherungsfall die Lösung organisatorischer Probleme im

---

34) Dies gilt zumindest unter der Voraussetzung, daß in beiden Fällen die von Leistungserbringern durchgeführte Heilbehandlung und deren Abrechnung dem vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz entsprechen, es sich also qualitativ und quantitativ um einen erstattungspflichtigen Schaden handelt.

35) In der Praxis des Rechnungsausgleichs durch Versicherungsnehmer in der PKV kommt es häufig vor, daß die Versicherungsnehmer eine Rechnung zunächst dem Krankenversicherer einreichen und sie gegenüber dem Arzt erst ausgleichen, wenn sie die Erstattung des Versicherers erhalten haben. In diesen Fällen entfällt eine Vorfinanzierung seitens des Kunden.

36) Diese Aufgaben sind für privat Krankenversicherte teilweise sehr aufwendig. Dies gilt noch verstärkt, wenn – wie z. B. bei beihilfeberechtigten Personen mit den Beihilfestellen – neben der privaten Krankenversicherung noch weitere Stellen als Kostenerstatter in Anspruch genommen werden.

Umfeld des Kunden unterstützen. Ein Beispiel wäre die Organisation einer Kinderbetreuung bei stationärem Krankenhausaufenthalt des Versicherten.<sup>37</sup>

### 2.1.3.3.3 **Zur Abgrenzung zwischen kundenbezogenen Dienstleistungen und Serviceleistungen**

Serviceleistungen sind in der versicherungswissenschaftlichen Literatur nicht klar definiert und abgegrenzt.<sup>38</sup> Als Service oder Kundendienst werden beispielsweise von Farny die Leistungen des Versicherers bezeichnet, "die nicht vertraglich vereinbarte Hauptleistungen des Versicherungsgeschäfts sind, sondern zusätzlich gewährt werden."<sup>39</sup> Farny selbst weist jedoch bereits darauf hin, daß die Abgrenzung der Serviceleistungen von den Hauptleistungen schwierig ist, "weil das Versicherungsgeschäft selbst eine Fülle von Beratungs- und Abwicklungsleistungen umfaßt, die nicht eindeutig als Kern- oder Zusatzleistungen erkennbar sind."<sup>40</sup>

Zeitlich werden die Leistungen häufig in Service vor und bei Vertragsabschluß, Service während der Vertragsdauer und Service im Versicherungsfall unterteilt.<sup>41</sup> Auch hier fällt die Nähe zur bereits im Rahmen der Konkretisierung des Dienstleistungsgeschäfts eingeführten Zuordnung der kundenbezogenen Beratungs- und Abwicklungsleistungen nach der Phase der Vertragsbeziehung auf.<sup>42</sup>

Inhaltlich können die in der Literatur beispielhaft genannten typischen Serviceleistungen<sup>43</sup> ebenfalls regelmäßig entweder den bereits oben eingeführten kundenbezogenen Marktleistungskategorien Risiko- und Dienstleistungsgeschäft oder der innerbetrieblichen Leistungssphäre zugeordnet werden. So handelt es sich bei den genannten Beispielen für Serviceleistungen teilweise um unmittelbare<sup>44</sup> oder mittelbare<sup>45</sup> Beratungsleistungen, teilweise aber auch um innerbetriebliche Leistungen, wie die schnelle Erst- und Folgebearbeitung von Geschäftsvorfällen. Unter Service im Versicherungsfall – nach oben eingeführter Zuordnung sind hierunter ausschließlich Abwicklungsleistungen zu verstehen – werden auch Leistungen qualifiziert, die tatsächlich entweder innerbetriebliche Leistungen darstellen (wie z. B. die Schadenbegutachtung durch den Versicherer oder Sachverständige), oder es werden Leistungen genannt, die

---

37) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf S. 17.

38) Vgl. zur Darstellung der verschiedenen Definitionen und Abgrenzungen von Serviceleistungen Schmidt (1993), S. 138 ff.

39) Farny (1995), S. 659.

40) Vgl. ebenda.

41) Vgl. ebenda, S. 660 f.

42) Vgl. hierzu S. 8 f., insbesondere Abbildung 2.

43) Zu den zahlreichen Beispielen für Serviceleistungen des Versicherers – getrennt nach den einzelnen Phasen der Vertragsbeziehung – vgl. ebenda.

44) Z. B. Kundenberatung über Risiken und Risikopolitik.

45) Z. B. Gesundheits- und Vorsorgeinformationen.

der Kategorie der Versicherungsleistungen zuzuordnen sind. Dies gilt z. B. für Abschlagszahlungen auf Versicherungsleistungen.<sup>46</sup>

Im Ergebnis erscheint vor dem Hintergrund der vorgenommenen marketingorientierten Abgrenzung des Versicherungsprodukts eine Unterscheidung zwischen kundenbezogenen Dienstleistungen und Serviceleistungen nicht nur praxisfremd, sondern auch theoretisch kaum begründet. Serviceleistungen stellen daher nach der hier vertretenen Auffassung auch keine eigenständige Marktleistungskategorie dar. In diesem Zusammenhang wird allerdings durchaus anerkannt, daß "moderne" Begriffe wie Service bzw. Serviceleistungen den qualitativen Aspekt bei der Erbringung von Marktleistungen stärker in den Vordergrund stellen. So muß der Versicherer seine Marktleistungselemente Versicherungs- und Dienstleistungen mit dem Ziel der Schaffung von Kundenpräferenzen qualitativ ausgestalten. Insoweit kommt der "Servicequalität" eine wichtige Bedeutung zu. So wird z. B. die Optimierung der Schadenabwicklung, mit der der Versicherer die Kernleistung des Versicherungsschutzes (Erbringung von Versicherungsleistungen) qualitativ (z. B. mit Blick auf die Schnelligkeit) ausgestaltet, einen wichtigen Beitrag zur Zufriedenheit des Kunden mit seinem Versicherer liefern können.<sup>47</sup>

#### **2.1.3.3.4 Zur Abgrenzung zwischen kundenbezogenen Dienstleistungen und Assistenzleistungen**

Der Begriff Assistance wird unterschiedlich ausgelegt. In enger Definition wird unter Assistance die Erbringung von Service- und Dienstleistungen für Kunden verstanden, die in eine Notsituation geraten sind.<sup>48</sup> Notfälle im hier angesprochenen Sinne sind Schadenereignisse, bei deren Eintritt ein Versicherer Versicherungsschutz zugesagt hat. Beispiele für diese auch als "klassische" Assistance bezeichneten Leistungen in Notfällen sind die technische, medizinische, juristische und touristische Unterstützung in entsprechenden Notfällen.<sup>49</sup>

Aus dem Krankenversicherungsbereich sind die Leistungen der Auslandsreisekrankenversicherung häufig Anknüpfungspunkte für die medizinische Assistance, wie z. B. bei der Organisation und Durchführung von Krankenrücktransporten aus dem Ausland in das Heimatland oder von Verlegungstransporten im

---

46) Zudem fällt gerade bei den versicherungsfallbezogenen Serviceleistungen auf, daß dort – aus Kundensicht eigentlich selbstverständliche Leistungen, wie z. B. die verständliche Gestaltung der Schadenanzeigen oder die schnelle und unbürokratische Bearbeitung der Versicherungsfälle – als eigenständige Serviceleistungen bezeichnet werden. In diesem Zusammenhang bezeichnet beispielsweise Surminski (1986, S. 3) "die Sprüche von der schnellen Schadenregulierung als Kundenservice als leeres Stroh."

47) Vgl. Ullmann/Peill (1994), S. 1266 ff. und Peill u.a. (1994), S. 1608 ff.

48) Vgl. z. B. Krust (1995), S. 26.

49) Vgl. Krust (1995), S. 27; Schobesberger (1997), S. 1725.

Ausland.<sup>50</sup> "Klassische" Assistanleistungungen sind regelmäßig in Versicherungsprodukten integriert, eben weil sie in Situationen erbracht werden, in denen auch die Erbringung von Versicherungsleistungen seitens des Versicherers vertraglich vereinbart ist. In diesem Zusammenhang spricht man auch von sog. Package-Produkten, bei denen Assistanleistungungen mit anderen Marktleistungsbindeln (hier Versicherungsleistungen) verknüpft sind.<sup>51</sup>

In weiterer Auslegung sind Assistanleistungungen Dienstleistungen, die nicht mehr in erster Linie der Hilfestellung in einem Notfall dienen, sondern die die Bequemlichkeit und den Komfort im Alltag fördern sollen. Beispiele sind Home-service-, Business-travel- oder Monitoring- bzw. Überwachungsleistungen.<sup>52</sup> Bei dieser "modernen" Form der Assistance werden Leistungen – neben ihrer möglichen Integration in Package-Produkte – auch als eigenständige Dienstleistungen am Markt angeboten (sog. Stand-alone-Produkte).

Wie in Abbildung 4 auf S. 16 gezeigt, kann beim Leistungsumfang von Assistance im Rahmen eines Stufenmodells zwischen der reinen Information, dem Rat bei speziellen Sachverhalten und in Problemsituationen sowie der konkreten Hilfestellung (also der Tat) unterschieden werden.

Die Informationsleistungen der Stufe 1 beziehen sich auf allgemeine Anfragen des Kunden, z. B. im Rahmen der Vorbereitung einer Auslandsreise auf die dort geltenden Einreisevorschriften und Impfbestimmungen. Charakteristisch für diese Informationsleistungen ist, daß sie regelmäßig dann erbracht werden, wenn auf Seiten des Kunden keine konkrete Problemsituation im Sinne eines Not- bzw. Schadenfalls vorliegt. Im Gegensatz dazu werden Ratschläge der Stufe 2 gerade bei Vorliegen einer konkreten Problemlage des Kunden erbracht, z. B. bei Unsicherheiten über die Wahl eines Arztes/Krankenhauses im Ausland. In Stufe 3 ist die tätige Hilfestellung für den Kunden erforderlich, z. B. bei der Organisation und Abwicklung eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland.

---

50) Bei der technischen Assistance werden Unterstützungsleistungen, wie z. B. Pannenhilfe, Abschleppen und Bergen eines KFZ, Stellen eines Ersatzfahrzeuges und Organisation einer Übernachtungsmöglichkeit, in der Schutzbriefversicherung erbracht. Im Rahmen einer Rechtsschutzversicherung besorgt der Assisteur z. B. einen deutschsprachigen Rechtsanwalt oder legt eine Kautions im Ausland aus. Ein Beispiel für die touristische Assistance wäre die Suche eines vermißten Skifahrers oder Wanderers in der Beistandsleistungsversicherung. Vgl. Schobesberger (1997), S. 1725.

51) Als Beispiel für ein "Assistance-Produkt" im Krankenversicherungsbereich gilt die Auslandsreisekrankenversicherung. Vgl. hierzu auch die Ausführungen in Fußnote 56 auf S. 17.

52) Eine Monitoring- bzw. Überwachungsleistung, die in Verbindung mit einer Pflegeversicherung angeboten werden könnte, wäre z. B. im medizinischen Bereich die Teleassistance, bei der ein pflegebedürftiger Mensch die Möglichkeit der ständigen Verbindung zur Notrufzentrale des Assisteurs durch Betätigung eines Funkfingers hat. Vgl. hierzu Schobesberger (1997), S. 1725 mit weiteren Praxisbeispielen.

Die Intensität der Leistungserbringung hängt von der Bearbeitungstiefe ab. Diese steigt mit der erreichten Tätigkeitsstufe im obigen Stufenmodell: In den meisten Fällen benötigt der Assistancekunde "nur" Informationen oder Ratschläge (Stufen 1 und 2), die er meist unverzüglich telefonisch erhält. Ein vergleichsweise geringer Teil der Fälle entfällt auf die zeit- und kostenintensivere tätige Hilfeleistung (Stufe 3).<sup>53</sup>

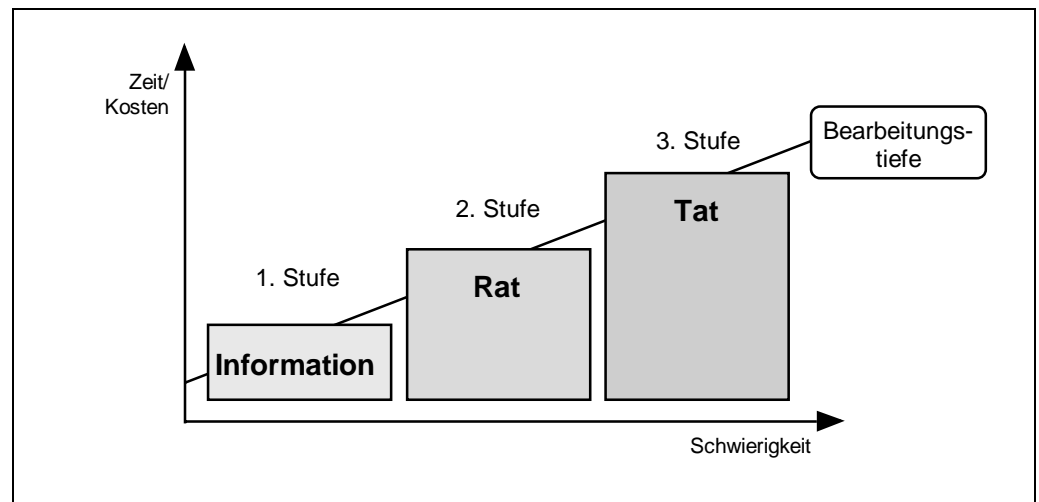


Abbildung 4: 3-Stufenmodell der Bearbeitungstiefe von Assistanceleistungen<sup>54</sup>

Versucht man eine Einordnung von Assistance-Leistungen – soweit sie in Versicherungsprodukten integriert sind, es sich also nicht um sog. Stand-alone-Produkte handelt – in das zuvor erarbeitete Produktmodell mit Risiko- und Dienstleistungsgeschäft, so läßt sich folgendes feststellen:

1. Informationen als typische Assistanceleistungen der Stufe 1 im oben ausgeführten Stufenmodell sind regelmäßig mittelbar hauptleistungsbezogene Beratungsleistungen im Sinne des Dienstleistungsgeschäfts von Versicherungsprodukten. Sie werden dann meist in der "Vertragslaufzeit ohne Schaden" erbracht und erfolgen insofern also "präventiv" zur Vermeidung eines Schadenfalls.
2. Ratschläge (Stufe 2) werden dagegen meist im Zusammenhang mit einem Schadenereignis erbracht. Sie sind daher als unmittelbar hauptleistungsbezogene Abwicklungsleistung einzuordnen.

53) Vgl. Westbomke (1996), S. 37 f.

54) In Anlehnung an eine Abbildung aus einer Imagebroschüre der Mercur Assistance, abgebildet in ebenda, S. 37.



3. Die Organisationsleistungen in Form tätiger Hilfestellung in Notsituationen (Stufe 3) sind unmittelbar oder mittelbar hauptleistungsbezogene Abwicklungsleistungen im Zusammenhang mit einem Schadenfall. Die Abgrenzung zwischen unmittelbar und mittelbar hauptleistungsbezogenen Abwicklungsleistungen ist schwierig. Ein Beispiel für mittelbare Abwicklungsleistungen ist Organisation einer Kinderbetreuung bei stationärem Aufenthalt eines Elternteils. Typisch für derartige mittelbare Abwicklungsleistungen ist, daß die Organisation tätiger Hilfe (im Beispiel die Organisation eines Kindermädchens für einen bestimmten Zeitraum) in der Versicherungsprämie enthalten ist, die Erbringung der konkreten Dienstleistung (Tätigkeit des Kindermädchens) selbst aber keine Versicherungsleistung darstellt, sondern gesondert bezahlt werden muß. Bei unmittelbar hauptleistungsbezogenen Abwicklungsleistungen dagegen ist nicht nur die Organisationsleistung (z. B. eines Auslandsrücktransports) sondern auch die Dienstleistung selbst (Durchführung des Rücktransports) Gegenstand des Versicherungsschutzes und mit der Versicherungsprämie abgegolten.

Zusammenfassend bedeutet dies, daß – ähnlich den Serviceleistungen – auch sog. Assistancelösungen keine eigenständige Marktleistungskategorie darstellen. Dies gilt zumindest dann, wenn es sich um mit Versicherungsleistungen gekoppelte "Assistance-Produkte" handelt. Denn deren Leistungen, die regelmäßig in Notfällen sowie bei Frage- und Problemstellungen im Zusammenhang mit dem Risikomanagement des Kunden erbracht werden, stellen Marktleistungen in Form von Versicherungsleistungen sowie Beratungs- und Abwicklungsleistungen dar, die dem oben entwickelten marketingorientierten Produktmodell<sup>55</sup> letztlich entsprechen. Allerdings ist der Dienstleistungsteil der "Assistance-Produkte" eben durch die sog. Assistancelösungen deutlich ausgeprägter als bei "klassischen" Versicherungsprodukten.<sup>56</sup>

---

55) Vgl. S. 5 ff., insbesondere Abbildung 1 auf S. 7.

56) Dieses Ergebnis läßt sich gut am Beispiel der Auslandsreisekrankenversicherung nachvollziehen. Deren Allgemeine Versicherungsbedingungen sehen regelmäßig neben der Kostenerstattung für ärztliche, zahnärztliche und stationäre Behandlung auch die Kostenerstattung für einen medizinisch notwendigen Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland sowie den Transport für eine Begleitperson, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig ist, vor. Insoweit hat der Kunde grundsätzlich die Möglichkeit, auch den medizinisch notwendigen Rücktransport eigenständig zu organisieren, diesen von einem von ihm beauftragten Unternehmen durchführen zu lassen und anschließend die Kosten des Rücktransports mit dem Versicherer abzurechnen. Mit der Erstattung der Kosten erbringt der Versicherer dann eine konkrete Marktleistung des Risikogeschäfts gegenüber seinem Kunden. Typischerweise hat der Versicherungskunde jedoch bei der Leistungsart "Auslandsrücktransport" auch die Möglichkeit, die vertraglich vereinbarte Leistung als Sachleistung zu erhalten. Dies geschieht regelmäßig dadurch, daß der Versicherungsnehmer im Leistungsfall eine vom Versicherer angegebene 24-Stunden-Notrufnummer anruft. Von dort wird der Rücktransport organisiert (unmittelbar hauptleistungsbezogene Abwicklungsleistung) und dann auch durchgeführt (Erbringung der Versicherungsleistung nach dem Naturalprinzip). In diesem Zusammenhang ist es unerheblich, daß der Versicherer diese Leistungen durch sog. Assisteure erbringen läßt.

### **2.1.3.3.5 Ergebnisse und Schlußfolgerungen**

Neben dem Risikogeschäft ist das kundenbezogene Dienstleistungsgeschäft eine Marktleistungskategorie des Versicherers. Es ist – wie das Risikogeschäft – damit Objekt der Produktgestaltung. Beratungs- und Abwicklungsleistungen als Elemente des externen Dienstleistungsgeschäfts sind letztlich alle Informationen, Ratschläge und organisatorische Hilfen, die der Versicherer anbietet und die vom Kunden nachgefragt werden. Breite und Tiefe des Angebots von Beratungs- und Abwicklungsleistungen sind nachfrageabhängig. Es hängt insofern auch von den (sich wandelnden) Kundenbedürfnissen sowie der Zahlungsbereitschaft der Kunden für diese Dienstleistungen ab. Die Grenze des Dienstleistungsangebots als Komponente des Versicherungsprodukts stellen Leistungen dar, die mit der Kernleistung Versicherungsschutz weder unmittelbar noch mittelbar verbunden und insofern versicherungsfremd sind.

## **2.2 Die Gestaltung von Versicherungsprodukten**

### **2.2.1 Produktgestaltung im Marketingsystem von Versicherungsunternehmen**

Gegenstand der Produktgestaltung sind die materiellen und formalen Merkmale der angebotenen Versicherungsprodukte in ihren Dimensionen Risiko- und Dienstleistungsgeschäft nach Maßgabe der Marketingziele eines Versicherungsunternehmens.<sup>57</sup> Produktgestaltung im Marketingsystem des Versicherers stellt die Interessen von vorhandenen und potentiellen Kunden in den Mittelpunkt<sup>58</sup> mit dem Ziel, den Produktnutzen für den Kunden zu fördern, um so ein möglichst großes Akquisitionspotential zu schaffen und dieses mit möglichst hohen Beiträgen zur Erfüllung der Absatzziele auszuschöpfen.<sup>59</sup>

Hieraus wird deutlich, daß die Produktgestaltung ein Instrument zur Realisierung übergeordneter Unternehmensziele eines Versicherers ist. Die grundlegenden Unternehmensziele sind Ausgangspunkt für die Definition von Marketingzielen und die Beschreibung von Marketingstrategien und -instrumenten als Mittel zur Erreichung dieser Ziele im Rahmen eines umfassenden Marketings.<sup>60</sup> Marketing läßt sich daher als Ziel-Mittel-Modell beschreiben.

---

57) Vgl. Farny (1995), S. 587.

58) Vgl. Farny (1995a), S. 88.

59) Vgl. Farny (1995), S. 587.

60) Die unterschiedlichen Sichtweisen über Begriffe und Inhalte von Marketing in der wissenschaftlichen Literatur haben einen gemeinsamen Ausgangspunkt. Sie betrachten Marketing als Ausdruck einer Denkhaltung und Grundeinstellung im Versicherungsunternehmen, nach der alle Entscheidungen und Aktivitäten markt- bzw. kundenorientiert ausgerichtet werden. Dies bedeutet, daß der Versicherer seine Aktivitäten so gestaltet, daß er in den für ihn relevanten Kundengruppen die Nachfrage auf sich lenkt. Seine Zielsetzung ist es, den Absatz der angebotenen Versicherungsprodukte in diesen

Marketingziele, -strategien und -instrumente sind miteinander verknüpft. Marketingziele sind angestrebte zukünftige Soll-Zustände, die der Versicherer durch den Einsatz von Marketinginstrumenten erreichen will. Sie kommen vor allem im Streben nach einer Vergrößerung des Versicherungsbestandes zum Ausdruck und werden in Mengen-, Preis- oder Wertgrößen der Versicherungsgeschäfte gemessen und operationalisiert. Die Operationalisierung in Wertgrößen (z.B. Steigerung des Umsatzes) zeigt, daß Marketingziele in erster Linie mit den Umsatzzielen eines Versicherers korrespondieren.<sup>61</sup>

Die Marketingziele werden im Rahmen der Marketingplanung in Marketingstrategien umgesetzt. Sie haben den Charakter von mittel- bis langfristig wirkenden Grundsatzentscheidungen, an denen sich die nachfolgenden Entscheidungen über die Marketinginstrumente orientieren. Die Marketingstrategien determinieren in bezug auf die als Sollzustände bzw. Zielorte beschriebenen Marketingziele die "einzuschlagende Route" im Sinne eines roten Fadens. Die Marketinginstrumente dienen zu deren operativer Umsetzung und stellen – um im obigen Bild zu bleiben – Beförderungsmittel dar. Diese führen über die fixierte Route zum Zielort.<sup>62</sup>

### **2.2.2 Produktgestaltung als Instrument der Angebotspolitik**

Die Einteilung der Marketinginstrumente in der wissenschaftlichen Literatur ist uneinheitlich. Die verschiedenen Kategorisierungen lassen sich im wesentlichen auf eine Vierer- bzw. Dreiersystematik zurückführen. Dies bedeutet, daß die Marketinginstrumente entweder vier oder drei Instrumentalbereichen zugeordnet werden. Den beiden Systematiken ist gemeinsam, daß die Kommunikations- und Distributionspolitik jeweils einen eigenständigen Instrumentalbereich bilden, während die Aktionsparameter Produkt- und die Preispolitik entweder ebenfalls jeweils einen eigenständigen Bereich darstellen (Vierersystematik) oder in einem gemeinsamen Bereich zusammengefaßt werden (Dreiersystematik).<sup>63</sup>

---

Kundengruppen zu realisieren und die Versicherungsnehmer an sich zu binden. Vgl. Lach (1995), S. 56 f.

61) Umsatzziele sind einzuordnen in das Zielsystem des Unternehmens. Deshalb müssen auch die Wirkungen, die Marketingaktivitäten auf andere Ziele des Versicherers – insbesondere auf Sicherheit und Gewinn – haben, beachtet werden. Vgl. Lach (1995), S. 64.

62) Vgl. Becker (1998), S. 5.

63) Vgl. ebenda, S. 486 ff. mit weiteren Literaturhinweisen zu den verschiedenen Systematiken des Marketinginstrumentariums.

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Produktpolitik – mit ihren beiden Elementen Produkt- und Programmgestaltung<sup>64</sup> – und die Preispolitik zur Angebotspolitik zusammengefaßt (vgl. Abbildung 5). Dies berücksichtigt den durch das Kalkulationsprinzip begründeten, besonders starken Zusammenhang zwischen den Instrumenten Produkt- und Preispolitik in der substitutiven privaten Krankenversicherung. Die Zusammenfassung macht weiter deutlich, daß die Beurteilung einer Kaufentscheidung von Kunden meist auf einem Preis-/Leistungsvergleich beruht, so daß die beiden Instrumente Produkt- und Preispolitik in der Praxis nicht sinnvoll voneinander zu trennen sind.

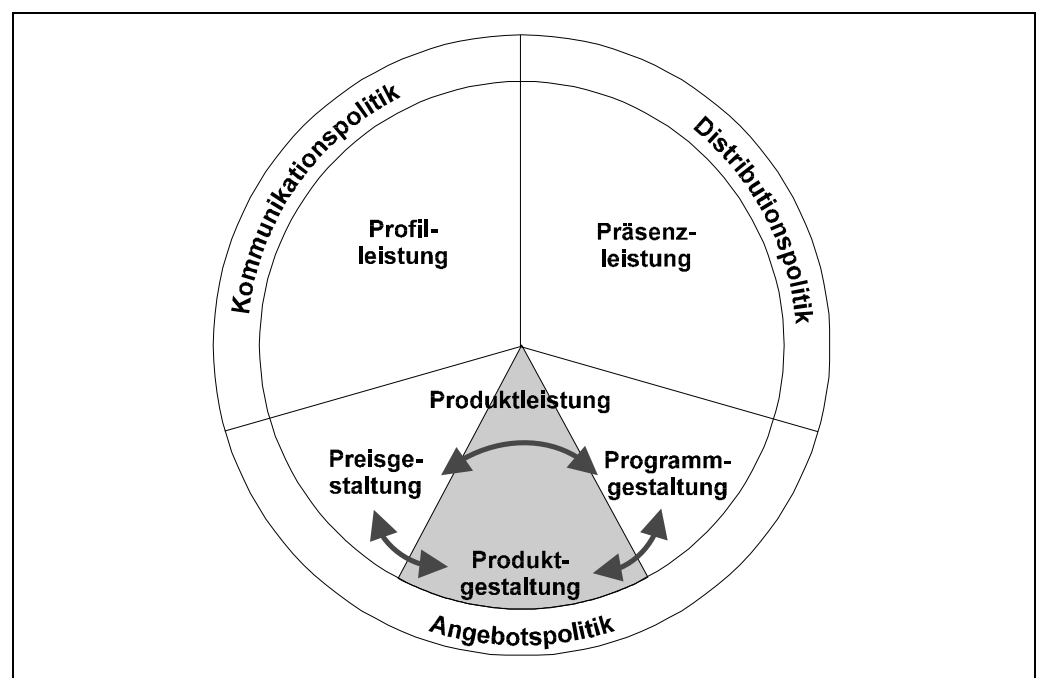


Abbildung 5: Einordnung der Produktgestaltung in das Marketinginstrumentarium von Versicherungsunternehmen<sup>65</sup>

Die Produktgestaltung ist ein Kerninstrument der Angebotspolitik und regelmäßig Ausgangspunkt und Grundlage marketingmixbezogener Planungsprozesse. Elemente der Produktgestaltung im Versicherungsunternehmen sind alle Marktleistungen des Versicherungsprodukts.<sup>66</sup>

64) Programmgestaltung ist die Zusammenfassung der vom Versicherer angebotenen Versicherungsprodukte.

65) In Anlehnung an Becker (1998), S. 488.

66) Vgl. ebenda, S. 490.

### 2.2.3 Materielle und formale Gestaltung von Versicherungsprodukten

Durch die materielle Gestaltung des Produktkerns Risikogeschäft werden Umfang, Spezialisierungsgrad, Normierung und Möglichkeiten zur Veränderung des Versicherungsschutzes im Zeitablauf festgelegt.<sup>67</sup> Der Umfang des Versicherungsschutzes wird durch die qualitativen, quantitativen, räumlichen und zeitlichen Merkmale jeweils in bezug auf die Variablen Versicherungsfall, Schaden und Versicherungsleistungen bestimmt.<sup>68</sup> Der Umfang des Versicherungsschutzes kann generell (durch die umfassende Absicherung einer durch ein bestimmtes Merkmal gekennzeichneten Wirtschaftslage gegen alle möglichen Risiken) oder speziell (durch eng abgegrenzte versicherungstechnische Einheiten) festgelegt werden. Nach dem Grad der Normierung kann schließlich nach individuellen, Baukasten- und Massenprodukten unterschieden werden. Die materielle Gestaltung des Umfangs des Dienstleistungsgeschäfts erfolgt ebenfalls durch Festlegung der qualitativen, quantitativen, räumlichen und zeitlichen Merkmale der Beratungs- und Abwicklungsleistungen.<sup>69</sup>

Die formale Produktgestaltung beinhaltet die verbale, zahlenmäßige und bildliche Darstellung des Versicherungsprodukts.<sup>70</sup> Zentrale Träger dieser Informationen sind insbesondere Versicherungsbedingungen, Antragsformulare und Versicherungspolizen. Vor allem im Privatkundengeschäft – und dazu gehört auch die substitutive private Krankenversicherung – ist die kurze, klare, verständliche, übersichtliche und anschauliche Darstellung der Marktleistungen wichtig, um diese für den Kunden sichtbar und gedanklich erfaßbar zu machen. Diese Konkretisierung – gerade auch im Risikogeschäft – ist Voraussetzung dafür, daß der Kunde seine Versicherungsnachfrage in eine Kaufentscheidung umsetzt bzw. am bestehenden Versicherungsverhältnis festhält.<sup>71</sup> Unter der formalen Produktgestaltung wird schließlich auch die Namensgebung bzw. Markierung von Versicherungsprodukten subsumiert.<sup>72</sup>

---

67) Vgl. Farny (1995), S. 322 ff. und S. 587 f.

68) Vgl. Hertel/Sartorius (1994), S. 77; Lukarsch (1992), S. 51 ff.

69) Vgl. Lach (1995), S. 68.

70) Vgl. Farny (1995), S. 341 f.

71) Vgl. Lach (1995), S. 69. Da der Verständlichkeit von Versicherungstexten hohe Bedeutung zugemessen wird, die Versicherungsbedingungen, Anträge und Polizen aus Gründen der juristisch erforderlichen Eindeutigkeit diesen Gestaltungsvoraussetzungen häufig aber nicht entsprechen, werden zur Information des Kunden zusätzlich verbraucherfreundlichere "Klipp- und Klartexte" eingesetzt. Vgl. hierzu GDV (1997), darin zur Krankenversicherung S. 12 ff.

72) Vgl. Farny (1995), S. 341 f. Zur Bedeutung von Markenartikeln in der Versicherungswirtschaft vgl. insbesondere Reuter (1992), S. 23 ff. und derselbe (1994), S. 55 ff.

## 2.2.4 Innovation, Modifikation und Elimination von Versicherungsprodukten

Produktinnovationen bzw. -neuentwicklungen sind grundsätzlich zu unterscheiden in Input-, Verfahrens- und Outputinnovationen. Inputinnovationen betreffen die Veränderungen der Faktoreinsätze. Verfahrensinnovationen heben auf die Bearbeitungsabläufe oder den Risikoausgleich im Kollektiv ab. Produktinnovationen als Output-Neuentwicklungen beziehen sich auf von Versicherungsunternehmen angebotene Marktleistungen – also sowohl auf das Risiko- als auch das (kundenbezogene) Dienstleistungsgeschäft.<sup>73</sup>

Produktinnovationen im Risikogeschäft sind Marktleistungen, die sich auf erstmals auftretende Risiken beziehen. Derartige Marktleistungen wurden also aus Sicht des Kunden im Hinblick auf die Befriedigung von Bedürfnissen nach Versicherungsschutz noch nicht angeboten und sind insoweit neu. Neue Produkte in diesem Sinne führen zur Entstehung neuer Versicherungszweige.<sup>74</sup> Im Dienstleistungsgeschäft stellt das Angebot neuer Beratungs- und/oder Abwicklungsleistungen eine Produktneuentwicklung dar. Im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung ist hier z.B. die Vermittlung von ambulanten Pflegediensten oder von Plätzen in Pflegeheimen zu nennen.

Produktmodifikation ist die Weiterentwicklung bestehender Produkte durch Variation und Differenzierung.<sup>75</sup> Produktvariation bedeutet in diesem Zusammenhang die inhaltliche Veränderung der Marktleistungen des Versicherungsproduktes, z. B. im Risikogeschäft durch Einschluß oder Änderung von versicherten Gefahren, Sachen oder Schäden. Zumindest im Neugeschäft tritt hierbei regelmäßig das veränderte an die Stelle des bisherigen Marktleistungsbündels. Im Unterschied dazu tritt bei der Produktdifferenzierung ein weiteres Marktleistungsbündel neben das bisherige. Da sich die Marktleistungen des neuen und des bereits bestehenden Produkts zumindest teilweise unterscheiden, existieren dann verschiedene Ausprägungen des Versicherungsschutzes und der Dienstleistungen für gleiche Risiken.

Die Produktelimination im Sinne des Ausscheidens aus dem Markt ist für Versicherungsprodukte untypisch und in der Regel mit langen "Auslaufphasen" verbunden. Dies liegt daran, daß auch bei Schließung eines Produktes für das Neugeschäft die (innerbetriebliche) Kombination von Produktionsfaktoren für die versicherten Risiken im Bestand weiterbetrieben wird. Das Versicherungsprodukt bleibt solange erhalten, wie zumindest ein nach diesem Versicherungsprodukt versichertes Risiko (noch) vorhanden ist.<sup>76</sup> In der substitutiven privaten Krankenversicherung kann die Auslaufphase Jahrzehnte dauern.

---

73) Vgl. Schütze (1972), S. 27 ff; Farny (1995), S. 588 f.

74) Vgl. Delisle (1981), S. 162 f.

75) Vgl. Farny (1995), S. 588 f.

76) Vgl. Farny (1995), S. 346.

Im Rahmen dieser Arbeit stehen Gestaltungsfragen des Outputs bzw. der Marktleistungen – bezogen sowohl auf das Risiko- als auch auf das Dienstleistungsgeschäft – von Krankenversicherungsunternehmen im Mittelpunkt. Von nachrangiger Bedeutung ist dabei eine genaue begriffliche Abgrenzung zwischen Produktinnovation und Produktmodifikation. Sie ist in praktischer Hinsicht kaum möglich, denn letztendlich entscheidet die individuelle Wahrnehmung des Kunden, ob durch eine Modifikation ein neues oder "nur" ein geändertes Produkt entsteht.<sup>77</sup> Es wird allerdings für diese Arbeit insofern eine sprachliche Vereinbarung getroffen, als daß bei den Überlegungen und Bewertungen zu "neuen" Produktgestaltungen der Begriff der Produktmodifikation verwendet wird.

Auf eine besondere Form der Produktmodifikation in der PKV – die sog. Paralleltarife – soll an dieser Stelle noch kurz eingegangen werden.

Private Krankenversicherer können einerseits Produktmodifikationen durch die Einführung zusätzlicher Tarife derselben Produktlinie durchführen. Beispiele dafür sind die Einführung eines Tarifes mit einer anderen Selbstbeteiligungsstufe im ambulanten Bereich oder die Einführung eines Zahntarifs mit anderen Erstattungsprozentsätzen. Diese neuen Tarife bilden dann eine Ergänzung des Leistungsangebots einer bereits bestehenden Produktlinie.

Davon zu trennen ist andererseits die Differenzierung des Produktangebotes durch Etablierung einer weiteren Tarifserie. Ein weiteres Tarifwerk ist – im Vergleich zu den bisher schon vorhandenen – häufig mit einem relativ geringen Differenzierungsgrad der Leistungsinhalte, aber deutlich unterschiedlichen Preisen am Markt eingeführt worden. Diese Tarife werden in der Branche daher häufig auch als Paralleltarife bezeichnet.

In der PKV spielen nun die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu den Wechselmöglichkeiten des Versicherungsnehmers zwischen verschiedenen Produktangeboten desselben Krankenversicherers, wenn ein Unternehmen durch Produktdifferenzierung ein Produktangebot im Sinne eines Paralleltarifs für das Neugeschäft neben das bisherige (mehr oder weniger artgleiche) Marktleistungs-bündel setzt, eine wichtige Rolle. Denn im Gegensatz zum Sachversicherungsgeschäft, wo beispielsweise in der Hausratversicherung das Produktmodell der Verbundenen Hausratversicherungsbedingungen von 1992 (VHB 1992) dasjenige von 1984 (VHB 1984) nicht nur im Neugeschäft, sondern durch das aktive Angebot von Umsteigemöglichkeiten seitens der Versicherer zu einem bedeutenden Teil auch im Bestand ersetzt hat, sind derartige Tarifwechselangebote für Bestandskunden in der PKV unüblich.

---

77) Vgl. Nieschlag u.a. (1997), S. 277.

Vielmehr konnte ein Krankenversicherer bis 1994 ein – möglicherweise nur geringfügig modifiziertes – Produktangebot faktisch auf das Neugeschäft (mit jungen, gesunden Risiken) beschränken, indem Bestandskunden beim Wechselwunsch in artgleiche Tarife eine erneute Gesundheitsprüfung auferlegt wurde. Nur bei "Bestehen" dieser Gesundheitsprüfung wurde Bestandskunden dann die Mitnahme der im bisherigen Krankenversicherungsprodukt bereits angesparten Alterungsrückstellung in den "neuen" Versicherungsschutz nach Maßgabe eines Umstufungsgeschäftsplans beitragsmindernd ermöglicht. Während nun im Neugeschäft mit dem modifizierten Produktangebot durch die Selektion neuer, gesunder Risiken – zumindest über einen gewissen Zeitraum – attraktive Neugeschäftsbeiträge angeboten werden konnten, war diese Angebotspolitik für – aufgrund des drohenden Verlusts der in der bereits zurückgelegten Versicherungszeit angesparten Alterungsrückstellung nicht mehr wechselwilliger oder wegen zwischenzeitlich eingetretener gesundheitlicher Veränderungen nicht mehr wechselfähiger – Bestandskunden in den "Alttarifen" mit tendenziell negativen Folgen verbunden. Denn für das in Alttarifen gebundene Versichertenkollektiv besteht hier, aufgrund fehlenden Neuzugangs, die Gefahr der "Vergreisung" mit in der Folge immer höherer Beiträge.<sup>78</sup> Insoweit führt das preisgünstige Angebot eines Paralleltarifs mit wenig differenziertem Leistungsinhalt zu der Vermutung, daß diese Tarife weniger eine Reaktion auf veränderte Nachfragewünsche des Kunden darstellten, sondern vielmehr bei weitgehend identischen Marktleistungsbündeln die Preisposition des Anbieters im Neugeschäft verbessern sollten.

Durch die im Zuge der Umsetzung von die substitutive private Krankenversicherung betreffenden EG-Richtlinien in deutsches Recht<sup>79</sup> ist der private Krankenversicherer nun aber ab Juli 1994 gemäß § 178 f VVG<sup>80</sup> verpflichtet, den Wechsel in artgleiche Tarife desselben Versicherers ohne Risikoprüfung und unter Anrechnung der Alterungsrückstellung zu ermöglichen.<sup>81</sup> Durch diese gesetzliche Regelung wird versucht, bisher möglichen Strategien der Krankenversicherer zur Verhinderung eines Tarifwechsels einen Riegel vorzuschieben. Allerdings gibt es auch hier bereits gewisse "Umgehungsversuche", indem durch

---

78) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 112 f.

79) Vgl. hierzu ausführlicher S. 27 ff.

80) § 178 f VVG lautet wie folgt: (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, daß dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluß oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, daß er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluß vereinbart. (2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

81) Zu Fragen der praktischen Umsetzung des § 178 f VVG, insbesondere auch zur Problematik der Artgleichheit von Tarifen, vgl. Wriede (1996), S. 271 ff.



Neugründung eines Krankenversicherers der § 178 f VVG ausgehebelt werden soll.<sup>82</sup>

Abschließend sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß das Wechselrecht des Kunden in artgleiche Tarife auch Auswirkungen auf die Länge der Auslaufphase bei Elimination von Krankenversicherungsprodukten haben kann. Denn die Versicherten sind in ihren Tarifen nicht mehr in der Form "gefangen", daß Krankenversicherungsunternehmen den Versicherungsbestand vergreisen lassen können. Die Kunden haben durch das Wechselrecht nach § 178 f VVG Reaktionsmöglichkeiten, die tendenziell zu einer Verkürzung der Auslaufphasen von "alten" Krankenversicherungsprodukten führen könnten.

### 2.2.5 **Versicherungsprodukte im Lebenszyklusmodell**

Bei Entscheidungen über Notwendigkeit und Zeitpunkt von Produktmodifikationen in der privaten Krankenversicherung kann das Produktlebenszyklus-Modell<sup>83</sup> wichtige Hilfestellung geben.

Ein Produktlebenszyklus ist die Abbildung des Versicherungsbestandes und des Neugeschäftes nach Mengen- und Wertgrößen (z. B. Bestandsmengen, Prämienerlöse, Risiko- und Betriebskosten) im Zeitablauf.<sup>84</sup> Ihm liegt die Annahme zugrunde, daß Produkte entwickelt, auf den Markt gebracht und dort abgesetzt werden, um anschließend vom Markt zu verschwinden. Dieser Zeitablauf wird – wie in Abbildung 6 auf S. 26 dargestellt – in mehrere Phasen aufgeteilt. Dies ermöglicht es unter anderem, anhand einer Lebenskurve die Position des Produktes innerhalb dieser Phase zu bestimmen, um damit Erkenntnisse über das Produkt zu gewinnen.

Bezugsgrößen für Produktlebenszyklen können im Sinne einer Produkthierarchie Branchen, strategische Geschäftsfelder, Produktlinien, Marken und (einzelne) Produkte sein.<sup>85</sup> Branchen und strategische Geschäftsfelder bilden dabei

---

82) So befindet sich die vom DEUTSCHEN RING beherrschte Balance Krankenversicherungs-AG in Gründung. Allerdings hat das BAV die - bereits seit längerer Zeit beantragte - Genehmigung zur Aufnahme des Geschäftsbetriebs noch nicht erteilt. Nach heutiger Gesetzeslage könnten Bestandskunden des DEUTSCHEN RING nicht unter Geltendmachung des Tarifwechselrechts gemäß § 178 f VVG in die Tarife der Balance wechseln. Selbst die PKV-Branche sieht deshalb in der Neugründung eine Umgehung des § 178 f VVG und steht u. a. aus diesem Grund den Aktivitäten des DEUTSCHEN RING ablehnend gegenüber. Vgl. hierzu Surminski (1998), S. 122 ff. Zur Verhinderung derartiger "Umgehungsversuche" werden aber zur Zeit bereits Vorschläge diskutiert, die den Anwendungsbereich des § 178 f VVG auf Konzernunternehmen ausweiten wollen. Vgl. hierzu u.a. Stoll (1998), S. 14.

83) Zum Lebenszyklusmodell für Versicherungsprodukte vgl. insbesondere Farny (1995), S. 343 ff.; Schütze (1972), S. 87 ff.

84) Vgl. Farny (1995), S. 344.

85) Vgl. Meffert (1998), S. 332 f.

generelle Produktlebenszyklen, Produktlinien, Marken und einzelne Produkte spezielle Produktlebenszyklen. Ein genereller Produktlebenszyklus stellt, losgelöst von einem konkreten Produkt, den Verlauf der Nachfrage nach einem allgemeinen Produktnutzen dar und eignet sich wegen seiner hoch aggregierten Ebene grundsätzlich zur Typologisierung strategisch relevanter Situationen.<sup>86</sup>

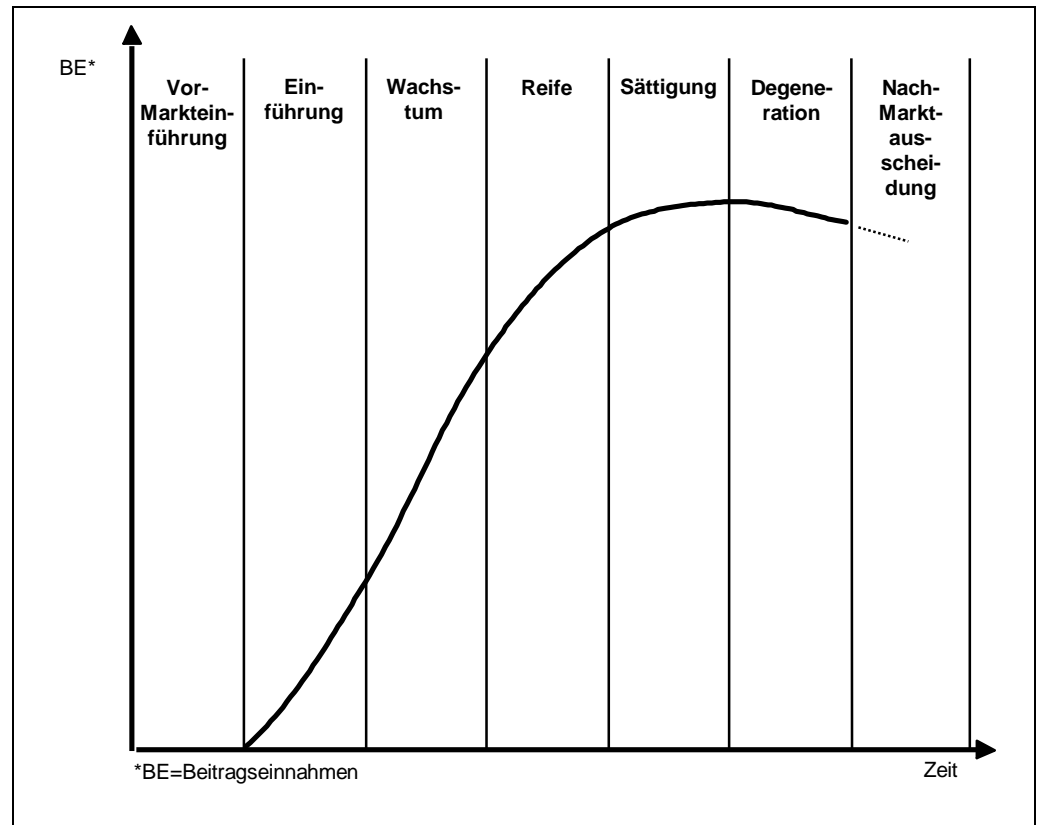


Abbildung 6: Produktlebenszyklus<sup>87</sup>

Betrachtet man nun die private Krankenversicherung als Branche und die im folgenden Abschnitt noch näher zu beschreibende substitutive (den GKV-Schutz ersetzende) Krankenversicherung als ein strategisches Geschäftsfeld im Sinne der obigen Produkthierarchie, so sind Abbildung und Interpretation der Nachfrage nach (substitutiven) privaten Krankenversicherungsprodukten in einem generellen Produktlebenszyklus sinnvoll möglich.

86) Vgl. Meffert/Bruhn (1995), S. 129.

87) In Anlehnung an Farny (1995), S. 345. Die Abbildung beschränkt sich hier auf die Darstellung eines Produktlebenszyklus anhand einer Größe (Beitragseinnahmen). Zur Interpretation der Nachfrage nach einem Produkt mit Hilfe des Lebenszyklusmodells werden in der Praxis regelmäßig mehrere Mengen- und Wertgrößen erhoben und dargestellt.

## 2.3 Substitutive private Krankenversicherungsprodukte

### 2.3.1 Substitutivität als Kriterium zur Abgrenzung privater Krankenversicherungsprodukte

Die substitutive Krankenversicherung ist Gegenstand des Artikel 54 der 3. EG-Schadenversicherungsrichtlinie vom 18.6.1992.<sup>88</sup> Substitutive Krankenversicherungsprodukte werden dort begrifflich umschrieben als Marktleistungsbündel zur Deckung von Risiken, welche die im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehene Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen können.<sup>89</sup> Die Umsetzung der Richtlinie in deutsches Recht erfolgte durch das 3. Durchführungsgesetz/EWG zum VVG, das am 29. Juli 1994 in Kraft getreten ist. Darin erfuhr die substitutive Krankenversicherung erstmals eine ausdrückliche gesetzliche Regelung im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).<sup>90</sup>

Bei der Umsetzung der Richtlinie hat der deutsche Gesetzgeber von einem besonders auf die deutsche private Krankenversicherung ausgerichteten Mitgliederstaatenwahlrecht des Artikels 54 Gebrauch gemacht. Artikel 54 ermöglicht es dem nationalen Gesetzgeber, auch in einem liberalisierten Markt einen gewissen Umfang an Regulierung zu gestatten. So ermächtigt Artikel 54 Abs. 1 die Mitgliedsstaaten dazu, besondere Rechtsvorschriften zum Schutz des Allgemeininteresses für die substitutive Krankenversicherung zu erlassen und die Einhaltung dieser Bestimmungen durch die Vorlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen an die Versicherungsaufsicht zu kontrollieren. Die Bundesregierung hat diese Option dadurch ausgeübt, daß sie mit den neuen § 178 a bis § 178 o VVG einen eigenen Abschnitt Krankenversicherung in das Versicherungsvertragsgesetz eingefügt und dadurch ein gesetzliches Leitbild der substitutiven Krankenversicherung geschaffen hat. Die neuen versicherungsvertraglichen Regelungen sollen die nach dem Wegfall der aufsichtsbehördlichen Genehmigungspflicht nicht mehr gewährleistete Einheitlichkeit des privaten Krankenversicherungsschutzes sicherstellen und zugleich einen gewissen Mindeststandard festlegen. Solcher Festlegungen bedurfte es auch deswegen, weil die Möglichkeit zur Vorgabe von Musterbedingungen durch den PKV-

---

88) Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18.6.1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357 EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung), Amtsblatt der EG Nr. L 228/1 vom 11.8.1992, abgedruckt in Angerer (1994), S. 65 ff.

89) Vgl. Artikel 54 Abs. 1 Satz 1 der 3. EG-Schadenversicherungsrichtlinie in ebenda, S. 94.

90) Bis dahin wurden die gegenseitigen Rechte und Pflichten von Versicherer und Versicherungsnehmer aus dem Krankenversicherungsvertrag vor allem durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Form der aufsichtsbehördlich überwachten und genehmigten Musterbedingungen – also unmittelbar zwischen den Vertragspartnern – geregelt. Vgl. Sahmer (1996), S. 483.

Verband, die bislang einen wichtigen Maßstab gebildet hatten, durch das EG-Kartellrecht deutlich eingeschränkt worden sind.<sup>91</sup>

Eine weitere Ermächtigung der Mitgliedsstaaten in Artikel 54 Abs. 2 betrifft den Bereich der Beitragskalkulation. Danach darf für die substitutive Krankenversicherung der Betrieb nach Art der Lebensversicherung vorgeschrieben werden. Die Umsetzung von Artikel 54 Abs. 2 ist vor allem im VAG erfolgt, das mit den neuen §§ 12 und 12 a bis 12 d nunmehr eine Reihe von Spezialvorschriften für die Krankenversicherung enthält. Insbesondere werden im § 12 Abs. 1 VAG die Voraussetzungen definiert, bei deren Erfüllung die Krankenversicherung als nach Art der Lebensversicherung betrieben gilt. Dazu gehört neben der versicherungsmathematischen Kalkulation unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen statistischen Daten (§ 12 Abs. 1 Nr. 1), der Bildung einer Alterungsrückstellung (§ 12 Abs. 1 Nr. 2), dem Ausschluß des ordentlichen Kündigungsrechts des Versicherers sowie eine vertragliche Beitragsanpassungsmöglichkeit (§ 12 Abs. 1 Nr. 3) auch das Recht des Versicherungsnehmers, unter Anrechnung erworbener Rechte und der Alterungsrückstellung innerhalb des Unternehmens seinen Versicherungsschutz durch Tarifwechsel verändern zu können (§ 12 Abs. 1 Nr. 4).<sup>92</sup>

Neben dem VAG und dem VVG befaßt sich mit dem Sozialrecht ein dritter Bereich mit Anforderungen an die substitutive Krankenversicherung. Angesprochen ist hier vor allem der § 257 SGB V, der den Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag seines Arbeitnehmers regelt. § 257 Abs. 2 Nr. 1 SGB V bestimmt hier zunächst, daß private Krankenversicherungsverträge nur dann zuschußfähig sind, wenn deren Leistungen der Art nach denen der GKV entsprechen. Darüber hinaus macht § 257 Abs. 2 a SGB V den Arbeitgeberzuschuß von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien abhängig. Wie in § 12 Abs. 1 VAG wird auch in § 257 Abs. 2 a SGB V der Betrieb der Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung als Voraussetzung benannt. Neben dem Ausschluß des ordentlichen Kündigungsrechts muß der Krankenversicherungsschutz bei einem spartengetrennt arbeitenden Versicherer nachgefragt werden und sich dieser verpflichtet haben, den überwiegenden Teil der erwirtschafteten Überschüsse den Versicherungsnehmern wieder gutzuschreiben. Hinzu kommt die Verpflichtung des Versicherers, den sog. Standardtarif<sup>93</sup> anzubieten.<sup>94</sup>

---

91) Vgl. ebenda, S. 483 ff.

92) Vgl. ebenda, insbesondere S. 485.

93) Beim Standardtarif handelt es sich um eine Maßnahme im Zusammenhang mit der Beitragsentlastung älterer Versicherter, wonach diesen nach 10jähriger Vorversicherungszeit in der substitutiven Krankenversicherung ab dem Alter 65 die Möglichkeit offensteht, in einen privaten Krankenversicherungsschutz mit der GKV vergleichbaren Leistungen zu wechseln, der darüber hinaus die Garantie beinhaltet, daß der Beitrag niemals den Höchstbeitrag der GKV übersteigt.

94) Vgl. Sahmer (1996), S. 526.

Aus dem hier skizzierten Rechtsrahmen lassen sich wesentliche Substitutivitätseigenschaften von privaten Krankenversicherungsprodukten ableiten. Zu ihrer Bestimmung sind im wesentlichen folgende Merkmale zu berücksichtigen:

- Der Kreis der Versicherten  
Aufgrund der Ersatzfunktion der substitutiven Krankenversicherung sind offensichtlich Personen angesprochen, die nicht Mitglieder der GKV sind, sondern statt dessen substitutive private Krankenversicherungsprodukte zur Absicherung im Krankheitsfall erwerben.
- Die Art des Versicherungsschutzes  
Der Anspruch des Arbeitnehmers auf einen Beitragszuschuß seines Arbeitgebers zur privaten Krankenversicherung setzt einen Versicherungsschutz voraus, der der Art nach den Vertragsleistungen der GKV entspricht (§ 257 Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Insoweit kann die Substitutivfunktion privater Krankenversicherungsprodukte über die Gleichwertigkeit der Leistungen mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz beurteilt werden.
- Die Qualität des Versicherungsschutzes  
Die Qualitätskriterien der substitutiven Krankenversicherung ergeben sich im wesentlichen aus § 12 VAG sowie § 257 Abs. 2 a SGB V. Im Mittelpunkt dieser Regelungen stehen – neben bestimmten vertraglichen Vorschriften – die kalkulatorischen Anforderungen an die substitutive Krankenversicherung. Angesprochen ist hier insbesondere das Prinzip der Beitragskalkulation nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren, da das Betreiben der substitutiven Krankenversicherung eine Kalkulation "nach Art der Lebensversicherung" erfordert.

Eine Gegenüberstellung der versicherten Personenkreise, der Marktleistungen sowie der Kalkulationsverfahren in GKV und PKV bildet daher im folgenden die Grundlage für die Abgrenzung privater Krankenversicherungsprodukte nach dem Kriterium der Substitutivität.<sup>95</sup> Darauf aufbauend wird dann eine Definition substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte erarbeitet.

---

95) Im Rahmen dieser Gegenüberstellung werden auch grundlegende Prinzipien, Merkmale und Inhalte von GKV und PKV besprochen, die teilweise über das für die inhaltliche Abgrenzung und Definition des Begriffs der substitutiven privaten Krankenversicherung Notwendige hinausgehen, die aber das Verständnis der Gesamtzusammenhänge dieser Arbeit erleichtern.

## 2.3.2 Versicherte Personenkreise in GKV und PKV

### 2.3.2.1 Versicherungspflicht in der GKV

Der Mitgliedschafts- bzw. Versicherungsstatus in der GKV ergibt sich aus den §§ 5 - 10 SGB V. Hierbei wird grundlegend zwischen kraft Gesetz pflichtversicherten Personen (§§ 5 - 8 SGB V), versicherungsberechtigten Personen (§ 9 SGB V) und als Familienangehörige versicherten Personen unterschieden (§ 10 SGB V).<sup>96</sup>

Unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 sind versicherungspflichtig vor allem Arbeiter und Angestellte sowie entgeltlich beschäftigte Auszubildende (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).<sup>97</sup> Gleiches gilt ferner für

- Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Rehabilitanten, Behinderte,
- Studenten<sup>98</sup> und Praktikanten,
- Rentner<sup>99</sup>.

Die folgenden Gruppen sind ebenfalls pflichtversichert, wobei sich die nähere Ausgestaltung nach den jeweiligen Spezialgesetzen richtet:

- Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG),
- Landwirte, mitarbeitende Familienangehörige und Altenteiler im Sinne des 2. Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG),
- Künstler und Publizisten im Sinne des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG),
- Sozialhilfeempfänger nach dem Bundessozialgesetz (Art. 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes mit Wirkung vom 1.1.1997).

---

96) Es folgt eine zusammenfassende Darstellung der versicherten Personengruppen in der GKV und deren Mitgliedschafts- bzw. Versicherungsstatus. Vgl. dazu ausführlich die einschlägigen Kommentare zum Krankenversicherungsrecht u. a. Schulin (1994), S. 485 ff.

97) Als Arbeiter und Angestellte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gelten auch die Bezieher von Vorruhestandsgeld. Sie sind versicherungspflichtig gemäß § 5 Abs. 3 SGB V (mit Ausnahme nach § 5 Abs. 4 SGB V).

98) Die Versicherungspflicht für Studenten ist auf eine Höchststudiendauer von 14 Semestern und ein Höchstalter von 30 Jahren begrenzt. Ausnahmen davon sind aus persönlichen oder familiären Gründen möglich. Auch die Art der Ausbildung, insbesondere die Absolvierung des 2. Bildungsweges, kann eine Überschreitung der Höchststudiendauer oder der Altersgrenze rechtfertigen.

99) Versicherungspflichtig in der GKV sind Rentner allerdings nur dann, wenn sie seit erstmaliger Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums aufgrund einer Pflichtversicherung Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse waren.

Hauptberuflich Selbständige sind nicht versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 5 SGB V).<sup>100</sup>

Die folgenden Regelungen zur Versicherungsfreiheit sind Ausnahmebestimmungen zu den Vorschriften der Versicherungspflicht. Sie kommen daher nur dann zum Tragen, wenn die Voraussetzungen für das Bestehen der Versicherungspflicht grundsätzlich erfüllt sind. Sondervorschriften sieht das SGB V insbesondere für abhängig Beschäftigte vor, die nach Auffassung des Gesetzgebers nicht bzw. nicht mehr sozial schutzbedürftig sind.

In diesem Sinne versicherungsfrei sind vor allem

- Angestellte und Arbeiter, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze) überschreitet (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- Beamte und beamtenähnliche Personen (Richter, Soldaten, Geistliche, Lehrer an Ersatzschulen und Bezieher von Ruhegehalt; § 6 Abs. 1 Nr. 2, 4 bis 7 SGB V),
- Studenten, wenn sie während der Dauer des Studiums gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).<sup>101</sup>

Die Versicherungsfreiheit tritt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen in den oben aufgeführten Sachverhalten unabhängig vom Willen der Betroffenen ein.

Dagegen sieht § 8 SGB V in einer Reihe von Tatbeständen eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag des Versicherten innerhalb einer bestimmten Frist vor. Diese Möglichkeit kann vor allem von Arbeitern und Angestellten in Anspruch genommen werden, die bisher versicherungsfrei waren, nun aber z. B. wegen einer Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungspflichtig werden.<sup>102</sup> Mit Wirkung vom 1.4.1998 wurde im § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V auch für Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld der Bundesanstalt für Arbeit das Recht auf Befreiung auf Antrag von der gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 bestehenden Versicherungspflicht eingeführt. Voraussetzung ist, daß der Antragsteller in den letzten fünf Jahren vor Beginn des Leistungsbezugs nicht gesetzlich krankenversichert war.<sup>103</sup> Dadurch können vor allem lang-

---

100) Ausnahmen gelten für die erwähnten Sondersysteme der Landwirte und Künstler.

101) Bis zum 31.3.1999 waren darüber hinaus gemäß § 7 SGB V Personen, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, versicherungsfrei. Mit Wirkung vom 1.4.1999 unterfallen die damit angesprochenen 630-DM-Arbeitverhältnisse grundsätzlich der Versicherungspflicht.

102) Weitere Befreiungstatbestände sind unter anderem die Einschreibung als Student oder die Aufnahme einer Beschäftigung als Arzt im Praktikum.

103) Vgl. o.V. (1998d), S. 47.

jährig privatversicherte Arbeitnehmer ihren PKV-Schutz auch bei – möglicherweise nur kurz andauernder Arbeitslosigkeit – fortführen.<sup>104</sup>

### **2.3.2.2 Versicherungsberechtigung in der GKV**

Ein Recht zur freiwilligen Versicherung (Versicherungsberechtigung) haben - innerhalb einer bestimmten Frist nach Eintritt der anspruchsauslösenden Voraussetzungen - vor allem folgende Personengruppen:

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, aber in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- Personen, deren Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V erlischt (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung als Arbeiter oder Angestellte aufnehmen und versicherungsfrei nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind, weil ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

### **2.3.2.3 Familienversicherung in der GKV**

Bei der Familienversicherung handelt es sich um ein eigenständiges Versicherungsverhältnis des Familienangehörigen in der Krankenkasse des Stammversicherten ohne eigene Beitragszahlung. Eine Familienversicherung nach § 10 SGB V setzt unter anderem voraus, daß die Familienangehörigen nicht hauptberuflich selbständig sind und sie keine Gesamteinkünfte über der Geringfügigkeitsgrenze erzielen. Für Kinder gelten darüber hinaus differenzierte Altersgrenzen.

### **2.3.2.4 Wahlrechte zwischen GKV und PKV**

#### **2.3.2.4.1 Arbeiter und Angestellte**

Für erwerbstätige Personengruppen bestehen – jedenfalls sofern sie bestimmte Einkommensgrenzen überschritten haben – regelmäßig Wahlrechte zwischen GKV und PKV. Im einzelnen stellen sich diese Wahlrechte, die zu einem

---

104) Zur Übernahme der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für die befreiten Leistungsbezieher durch die Bundesanstalt für Arbeit vgl. ebenda.



direkten Wettbewerbsverhältnis zwischen den beiden Absicherungssystemen um diese Personengruppen führen, wie folgt dar:

Arbeiter und Angestellte sind versicherungsfrei gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Dieser Sachverhalt kann sich bei bereits im Erwerbsleben stehenden Personen nach einer Lohn- oder Gehaltserhöhung oder bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung mit einer von Beginn an die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigenden Vergütung einstellen. In beiden Fällen haben diese Personen (neben der Möglichkeit zum Abschluß einer privaten Vollversicherung unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) das Recht zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.

Berufsanfänger haben ebenfalls die Wahl zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 3 in der GKV und einem privaten Krankenvollversicherungsschutz.

Ein direktes Wettbewerbsverhältnis zwischen GKV und PKV besteht außerdem bei Angestellten und Arbeitern, die eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV geltend machen können. Wichtige Gruppen sind hier zum einen Arbeiter und Angestellte, die bereits nach Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze privaten Krankenversicherungsschutz nachgefragt hatten und nunmehr von der Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze "eingeholt" werden (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Zum anderen gelten die Befreiungsregelungen z. B. auch für Ärzte im Praktikum (§ 8 Abs 1 Nr. 6 SGB V), so daß diese Personengruppe in einem frühen Stadium des Erwerbslebens Entscheidungen zwischen GKV und PKV treffen kann.

#### **2.3.2.4.2 Selbständige**

Selbständige sind nicht versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 5 SGB V). Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes gibt es für Selbständige auch kein originäres Beitrittsrecht zur GKV mehr. Diese Gruppe wird damit grundsätzlich der PKV zugewiesen.

Der Selbständige kann aber nach wie vor als bereits GKV-Versicherter ein Bleiberecht in der GKV als freiwilliges Mitglied geltend machen. Da die meisten Selbständigen eine Ausbildung oder Berufstätigkeit durchlaufen haben, die in der Regel zur Versicherungspflicht oder -berechtigung in der GKV führt, haben fast alle Selbständigen bei Übergang in die nichtversicherungspflichtige selbständige Berufstätigkeit ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV.

### **2.3.2.4.3 Beamte**

Beamte sind versicherungsfrei gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Obwohl auch sie kein originäres Beitrittsrecht zur GKV haben, kann auch dieser Personenkreis bei Übergang aus der Studien- bzw. Ausbildungszeit – in der regelmäßig Versicherungspflicht besteht – in das Beamtenverhältnis (i. d. R. als Beamtenanwärter) im Rahmen des Besitzstandswahrungsrechts als bisheriges GKV-Mitglied die Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV ausüben.

## **2.3.3 Marktleistungen in GKV und PKV**

### **2.3.3.1 Prinzipien der Leistungsgewährung**

Der gesetzlich Versicherte erhält grundsätzlich den überwiegenden Teil der Versicherungsleistungen seiner Krankenkasse nach dem Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 13 Abs. 1 SGB V).<sup>105</sup> Daneben können gesetzlich Versicherte unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 2 SGB V auch die Kostenerstattung wählen.<sup>106</sup>

Eine heute wesentliche Funktion des Sachleistungsprinzips ist der mögliche unmittelbare Einfluß der Krankenkassen auf eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit den erforderlichen medizinischen Leistungen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten soll ausreichend und zweckmäßig sein, wirtschaftlich erbracht werden und das notwendige Maß nicht überschreiten. Zum Abschluß dieser Zielsetzung folgender Verträge mit den Leistungserbringern sind die Krankenkassen verpflichtet (§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Das in der GKV vorherrschende Sachleistungsprinzip ist nun durch verschiedenartige Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten geprägt, die in Abbildung 7 auf S. 35 für den ambulanten Bereich skizziert werden. So stellen die Krankenkassen ihren Versicherten Naturalleistungen zur Verfügung, über deren Erwerb sie bzw. ihre Verbände mit den Leistungserbringern – vertreten durch die Kassenärztliche Vereinigung – auf kollektiver Ebene Verträge öffentlich-rechtlicher Natur schließen. Der Versicherte hat durch seine Mitgliedschaft in

---

105) Vgl. zu den folgenden Ausführungen zum Sachleistungsprinzip die einschlägigen Kommentare zum Krankenversicherungsrecht u. a. Schulin (1994), S. 211 ff.

106) § 13 Abs. 2 SGB V bestimmt, daß der Anspruch im Wege der Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung von Sachleistungen zu tragen hätte.

der Krankenkasse bzw. seine Zugehörigkeit zum mitversicherten Personenkreis<sup>107</sup> Anspruch auf Leistungen gemäß § 11 SGB V. Dabei hat er die Möglichkeit, zwischen den zugelassenen Behandlern und Lieferanten zu wählen, wobei der Leistungserbringer durch seine Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung und aufgrund des öffentlich-rechtlichen Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden zur Versorgung des Versicherten verpflichtet ist.

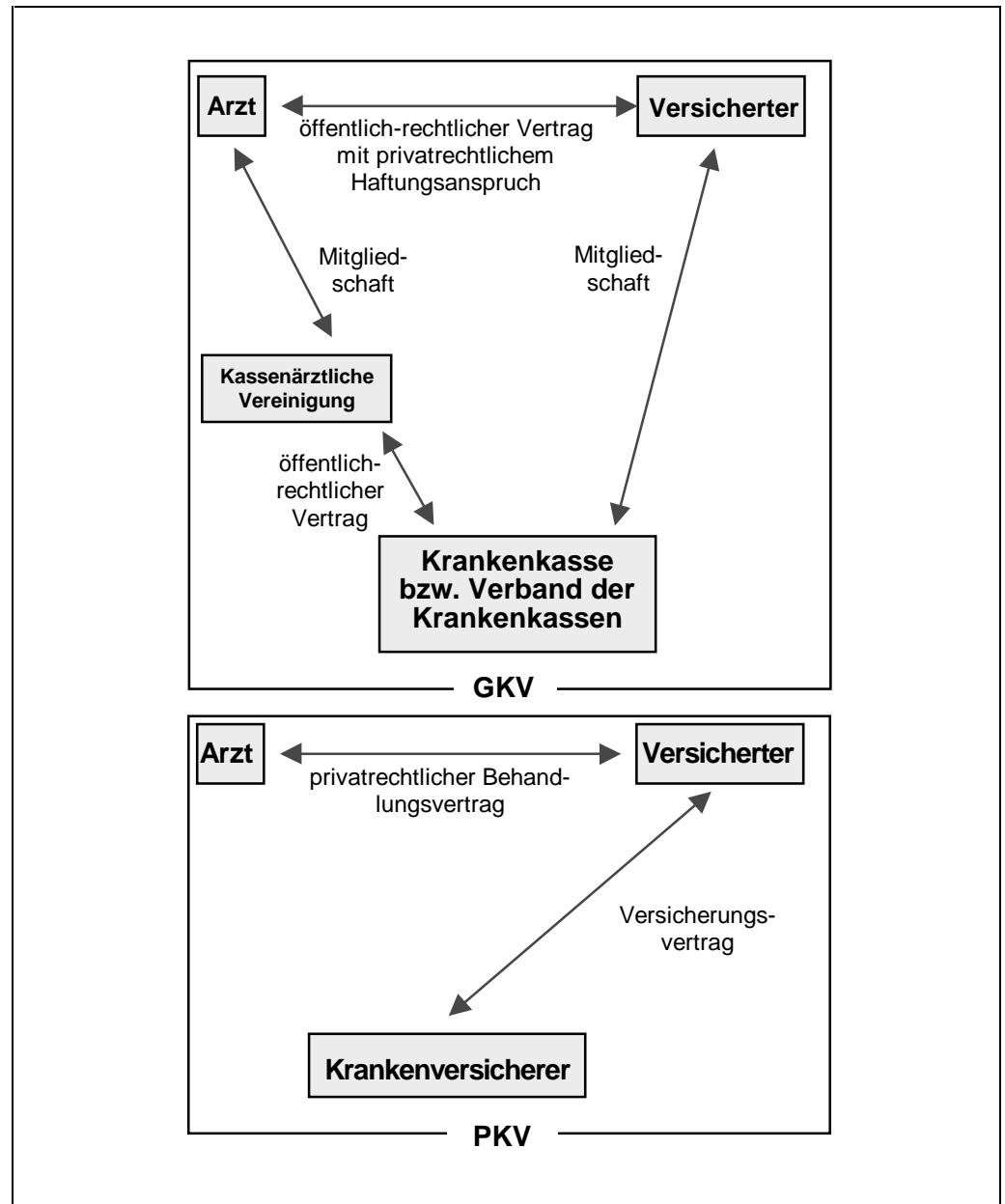


Abbildung 7: Vertragsbeziehungen in GKV und PKV im ambulanten Bereich<sup>108</sup>

107) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 30 ff.

108) In Anlehnung an Boetius (1996), S. 14.

Strittig ist nun, ob zwischen Versichertem und Vertragsarzt der Krankenkasse ein privatrechtlicher (Behandlungs-)Vertrag gemäß § 611 BGB über eine bestimmte ärztliche Leistung zustande kommt oder ob dem Versicherten nur ein privatrechtlicher Haftungsanspruch nach § 76 Abs. 4 SGB V<sup>109</sup> eingeräumt ist. Nach herrschender Meinung sind die Beziehungen zwischen Vertragsarzt und Versichertem öffentlich-rechtlicher Natur, wobei allerdings die Rechte und Pflichten aus diesem Rechtsverhältnis nach den besonderen gesetzlichen Anordnungen in § 76 Abs. 4 SGB V privatrechtlicher Natur sind.<sup>110</sup>

Im Ergebnis entsteht in der GKV – insbesondere dadurch bedingt, daß die Krankenkassen die Versicherungsleistungen in der Regel nicht selbst erbringen – bei der Leistungsgewährung rechtlich eine Dreiecksbeziehung zwischen Krankenkasse, Leistungserbringer und Versichertem.

Im Unterschied dazu erbringen private Krankenversicherungsunternehmen ihre Leistungen im Rahmen des in einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag festgelegten Leistungsumfangs grundsätzlich nach dem Kostenerstattungsprinzip. Der privat versicherte Patient nimmt im Rahmen eines privatrechtlichen (Behandlungs-)Vertrages bestimmte Leistungen eines Leistungserbringers in Anspruch. Daraus abgeleitet liquidiert der Leistungserbringer direkt gegenüber dem Patienten, der das Honorar begleicht. Die von versicherten Patienten entrichteten Honorare werden – im Rahmen des Versicherungsvertrages – von den privaten Krankenversicherungsunternehmen erstattet. Wie Abbildung 7 verdeutlicht, bestehen in der PKV "nur" zwei Vertragsbeziehungen: die eine zwischen Patient und Leistungserbringer und die andere zwischen Versichertem und privatem Krankenversicherer. Eine Beziehung zwischen Leistungserbringer und privatem Krankenversicherer fehlt im ambulanten Bereich.<sup>111</sup>

---

109) In § 76 Abs. 4 SGB V ist der Anspruch des Versicherten auf sorgfältige Behandlung nach den Vorschriften des BGB festgeschrieben.

110) Vgl. Kreßel/Wollenschläger (1996), S. 175 f. Auch die Vergütung der Leistungserbringer erfolgt im Sachleistungsprinzip nicht privatrechtlich zwischen Leistungserbringer und Patient. Sie wird vielmehr im Rahmen gesetzlicher und sonstiger Bestimmungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geregelt und gezahlt. Vgl. hierzu Schulin (1994), S. 214.

111) Zur Beziehung zwischen privatem Krankenversicherer und Leistungserbringern im stationären Bereich mittels der Versichertenkarte vgl. die Ausführungen auf den S. 248 f.

### 2.3.3.2 Leistungsumfänge

Der Leistungskatalog der GKV<sup>112</sup> ergibt sich aus § 11 SGB V. Er umfaßt Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- zur Früherkennung von Krankheiten (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
- bei Krankheit (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
- als Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld; § 11 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Ferner werden Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (geregelt in den §§ 195 - 200 b Reichsversicherungsordnung (RVO)) erbracht.

Bei den in § 11 SGB V genannten und in den §§ 20 ff. SGB V näher definierten Leistungen<sup>113</sup> handelt es sich nahezu ausschließlich um Pflichtleistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 2 Abs. 1 SGB V ihren Versicherten unter Berücksichtigung des Gebots der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung stellen müssen. Insoweit ist das Produktangebot gesetzlicher Kassen nahezu vollständig durch diese Pflichtleistungen gekennzeichnet.

Als Gestaltungselement der Produktpolitik verbleiben "nur" die sog. ergänzenden Leistungen einer Krankenkasse.<sup>114</sup> Ergänzende Leistungen sind Kann-

---

112) Zum Leistungskatalog in der GKV vgl. ausführlich die einschlägigen Kommentare zum Krankenversicherungsrecht u. a. Schuln (1994), S. 617 ff.

113) Die einzelnen Leistungsarten werden in Abbildung 51 auf den S. 285 ff. (Anhang I) ausführlich beschrieben und den Leistungen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung gegenübergestellt.

114) Die Möglichkeit des Angebots sog. erweiterter Leistungen, durch die eine gesetzliche Krankenkasse gemäß § 56 SGB V ihr Produktangebot für alle ihre Versicherten über die Pflichtleistungen und die ergänzenden Leistungen hinaus ausdehnen konnte, wurde durch Artikel 24 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsgesetz - GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 mit Wirkung zum 31. Dezember 1999 abgeschafft. Diese erweiterten Leistungen mußten - im Gegensatz zu den Pflichtleistungen und den ergänzenden Leistungen - allein vom Versicherten bezahlt werden. Die Kosten für die erweiterten Leistungen durften daher auch nicht in den Beitragssatz eingerechnet werden mit der Folge, daß sich der Arbeitgeber bei Mitgliedern mit Arbeitnehmerstatus auch nicht hälftig an der Finanzierung dieser Leistungen beteiligen mußte. Einige Kassen hatten über den Weg der erweiterten Leistungen die vom Gesetzgeber gestrichenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z. B. Kurse zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung gemäß § 20 Abs. 3 SGB V in der alten Fassung) wieder eingeführt. Für entsprechende Seminare oder Kurse berechneten sie dann meist eine pauschale Teilnehmergebühr. Vgl. hierzu o.V. (1998c), S. 13. Bestimmte Leistungen durften die Kassen aber selbst bei Eigenfinanzierung durch die Mitglieder nicht erweitern. Dazu gehörten gemäß § 56 Abs. 3 SGB V ein höheres Krankengeld, höhere Festzuschüsse beim Zahnersatz, höhere Honorare für Ärzte oder im Krankenhaus die bessere Unterkunft und Verpfle-

Bestimmungen im Sozialgesetzbuch, durch die eine gesetzliche Krankenkasse die bereits im Gesetz genannten Pflichtleistungen in ihrer Satzung für alle Versicherten weiter ausgestalten und ergänzen kann. Die Satzung einer Kasse bestimmt also, ob überhaupt und in welchem Umfang sie eine derartige Leistung anbietet. Die Gestaltung des Produktangebotes kann im wesentlichen durch folgende ergänzende Leistungen erfolgen:

- Kuren

Gesetzliche Krankenkassen können Vorsorge- und Rehabilitationskuren (§ 23 bzw. § 40 SGB V) ambulant und – falls dies medizinisch erforderlich ist – auch stationär als Satzungsleistung anbieten, die Kosten dafür tragen und bei ambulanten Kuren einen Zuschuß von maximal 15 DM täglich für die übrigen Kosten der Kur (Unterkunft und Verpflegung) zahlen. Ebenfalls als Satzungsleistung möglich sind Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren im Sinne einer Rehabilitationskur (§ 24 bzw. § 40 SGB V). Hier können die Krankenkassen festlegen, ob sie die Kosten dieser Kurmaßnahmen vollständig übernehmen oder aber dazu "nur" einen Zuschuß zahlen, der gegebenenfalls unter den tatsächlichen Kosten liegt.

- Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung bzw. zur Unterstützung der ambulanten Behandlung unter der Voraussetzung, daß eine im Haushalt des Versicherten lebende Person diese Pflege nicht übernehmen kann, ist eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 37 SGB V. Dem Versicherten steht in diesem Fall zumindest die sog. Behandlungspflege (z. B. Verbandwechsel) zu. Als ergänzende Leistung kann die Satzung einer gesetzlichen Kasse vorsehen, daß zusätzlich zur Behandlungspflege auch die Grundpflege (z. B. Waschen des versicherten Patienten) und die hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkauf von Lebensmitteln) Gegenstand des Versicherungsschutzes sind.

- Haushaltshilfe

Auch die Gewährung von Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V bei Krankenhaus-, Kur- und Sanatoriumsaufenthalt stellt bei Erfüllung der Voraussetzungen – im Haushalt lebt ein Kind unter 13 Jahren oder ein behindertes Kind – eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkasse dar. Als ergänzende Leistung kann die Krankenkasse aber in ihrer Satzung die Lockerung der Anspruchsvoraussetzung festschreiben und so beispielsweise bestimmen, daß auch dann eine Haushaltshilfe gestellt wird, wenn das Kind älter als 13 Jahre ist. In diesen Fällen kann sie Umfang und Dauer der Leistung für Haushaltshilfe festlegen.

---

gung im Ein- oder Zweibettzimmer. Diese Leistungsarten waren insoweit bereits immer entsprechenden Produktangeboten der privaten Krankenversicherer vorbehalten, die genau dafür ihre Ergänzungs- und Zusatztarife bereithalten.

- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Zur Förderung von Rehabilitationsmaßnahmen kann die Krankenkasse satzungsmäßig gemäß § 43 SGB V ergänzende Leistungen, z. B. in Form von Sportgruppen anbieten, wenn sie zuletzt Leistungen wegen einer entsprechenden Krankenbehandlung geleistet hat bzw. leistet.<sup>115 116</sup>

Der Leistungsumfang eines privaten Krankenversicherungsvertrages wird zwischen den Vertragsparteien Versicherer und Versicherungsnehmer frei vereinbart. Die Krankenversicherer bieten den Kunden eine große Vielfalt verschiedener Tarife an, aus denen diese unter Berücksichtigung des Preis-/Leistungsverhältnisses den gewünschten Versicherungsschutz auswählen und zusammenstellen können.

Private Krankenversicherungsprodukte können nach verschiedenen Kriterien weiter differenziert werden.<sup>117</sup> Grundlegend können sie – wie in Abbildung 8 auf S. 40 dargestellt – zunächst in Kostentarife und Tagegeldtarife (Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife) unterschieden werden.

Krankheitskostenversicherungen bieten aufgrund des Produktmodells in § 178 b Abs. 1 VVG Versicherungsschutz für Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen, einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung, sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von

---

115) Diese Voraussetzung wäre beispielsweise bei einer rein vorsorglichen Ernährungsberatung nicht erfüllt. Sie stellt damit auch keine ergänzende Leistung zur Rehabilitation dar.

116) Im Zusammenhang mit den Kann-Bestimmungen von Satzungsleistungen als produktpolitische Aktionsparameter sei hier noch kurz auf die durch das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsgesetz - GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 abgeschafften preispolitischen Gestaltungsmöglichkeiten gesetzlicher Krankenkassen hingewiesen. So bot § 53 SGB V den Kassen die satzungsmäßig zu verankernde Möglichkeit an, Mitgliedern, die sich für die Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V entschieden haben, absolute jährliche Abzugsfranchisen mit entsprechenden Beitragsnachlässen anzubieten. Auch die Verankerung des Instruments einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit in der Satzung war nach § 54 SGB V möglich. Gemäß Artikel 24 Abs. 2 GKV-SolG werden jedoch Satzungsbestimmungen der Krankenkassen aufgrund von § 53 SGB V zum 1. Januar 1999 und diejenigen gemäß § 54 SGB V spätestens mit Wirkung vom 31. Dezember 1999 unwirksam. Allerdings wurden die beschriebenen satzungsmäßigen Möglichkeiten von gesetzlichen Krankenkassen kaum genutzt. So ergab eine Erhebung der Zeitschrift Finanztest bei 81 befragten gesetzlichen Krankenkassen, daß von diesen nur 6 ihren Versicherten die Möglichkeit von Selbstbeteiligung oder Beitragsrückerstattung satzungsmäßig eröffnet hatten. Vgl. hierzu o.V. (1998c), S. 15 und 20.

117) Vgl. hierzu u. a. Moser (1994a), S. 20 ff.

Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.<sup>118</sup> Die Konkretisierung dieser Leistungsinhalte erfolgt durch Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), deren Teil I die fast ausnahmslos verwendeten Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK; letzte Novellierung 1994) bilden.<sup>119</sup> Die Musterbedingungen beinhalten bereits wesentliche, insbesondere qualitative Aussagen zum Versicherungsschutz.

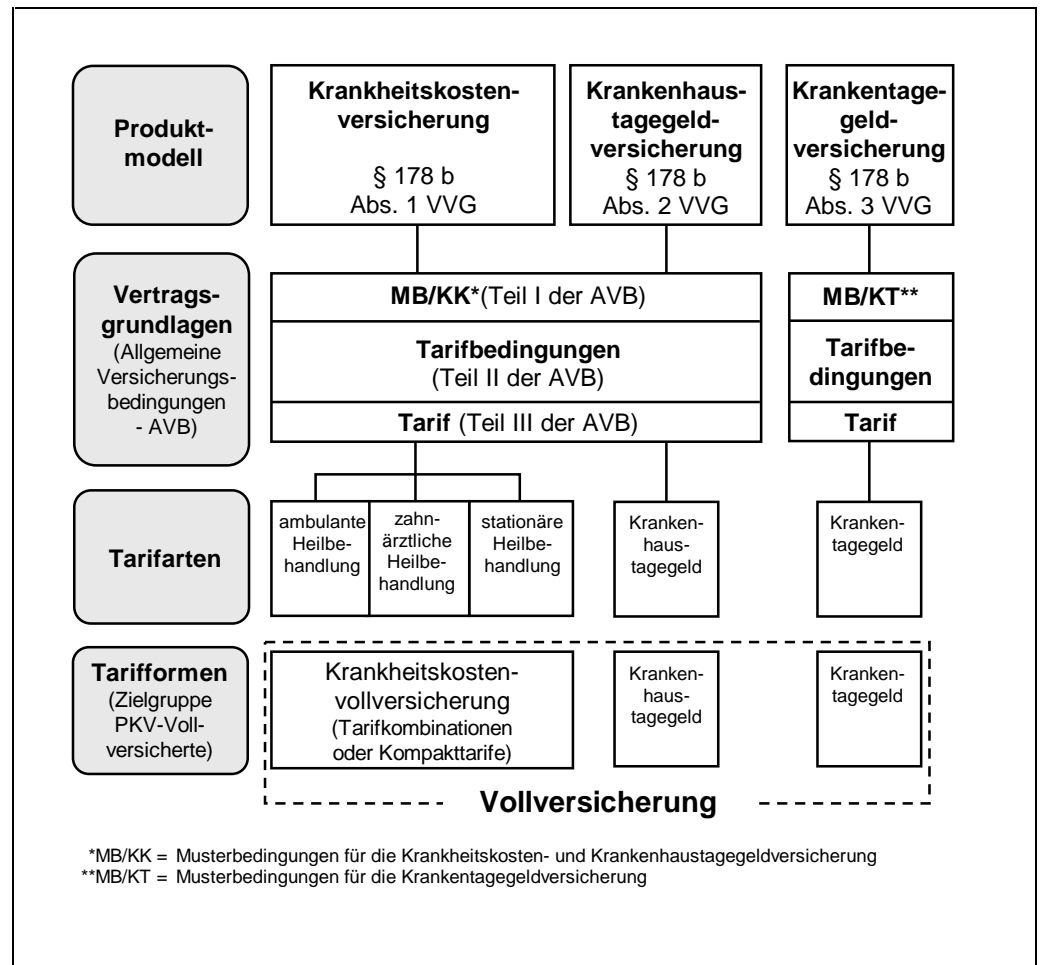


Abbildung 8: Kriterien zur Abgrenzung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte

Der Umfang des Versicherungsschutzes aufgrund der Musterbedingungen wird durch unternehmensindividuelle Tarifbedingungen und Tarife weiter ausgestaltet. In den Tarifbedingungen (Teil II der AVB) werden qualitative Verände-

118) Auch die Auslandsreisekrankenversicherung ist eine Krankheitskostenversicherung. Sie bietet neben dem Kostenersatz für vertraglich vereinbarte ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung im Ausland regelmäßig insbesondere auch Kostenersatz für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Sie wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter betrachtet.

119) Zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PKV vgl. u. a. Moser (1994), S. 39 ff.



rungen der Musterbedingungen verankert. Im Tarif (Teil III der AVB) sind dann u. a. die quantitativen Leistungsaussagen des Krankenversicherers (z. B. Selbstbeteiligungshöhen, Summenbegrenzung, etc.) zu finden. Aufgrund ihres einheitlichen Produktaufbaus lassen sich Krankenversicherungsprodukte daher recht gut nach ihren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmalen systematisieren und vergleichen.<sup>120</sup> Der PKV-Interessent kann sich somit bei Produktvergleichen weitgehend auf den Vergleich der unternehmensspezifischen Leistungsaussagen in Tarifbedingungen und Tarifen konzentrieren.

Die Krankheitskostentarife lassen sich weiter in verschiedene Tarifarten unterteilen. Zu unterscheiden sind Tarife zur Absicherung ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlungskosten (vgl. Abbildung 8).

Gemäß ihrer Zielgruppe sind die Kostentarife zu differenzieren in Krankheitskostenteil- und Krankheitskostenvollversicherungen.<sup>121</sup> Krankheitskostenvollversicherungstarife sind Produkte, die Nichtmitgliedern der GKV angeboten werden. Krankheitskostenvollversicherungen existieren in der Praxis in zwei Tarifformen: zum einen als Kombinationen aus Tarifen für ambulante ärztliche, ambulante zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung oder zum anderen als Kompakttarife<sup>122</sup> (vgl. Abbildung 8).

Private Krankheitskostenteilversicherungen dagegen sind Zusatz- und Ergänzungstarife, die GKV-Versicherten z. B. zur Absicherung der Mehrkosten durch Wahl von Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer und/oder der privatärztlichen Behandlung im Krankenhaus, zur Schließung von Lücken durch Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV (z. B. bei Zahnersatz, Sehhilfen oder Heilpraktikerbehandlung) oder zur Deckung anderer spezieller Risiken (z. B. Kur- und Sanatoriumsbehandlung) angeboten werden.<sup>123</sup>

---

120) Dies zeigt (bei aller Kritik an diesen Programmen) u.a. auch die Vielzahl von Marktvergleichssoftware im Krankenversicherungsbereich. Vgl. zu den verschiedenen PKV-Marktvergleichsprogrammen mit ihren Stärken und Schwächen u. a. Meyer (1996a), S. 47 ff.

121) Krankheitskostenteilversicherungen werden in der Regel von Mitgliedern der GKV im Sinne eines ergänzenden Versicherungsschutzes abgeschlossen. Diese Tarife werden im Rahmen der Arbeit nicht weiter betrachtet.

122) Kompakttarife umfassen ambulante ärztliche, ambulante zahnärztliche und stationäre Leistungen in einem Tarif. Auch der brancheneinheitliche Standardtarif, der aufgrund des § 257 Abs. 2 a SGB V von allen Krankenversicherern angeboten wird, ist ein Kompakttarif.

123) Gewisse Unschärfen in der Abgrenzung zwischen Voll- und Teilkostentarifen sind durch das Angebot von Bausteintarifen nicht zu vermeiden. Diese entstehen dadurch, daß der Kunde die ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung nicht zwingend beim selben Versicherer abdeckt. In der Praxis relevant ist insbesondere aber der Fall, daß der Versicherungsnehmer innerhalb des stationären Bereichs die sog. Regelleistungen (Belegarzt sowie Unterbringung und Verpflegung im Mehrbettzimmer) beim Versicherer A, die Wahlleistungen (Privatarzt sowie Unterbringung und Verpflegung im Ein- bzw. Zweibettzimmer) aber bei Krankenversicherer B abdeckt. Die Wahlleistungsversicherung ist dann formal eine Teilkostenversicherung. Aus Kundensicht ändert die Trennung von Leistungsbereichen statusmäßig nichts. Er ist vollversi-

Aus Krankenhaustagegeldtarifen leistet der Versicherer gemäß § 178 b Abs. 2 VVG eine von den tatsächlich anfallenden Kosten unabhängige Geldsumme in vereinbarter Höhe bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung.<sup>124</sup> Die Krankenhaustagegeldversicherung ist vertragsrechtlich – wie oben bereits erwähnt – gemeinsam mit den Kostentarifen grundlegend in den MB/KK geregelt.

Eine Krankentagegeldversicherung verpflichtet den Krankenversicherer, den als Folge von Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall eingetretenen Verdienst- bzw. Einkommensausfall ab einer bestimmten Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) in der vereinbarten Höhe als Geldsumme pro Tag zu ersetzen (§ 178 b Abs. 3 VVG).<sup>125 126</sup> Die Ausgestaltung der Leistungsinhalte erfolgt wie bei den Kostentarifen über AVB. Teil I bilden hier überwiegend die Musterbedingungen für die Krankentagegeldtarife (MB/KT; letzte Novellierung 1994), die wiederum durch unternehmensindividuelle Tarifbedingungen und Tarife (Teil II und Teil III der AVB) weiter konkretisiert werden.

Die beschriebenen Krankheitskosten- und Tagegeldtarife werden – bezogen auf ihren grundlegenden Leistungsumfang – den Zielgruppen der freiwillig versicherten Angestellten und Arbeitern, den Selbständigen und den Beamten angeboten. Es gelten jedoch für jede Personengruppe Besonderheiten:

- Angestellte und Arbeiter

In dieser Zielgruppe dominieren Krankheitskostenvollversicherungen in Form von Tarifkombinationen oder Kompakttarifen ohne oder mit nur geringer Selbstbeteiligung. Krankentagegeldtarife für diese Zielgruppe sehen ausschließlich Karenzzeiten von sechs Wochen (oder länger) vor, da in den ersten sechs Wochen die Lohnfortzahlungsverpflichtung des Arbeitgebers gegenüber seinem Arbeitnehmer gemäß Entgeltfortzahlungsgesetz greift.

---

chert. Zur Erlangung eines Arbeitgeberzuschusses zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V benötigt er allerdings Bescheinigungen beider Versicherungsunternehmen. Vgl. Moser (1994a), S. 22.

124) Die meisten stationären Wahlleistungstarife sehen bei Verzicht auf die Inanspruchnahme der privatärztlichen Behandlung und/oder der Unterbringung und Verpflegung im Ein- bzw. Zweibettzimmer ein sog. Ersatzkrankenhaustagegeld vor. Diese Wahlleistungstarife beinhalten somit in ihrem Versicherungsschutz ebenfalls eine Krankenhaustagegeldkomponente.

125) Zur ausführlichen Darstellung der Marktleistungen von Krankentagegeldtarifen sowie zum Vergleich mit dem Umfang der Leistungsart "Krankengeld" in der GKV vgl. Abbildung 51 auf S. 290 f. (Anhang I).

126) Eine besondere Form der Tagegeldversicherung, die hier nicht weiter betrachtet wird, ist die Restschuldversicherung. Sie dient dazu, die während einer Krankheit weiterlaufenden Kreditabzahlungen bedienen zu können. Vgl. Moser (1994a), S. 23.

- Selbständige

Bezogen auf den qualitativen Leistungsumfang besteht kein Unterschied zu den Krankheitskostentarifen, die Angestellten und Arbeitern angeboten und von diesen regelmäßig gewählt werden. Für Selbständige sind aufgrund des fehlenden Arbeitgeberzuschusses allerdings Krankheitskostenvollversicherungen mit Selbstbeteiligung attraktiv.<sup>127</sup> In der Krankentagegeldversicherung werden Selbständigen neben den Tarifen mit mindestens 6-wöchiger Karenzzeit auch Tarife mit kürzeren Karenzzeiten (frühestens in der Regel jedoch ab dem 4. oder 8. Tag) angeboten, da deren Einkommensausfall bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit nicht von einem Arbeitgeber abgedeckt wird.

- Beamte

Beamte sind über ihren Dienstherrn beihilfeberechtigt. Die Beihilfe ersetzt einen bestimmten Prozentsatz der Krankheitskosten des Beihilfeberechtigten selbst sowie seiner berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen. Da Beihilfeleistungen für Krankheitskosten keinen vollen Schutz bieten, sichern Beamte den fehlenden Prozentsatz – auf maximal 100 % – durch private Krankheitskostentarife ab. Zusätzlich bieten private Krankenversicherer sogenannte Beihilfeergänzungstarife an, die zur Absicherung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen dienen. Krankentagegeldtarife werden von der Zielgruppe der Beamten nicht benötigt, da ihr Dienstherr die Bezüge bei krankheits- und unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit im Grundsatz zeitlich unbegrenzt weiterzahlt.<sup>128</sup>

Darüber hinausgehende berufsgruppenspezifische Leistungsprogramme mit grundlegend veränderten Leistungsinhalten sind dagegen selten. Eine Ausnahme bildet die Berufsgruppe der Mediziner, für die – beginnend bereits mit der Ausbildungszeit (Mediziner im praktischen Jahr, Arzt im Praktikum) – eigene Tarifprogramme für den niedergelassenen, angestellten oder beihilfeberechtigten Mediziner existieren. In diesen Tarifprogrammen sind zum Teil berufsgruppenspezifische Leistungsinhalte insofern wählbar, als daß der Versicherungsschutz beispielsweise keine ärztlichen Honorare und keine Heilpraktikerleistungen umfaßt oder bei Zahnärzten nur Material- und Laborkosten im Rahmen von Zahnersatztarifen erstattungspflichtig sind.<sup>129</sup>

---

127) Vgl. hierzu ausführlich auch die Ausführungen auf den S. 170 ff.

128) Vgl. hierzu ausführlich auch die Ausführungen auf den S. 132 ff.

129) Preisvorteile, die Produktangebote für Mediziner regelmäßig im Vergleich zu Produktangeboten für Nicht-Mediziner haben, resultieren nicht in erster Linie auf den hier beschriebenen berufsgruppenspezifischen Leistungsinhalten; auch bei identischem Leistungsumfang sind Mediziner tarife günstiger, weil Mediziner im Vergleich zu Nicht-Medizinern ein günstigeres Inanspruchnahmeverhalten zeigen.

Entscheidend für die Abgrenzung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte auf der Grundlage der angebotenen Marktleistungs­bündel ist, daß die hier betrachteten ambulanten ärztlichen, ambulanten zahnärztlichen und stationären Kosten- sowie Krankentagegeldtarife regelmäßig Leistungen beinhalten, die auch im Leistungskatalog der GKV vorgesehen sind.<sup>130</sup> Denn dies ist gemäß § 257 Abs. 2 Nr. 1 SGB V Voraussetzung zur Erlangung eines Beitragszuschusses des Arbeitgebers zu den Aufwendungen des Arbeitnehmers für eine private Krankenversicherung. Eine vollständige Identität des Leistungsumfanges privater Krankenversicherungsprodukte mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung wird ausdrücklich nicht gefordert und ist damit auch nicht Voraussetzung für den Beitragszuschuß.<sup>131</sup> Vielmehr ist es für die Substitutivitätseigenschaft von privaten Krankenversicherungsprodukten bereits ausreichend, wenn sie nur eine Leistungsart vorsieht, die auch im SGB V enthalten ist.

Da die Tarifarten ambulante ärztliche Heilbehandlung, ambulante zahnärztliche Heilbehandlung und stationäre Heilbehandlung sowie Krankentagegeld – soweit sie im Rahmen von Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherungen abgeschlossen werden<sup>132</sup> – regelmäßig einen der Art nach dem GKV-Schutz vergleichbaren Krankenversicherungsschutz bewirken, stellen sie substitutive Krankenversicherungsprodukte dar. Dies gilt zumindest immer dann,

---

130) In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß ein allgemeingültiger Vergleich der Marktleistungs­bündel von GKV und PKV durch die unternehmensindividuelle Ausgestaltung des Versicherungsschutzes der privaten Krankenversicherungsunternehmen im Rahmen ihrer Tarifbedingungen und Tarife schwierig ist. Aussagen, die einen generell höheren (qualitativen und/oder quantitativen) Leistungsstandard der PKV zum Inhalt haben, sind in ihrer allgemeinen Form nicht haltbar. Denn zwar deutet einerseits das Angebot von Zusatz- und Ergänzungsversicherungen für alle Leistungsbereiche (ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung) für GKV-Versicherte auf Leistungsvorteile der PKV in wesentlichen Leistungsbereichen hin. Andererseits hat auch die GKV Leistungsvorteile in einigen Segmenten. So sind bestimmte Leistungen der GKV – wie häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37 und 38 SGB V), Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V) oder die Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§ 21 SGB V) bei Kinder bis zu 12 Jahren – regelmäßig in privaten Krankenversicherungstarifen nicht enthalten. Einen genaueren Überblick erlaubt Abbildung 51 auf den S. 285 ff. (Anhang I). Dort werden die Leistungen einer privaten Vollversicherung dargestellt und den GKV-Leistungsarten gegenübergestellt.

131) "Versicherungsbeiträge sind zuschußfähig, soweit die Vertragsleistungen der Art (nicht dem Umfang) nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Dabei genügt es, wenn die Vertragsleistung im Kern einer Leistung des SGB V entspricht." BMI (1989), S. 543.

132) Strittig ist die substitutive Funktion der Krankenhaustagegeldversicherung. Vgl. hierzu u. a. Schulin (1994), S. 477. In der Praxis wird auch zu einer Krankenhaustagegeldversicherung von den Arbeitgebern im Rahmen des maximalen Arbeitgeberzuschusses der Arbeitgeberanteil gezahlt. Für den Fortgang der Arbeit ist dieser Sachverhalt unbedeutend und wird nicht weiter diskutiert.

wenn sie Arbeitnehmern, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, angeboten werden.<sup>133</sup>

Dieses Ergebnis kann letztlich auf alle Nichtmitglieder der GKV (also in erster Linie auch auf Selbständige und Beamte) übertragen werden<sup>134</sup>, weil die Tarife für diese Personengruppen der Art nach den privaten Krankenversicherungstarifen für Angestellte und damit auch den Leistungen der GKV entsprechen. Der Sachverhalt, daß die privaten Krankenversicherer diese Tarife in den genannten Zielgruppen mit unterschiedlichen Selbsthalten, Höchstbeträgen und Erstattungsprozentsätzen anbieten, ändert nichts an den der Art nach dem GKV-Schutz entsprechenden Leistungen.

### 2.3.4 Beitragskalkulation in GKV und PKV

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgt im Grundsatz nach dem Umlageverfahren.<sup>135</sup> Die GKV legt ihre Gesamtausgaben periodisch auf alle beitragspflichtigen Mitglieder um, so daß diese jeweils aus den laufenden Beitragseinnahmen finanziert werden.<sup>136</sup> Eine Rücklagenbildung erfolgt nur in geringfügiger Höhe.<sup>137</sup>

Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen (§ 223 Abs. 2 SGB V), wobei die beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze als Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen sind (§ 223 Abs. 3 SGB V). Es erfolgt keine Beitragsdifferenzierung nach Geschlecht, Familienstand<sup>138</sup> oder Gesundheitszustand.

Im Umlageverfahren zur Finanzierung der Marktleistungen der GKV kommt das Solidarprinzip als zentrales Gestaltungsprinzip in der Sozialversicherung mit seinen sozialen Ausgleichselementen zum Ausdruck. Die GKV gewährleistet zum einen für jeden Versicherten entsprechend des Solidarprinzips eine ausreichende medizinische Versorgung im Krankheitsfall, unabhängig von seiner persönlichen Leistungsfähigkeit (gemessen z. B. an seinem Einkommen). Sie bietet

---

133) Im Ergebnis ändert es an der Substitutivitätseigenschaft eines Tarifs nichts, wenn dieser sowohl GKV-Mitgliedern als auch PKV-Versicherten angeboten wird. Dies ist häufiger bei stationären Wahlleistungstarifen sowie bei Krankentagegeldversicherungen der Fall. Insoweit ist es für den Fortgang der Arbeit unerheblich und wird nicht weiter diskutiert, wenn ein Tarif mit Substitutivitätseigenschaften durch seinen Verkauf an ein GKV-Mitglied in diesem Fall als nicht substitutiv einzustufen wäre.

134) Obwohl die der Argumentation zugrunde liegende Regelung (Beitragszuschuß gemäß § 257 SGB V) nur für Arbeitnehmer greift.

135) Vgl. zum Umlageverfahren der GKV ausführlich die einschlägigen Kommentare zum Krankenversicherungsrecht u. a. Schulin (1994), S. 195, 238 f. und 458 f.

136) Vgl. § 220 Abs. 1 SGB V.

137) Die satzungsmäßige Rücklage einer Krankenkasse darf höchstens eine Monatsausgabe betragen.

138) Für mitversicherte Familienangehörige im Sinne des § 10 SGB V (Familienversicherung) werden gemäß § 3 Satz 3 SGB V keine Beiträge erhoben.

einen im wesentlichen einheitlichen Versicherungsschutz, der sich nicht nach der Höhe der gezahlten Beiträge richtet.<sup>139</sup> Zum anderen wird ein solidarischer Ausgleich unter anderem dadurch geschaffen, daß

- einkommensstarke Mitglieder für denselben Versicherungsschutz einen höheren Beitrag zahlen als einkommensschwächere,
- junge Mitglieder mit (gegenüber älteren Mitgliedern, insbesondere Rentnern) tendenziell niedrigen Gesundheitskosten für die höheren Aufwendungen der älteren Mitglieder "mitbezahlen",
- Mitglieder mit Angehörigen im Sinne der Familienversicherung gemäß § 10 SGB V bei gleichem Einkommen und damit gleichem Beitrag gegenüber ledigen Mitgliedern einen entsprechend der Anzahl der versicherten Personen vervielfältigten Versicherungsschutz genießen.

Die PKV kalkuliert demgegenüber ihre Beiträge für jeden Versicherten im Grundsatz nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip.<sup>140</sup> Das heißt, daß die reine Risikoprämie einer Altersgruppe eines Versicherten für ihren Krankenversicherungsschutz dem Erwartungswert der diesbezüglichen Versicherungsleistungen entspricht.<sup>141</sup>

Da sich bei Abstellen der Kalkulation auf eine einzelne Person in der Regel Abweichungen vom Erwartungswert ergeben würden, beruht die Kalkulation auf einer homogenen Gruppe von Versicherten mit gleichartigen Risikomerkmale. Abweichungen vom Erwartungswert können so nach dem Gesetz der großen Zahl ausgeglichen werden.

---

139) Eine Ausnahme bildet das Krankengeld: Das Krankengeld beträgt gemäß § 47 SGB V 70% des zuletzt erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Es darf jedoch 90% des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. Dabei wird das Regelentgelt bis zur Höhe der (kalendertäglichen) Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Die Höhe des Krankengelds hängt damit vom zuletzt verdienten Arbeitsentgelt ab. Es ist umso höher, je höher das zuletzt verdiente Arbeitsentgelt war. Das Krankengeld steigt allerdings nicht mehr an, wenn das Regelentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Zum Krankengeld vgl. auch Abbildung 51 auf S. 290 f. (Anhang I).

140) Es folgt eine kurze, vereinfachende Darstellung des Kalkulationsmodells der PKV. Vgl. hierzu die ausführlichen Darstellungen u. a. bei Bauermeister/Bohn (1988); Behne (1995); Bohn (1980); Brünjes (1990). Zum Äquivalenzprinzip vgl. auch Farny (1995), S. 54 ff.

141) Der Erwartungswert der Versicherungsleistungen (Schäden) ist also eine Ex-ante-Größe, die nur zufällig mit den tatsächlichen Schäden übereinstimmt.

Homogene Versicherungsgruppen werden in der privaten Krankenversicherung nach folgenden wesentlichen Risikomerkmale gebildet:

- Art und Umfang der Leistungen
- Eintrittsalter
- Geschlecht
- Beruf
- Gesundheitszustand<sup>142</sup>.

Der durchschnittlich pro Jahr pro Versichertem dieser Gruppe zu erwartende Schaden ist der rechnungsmäßige Kopfschaden. Er wird über jeden Tarif getrennt nach Geschlecht und Alter ermittelt. Der Risikobeitrag muß mindestens den rechnungsmäßigen Kopfschaden abdecken.

Eine auf Risikobeiträgen basierende Kalkulation würde nun bedeuten, daß die altersbezogenen Nettobeiträge den Kopfschäden in den jeweiligen Jahren entsprechen. Da die Krankheitskosten mit zunehmendem Alter typischerweise zunehmen, müßten die auf Risikobasis kalkulierten Krankenversicherungsprämien ebenfalls mit zunehmendem Alter der Versicherten ansteigen.<sup>143</sup> Zur Vermeidung eines derartigen Prämienanstiegs, der schließlich so hoch sein könnte, daß die Prämien vor allem von älteren Versicherten nicht mehr bezahlt werden könnten, wird die private Krankenversicherung in Deutschland seit Jahrzehnten im wesentlichen nach Art der Lebensversicherung betrieben.

Zentrale Kennzeichen der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung ist, daß die Nettobeiträge unter gleichbleibenden Verhältnissen im Zeitablauf (von Vertragsbeginn bis -ende) konstant bleiben. Für den Versicherten führt die Kalkulation nach dem – in Abbildung 9 skizzierten – Anwartschaftsdeckungsverfahren insoweit dazu, daß sein Nettobeitrag vom Älterwerden und von der mit dem Alter zunehmenden Krankheitsanfälligkeit unabhängig ist. Der Nettobeitrag liegt am Anfang der Versicherungsdauer über und später unter dem aufgrund des Schadenbedarfs eigentlich notwendigen Risikobeitrag (vgl. oberer Teil von Abbildung 9 auf Seite 48). Ein konstanter Nettobeitrag wird dadurch erreicht, daß die den Risikobeitrag in den ersten Jahren der Versicherungsdauer überschießenden Beträge (sog. Sparanteile) in einer verzinslichen

---

142) Den bei Vertragsbeginn bestehenden Vorerkrankungen kann durch Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse Rechnung getragen werden.

143) Ein solches Kalkulationsverfahren auf Risikobasis bzw. mit der Alterungsrückstellung Null wird in der deutschen privaten Krankenversicherung daher nur bei Krankheitskostentarifen mit altersunabhängigem Kopfschadenverlauf (im wesentlichen bei Zahntarifen), bei Ausbildungstarifen mit begrenzter Laufzeit (u. a. bei Tarifen für Ärzte im Praktikum und Beamtenanwärtertarife) und in der Auslandsreisekrankenversicherung angewendet.

Alterungsrückstellung<sup>144</sup> angelegt werden. Übersteigt dann in den späteren Jahren die altersabhängige Risikoprämie den konstanten Beitrag, so reichen die aus der Alterungsrückstellung zu entnehmenden Sparanteile unter sonst unveränderten Bedingungen genau zur Finanzierung des den Nettobeitrag übersteigenden Teils der Risikoprämie aus (vgl. unterer Teil von Abbildung 9).

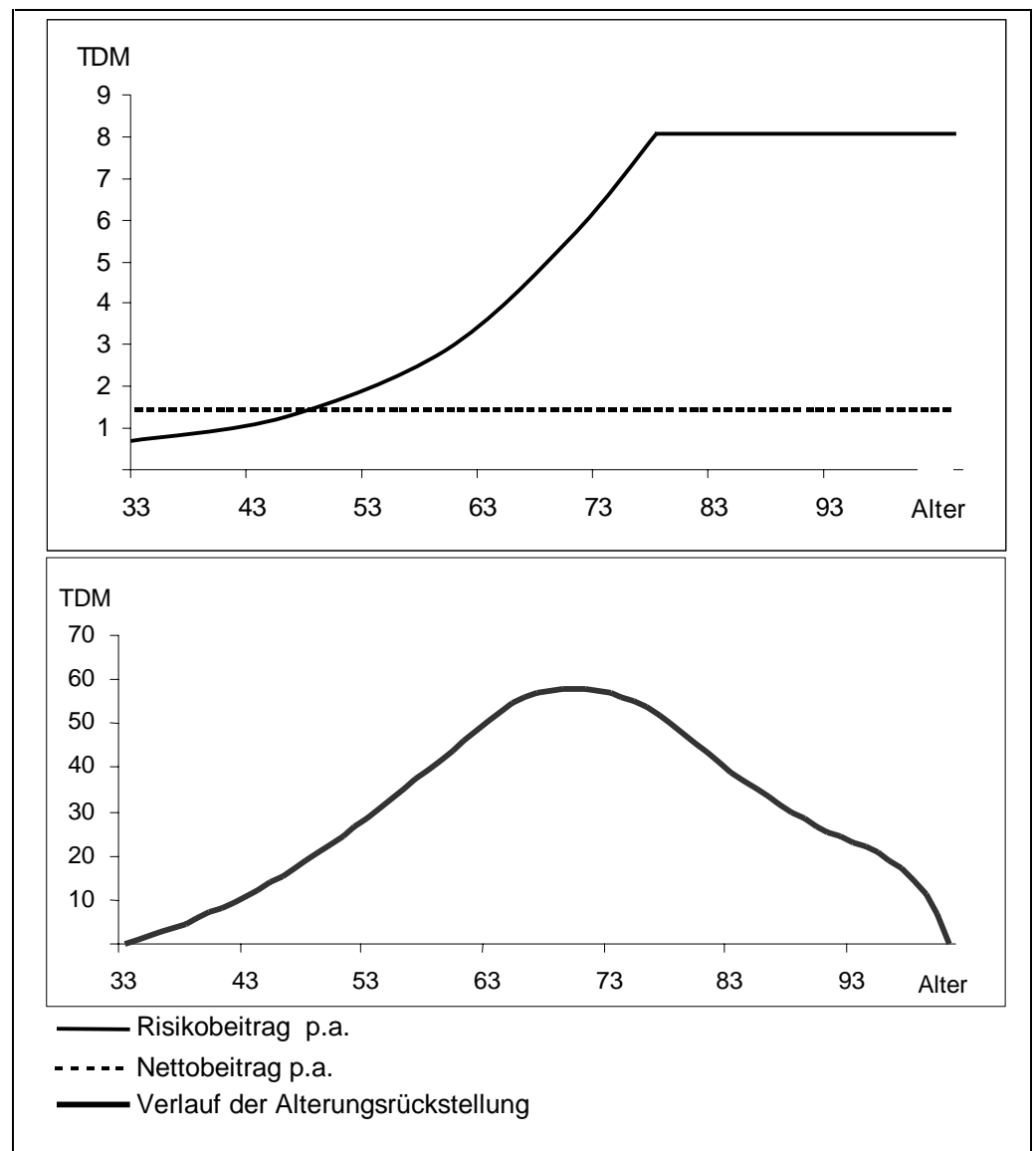


Abbildung 9: Das Anwartschaftdeckungsverfahren in der PKV<sup>145</sup>

- 144) Gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 1 VAG ist die Prämie mit einem rechnungsmäßigen Zins von (höchstens) 3,5 % zu kalkulieren.
- 145) Die hier beispielhaft verwendeten Daten beziehen sich auf einen 33jährigen männlichen Versicherten in einem ambulanten Vollkostentarif mit 600 DM jährlicher Selbstbeteiligung.



Für Versicherte mit unterschiedlichen Eintrittsaltern ergeben sich durch den unterschiedlichen Krankheitskostenverlauf in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Restlebenszeit unterschiedlich hohe Nettoprämien. Für die Berechnung der eintrittsaltersabhängigen Nettoprämien ist dabei neben dem Krankheitskostenverlauf und dem Kalkulationszinssatz der Alterungsrückstellung die Ausscheidequote, dargestellt durch Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten, relevant. Denn bereits bei der Kalkulation wird beitragsmindernd berücksichtigt, daß bei Ausscheiden eines Versicherten durch Tod oder Kündigung der für ihn noch verbleibende Teil der Alterungsrückstellung zugunsten der Versicherten-gemeinschaft "vererbt" wird.<sup>146</sup>

Die vom Versicherungsnehmer letztlich zu zahlende Brutto- bzw. Tarifprämie enthält zusätzlich zum Nettobeitrag noch die mit dem Vertrieb, der Schadenregulierung und der Verwaltung von Versicherungsverträgen verbundenen Kosten sowie einen Sicherheitszuschlag zum Ausgleich zufälliger Schwankungen im Schadenverlauf.

### **2.3.5 Ergebnisse und Schlußfolgerungen**

Aus den versicherungsaufsichts- und sozialrechtlichen Vorschriften zum Betreiben der substitutiven Krankenversicherung nach "Art der Lebensversicherung" ist einem ersten Schritt abzuleiten, daß nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren kalkulierte Tarife grundsätzlich für eine Einstufung als substitutiv in Frage kommen. Die Tarifikalkulation auf Risikobasis – also ohne die Bildung von Alterungsrückstellungen – führt dazu, daß dieser Tarif nicht substitutiv ist.<sup>147</sup>

In einem zweiten Schritt ergibt sich aus § 257 Abs. 2 Nr. 1 SGB V als weiteres wesentliches Kriterium für substitutiven Krankenversicherungsschutz, daß dieser der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 11 SGB V entsprechen muß. Diese Voraussetzung wird von den Tarifen für ambulante ärztliche Heilbehandlung, ambulante zahnärztliche Heilbehandlung und stationäre Heilbehandlung sowie Krankentagegeld – soweit sie im Rahmen von Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherungen abgeschlossen werden – regelmäßig erfüllt. Darüber hinaus erfüllen diese Tarife regelmäßig die zur Erlangung eines Arbeitgeberzuschusses zu den Beiträgen für einen privaten Krankenversicherungsschutz geforderten Qualitätskriterien gemäß § 257 Abs. 2 a SGB V. Daraus folgt, daß die genannten Tarife substitutive Krankenversicherungsschutzprodukte sind.

Dieses Ergebnis gilt zunächst jedenfalls immer dann, wenn die genannten Tarife Arbeitnehmern, die nicht Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, angeboten werden. Es kann aber letztlich – obgleich die der Argumentation zugrundeliegende sozialrechtliche Regelung nur für Arbeitnehmer greift – in einem

---

146) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 78 f.

147) Ausnahmen gelten insoweit für die in Fußnote 143 auf S. 47 genannten Fälle.

dritten Schritt auf alle Nichtmitglieder der GKV (also auch auf Selbständige und Beamte) übertragen werden, weil die Tarife für diese Personengruppen den privaten Krankenversicherungstarifen für Angestellte nach Art und Qualität entsprechen.

Zusammenfassend werden substitutive private Krankenversicherungsprodukte daher als Marktleistungsbündel in Form von Krankheitskosten- und Tagegeldtarifen zur Absicherung im Krankheitsfall definiert, aufgrund derer Nichtmitglieder der GKV einen nach Art und Qualität den Leistungen der GKV vergleichbaren privaten Krankenversicherungsschutz bewirken können.

## **2.4 Zusammenfassung**

1. Substitutive private Krankenversicherungsprodukte sind Markt- bzw. Absatzleistungen in Form von Krankheitskosten- und Tagegeldtarifen, die von privaten Krankenversicherungsunternehmen auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherungen zur Realisierung ihrer Unternehmensziele angeboten und vom Kunden zur Absicherung im Krankheitsfall nachgefragt werden. Die Kunden sind regelmäßig Nichtmitglieder der GKV. Sie erwerben mit dem Kauf substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte einen nach Art und Qualität den Leistungen der GKV vergleichbaren Krankenversicherungsschutz.
2. Bestandteile substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte sind das Risikogeschäft, das mit einem dem Sparen und Entsparen ähnlichen Vorgang verbunden ist, und das Dienstleistungsgeschäft. Der Kern des Krankenversicherungsprodukts ist die Übertragung einer Wahrscheinlichkeitsverteilung von Schäden vom Kunden auf einen Versicherer (Risikogeschäft). Der Nutzen dieses Risikotransfers entfaltet sich aus Kundensicht in zweifacher Weise: zum einen im Krankheitsfall als tatsächlich bewirkte Gewährung von Versicherungsleistungen – diese stellt dann in einer marketingorientierten Sichtweise des Versicherungsprodukts die konkrete Marktleistung des Versicherers dar – und zum anderen in der Erhöhung des subjektiven Sicherheitsempfindens als abstrakte Leistung.
3. Das Kernprodukt Risikogeschäft (einschließlich eines Spar- und Entsparprozesses) ist nicht die einzige Leistung eines Krankenversicherers. Es wird vielmehr ergänzt durch weitere Dienstleistungen, die das Produkt Krankenversicherungsschutz handhabbar und verkehrsfähig machen. Dieses Dienstleistungsgeschäft umfaßt sowohl innerbetriebliche (interne) Leistungen als auch kundenbezogene (externe) Leistungen. Da auf Versicherungsmärkten regelmäßig jedoch ausschließlich das Ergebnis eines Produktionsprozesses, nicht aber der Prozeß selbst verwertbar ist, ist das Krankenversicherungsprodukt in marketingtheoretischer Sichtweise durch die kundenbezogenen Marktleistungen des Versicherers gekennzeichnet. Dazu gehören neben den

Marktleistungen des Risikogeschäfts auch kundenbezogene (externe) Dienstleistungen.

4. Innerbetriebliche Leistungen zur Durchführung des Risikogeschäfts und des kundenbezogenen Dienstleistungsgeschäfts sind dagegen nicht unmittelbar markt- bzw. kundenbezogen. Sie sind somit von den Marktleistungen des Krankenversicherers zu trennen und werden im weiteren auch nicht als Objekte der Produktgestaltung betrachtet.
5. Das externe Dienstleistungsgeschäft umfaßt zum einen kundenbezogene Beratungs- und Abwicklungsleistungen als konkrete Marktleistungen. Beratungs- und Abwicklungsleistungen als Elemente des externen Dienstleistungsgeschäfts sind dabei letztlich alle Informationen, Ratschläge und organisatorische Hilfen, die der Versicherer anbietet und die vom Kunden nachgefragt werden. Zum anderen erhöht das Wissen des Kunden um diese Dienstleistungen sein Sicherheitsempfinden, vor allem wenn ihm damit konkrete Hilfestellungen im Krankheitsfall zugesagt werden. Die Erhöhung des Sicherheitsempfindens stellt eine abstrakte Marktleistung des Krankenversicherers dar.
6. Beratungsleistungen empfängt der Kunde meist unabhängig vom Eintritt eines Schadenfalls entweder vor bzw. bei Vertragsabschluß oder während der Vertragslaufzeit ohne Schaden. Abwicklungsleistungen werden dagegen "nur" im Zusammenhang mit einem Schadensfall erbracht. In diesem Zusammenhang ist mit Blick auf die Krankenversicherung und den dort gebotenen umfassenden Versicherungsschutz bedeutsam, daß hier im Vergleich mit anderen Versicherungszweigen zum einen die Schadenhäufigkeit relativ hoch ist und zum anderen die Phasen der Vertragslaufzeit mit Schaden – beispielsweise aufgrund chronischer Erkrankungen – vergleichsweise lang andauern können. Bereits deshalb stellen kundenbezogene Abwicklungsleistungen eine potentiell wichtige Marktleistungskategorie dar, da durch Häufigkeit und/oder Dauer der Schadenfälle die Interventionsmöglichkeiten des Krankenversicherers (zumindest theoretisch) als verhältnismäßig gut einzuschätzen sind.
7. Die Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte ist ein Kerninstrument der Angebotspolitik privater Krankenversicherer und regelmäßig Ausgangspunkt und Grundlage deren marketingmixbezogener Planungsprozesse. Produktgestaltung im Marketingsystem des Krankenversicherers stellt die Interessen von vorhandenen und potentiellen Kunden in den Mittelpunkt mit dem Ziel, den Produktnutzen für den Kunden zu fördern, um so ein möglichst großes Akquisitionspotential zu schaffen und dieses mit möglichst hohen Beiträgen zur Erfüllung der Absatzziele (z. B. Steigerung der Beitragseinnahmen) auszuschöpfen.

8. Gegenstand der Produktgestaltung sind die materiellen und formalen Merkmale der angebotenen Krankenversicherungsprodukte mit ihren Marktleistungskategorien Risiko- und Dienstleistungsgeschäft nach Maßgabe der Marketingziele eines Krankenversicherers. Angesprochen ist damit neben dem Risikogeschäft (einschließlich Spar- und Entspargeschäft) auch das kundenbezogene Dienstleistungsgeschäft als weitere wichtige Marktleistungskategorie. Breite und Tiefe des Angebots von externen Beratungs- und Abwicklungsleistungen sind nachfrageabhängig. Insofern hängt deren Angebot auch von den (sich wandelnden) Kundenbedürfnissen sowie der Zahlungsbereitschaft der Kunden für diese Dienstleistungen ab. Die Grenze des Dienstleistungsangebots als Komponente des Krankenversicherungsprodukts stellen Leistungen dar, die mit der Kernleistung Versicherungsschutz weder unmittelbar noch mittelbar verbunden und insofern versicherungsfremd sind.
9. Die Gestaltungsfragen der Marktleistungen – bezogen sowohl auf das Risiko- als auch auf das Dienstleistungsgeschäft – substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte vor dem Hintergrund der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit. In diesem Zusammenhang spielen Innovation bzw. Modifikation substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte eine wichtige Rolle.

### **3 Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die Geschäftsentwicklung in der substitutiven privaten Krankenversicherung**

#### **3.1 Zur öffentlichen und politischen Diskussion der Gesundheitsausgabenproblematik in den Krankenversicherungssystemen**

##### **3.1.1 Die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen im Mittelpunkt der Diskussion um die Beitragsentwicklung in der GKV**

Die gesundheits- und krankenversicherungspolitische Diskussion um die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen wird in Deutschland seit fast zwei Jahrzehnten geführt. Im Mittelpunkt steht dabei bisher meist die GKV. Dies liegt zum einen daran, daß rund 90% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind. Zum anderen resultiert aus der Finanzierung der GKV durch Abgaben von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, daß die Beurteilung der finanziellen Entwicklung in der GKV eng mit der Diskussion um steigende Lohnnebenkosten und den daraus gegebenenfalls erwachsenden negativen standortpolitischen Konsequenzen verwoben ist. In diesem Zusammenhang wird als zentraler Maßstab für die bedrohliche finanzielle Entwicklung der Gesundheitsausgaben die – trotz Absenkungen in den Jahren 1990 und 1991 – im Zeitablauf eingetretene Erhöhung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der GKV angeführt, die dann – wie Abbildung 10 auf S. 54 verdeutlicht – in Verbindung mit den zum Teil erheblichen Erhöhungen der Beitragsbemessungsgrenze zu steigenden Höchstbeiträgen in der GKV geführt hat.<sup>148</sup>

Eine genauere Betrachtung der Ausgabenseite in der GKV in den Jahren 1975 bis 1996 zeigt allerdings, daß die GKV-Ausgaben, über diesen Zeitraum gesehen, im Einklang mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung gewachsen sind: So stiegen die GKV-Ausgaben je Mitglied in den alten Bundesländern zwischen 1975 und 1996 mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 5,0%<sup>149</sup>, während das Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem in den alten Bundesländern in diesem Zeitraum eine durchschnittliche Wachstumsrate von 5,1%<sup>150</sup> jährlich verzeichnete. In den Jahren 1985 bis 1996 betragen die jährlichen Wachstumsraten 4,4% (GKV-Ausgaben je Mitglied)<sup>151</sup> bzw. 4,5% (Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem)<sup>152</sup>.

Die Tatsache, daß es in Zeiten von im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung steigenden Beitragssätzen und einer in der Folge höheren Beitragsbelastung von GKV-Mitgliedern und (soweit diese in einem Beschäfti-

---

148) Vgl. Wasem (1997a), S. 6.

149) Vgl. BMG (1997), S. 322.

150) Vgl. ebenda, S. 342.

151) Vgl. ebenda, S. 322.

152) Vgl. ebenda, S. 342.

gungsverhältnis stehen) deren Arbeitgebern kam, beruht zu einem wesentlichen Teil auf einnahmenseitigen Gründen.<sup>153</sup> Denn anders als die GKV-Ausgaben stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den alten Bundesländern in den Vergleichszeiträumen von 1975 bis 1996 bzw. 1985 bis 1996 nur um jahresdurchschnittlich 4,2% bzw. 3,2%<sup>154</sup> und damit deutlich geringer als das Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem. Diese Differenz resultiert im wesentlichen aus einem Rückgang der Lohnquote am Bruttoinlandsprodukt.

Jahr	Durchschnittlicher Beitragsatz	Beitragsbemessungsgrenze	Höchstbeitrag pro Monat	Steigerung des Höchstbeitrags pro Monat
	in %	in DM	in DM	in % z. Vj.
1975	10,5	2.100	220,50	
1976	11,3	2.325	262,73	19,15
1977	11,4	2.550	290,70	10,65
1978	11,4	2.775	316,35	8,82
1979	11,3	3.000	339,00	7,16
1980	11,5	3.150	362,25	6,86
1981	11,8	3.300	389,40	7,49
1982	12,0	3.525	423,00	8,63
1983	11,8	3.750	442,50	4,61
1984	11,4	3.900	444,60	0,47
1985	11,8	4.050	477,90	7,49
1986	12,2	4.200	512,40	7,22
1987	12,6	4.275	538,65	5,12
1988	12,9	4.500	580,50	7,77
1989	12,9	4.575	590,18	1,67
1990	12,5	4.725	590,63	0,08
1991	12,2	4.875	594,75	0,70
1992	12,7	5.100	647,70	8,90
1993	13,4	5.400	723,60	11,72
1994	13,2	5.700	752,40	3,98
1995	13,2	5.850	772,20	2,63
1996	13,5	6.000	810,00	4,90
1997	13,5	6.150	830,25	2,50
1998	13,6	6.300	856,80	3,20

Abbildung 10: Entwicklung von durchschnittlichem Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze und Höchstbeitrag in der GKV (alte Bundesländer)<sup>155</sup>

Im Ergebnis beruht die Beitrags(satz)entwicklung in der GKV in den letzten zwei Jahrzehnten also überwiegend auf einem Finanzierungsproblem auf der Einnahmenseite und ist insoweit nicht auf eine "Kostenexplosion" bei den Ge-

153) Vgl. Wasem (1997a), S. 6 ff.; Braun u.a. (1998), S. 21 ff.

154) Vgl. BMG (1997), S. 340.

155) Vgl. PKV-Verband (1997a), S. 16 und PKV-Verband (1998a), S. 13.

sundheitsleistungen zurückzuführen. Dabei darf allerdings nicht verkannt werden, daß die relativ moderate Entwicklung auf der Ausgabenseite in der GKV in den vergangenen Jahren wesentlich durch kontinuierliche ausgabenstabilisierende Eingriffe des Gesetzgebers in Form von Kostendämpfungs- und Gesundheitsreformgesetzen mitbestimmt ist. Die nur jeweils kurzfristig anhaltenden ausgabenstabilisierenden Effekte dieser gesetzgeberischen Maßnahmen lassen vermuten, daß ohne diese Interventionen eine deutlich dynamischere Steigerung der Gesundheitsausgaben in der GKV zu erwarten gewesen wäre. Insoweit ist eine deutliche Tendenz der Gesundheitsausgaben zu dynamischem Wachstum plausibel, die auch weiterhin Handlungsbedarf auf der Ausgabenseite signalisiert.<sup>156</sup>

### 3.1.2 Die Gesundheitsausgabenproblematik in der PKV

Auch die PKV hat sich nicht von dieser den Gesundheitsausgaben immanenten Neigung zu überproportionalen Wachstumsraten abkoppeln können.<sup>157</sup> Dies zeigt die Entwicklung der Versicherungsleistungen je Versichertem in den alten Bundesländern. Hierbei ist festzustellen, daß sich die Versicherungsleistungen für Versicherte in der substitutiven privaten Krankheitskostenversicherung, also ohne Tagegeldversicherungen und (seit 1994) Pflegepflichtversicherung, für den Zeitraum von 1985 bis 1996, um jahresdurchschnittlich 5,3% erhöht haben.<sup>158</sup> Diese durchschnittliche Wachstumsrate liegt damit deutlich oberhalb der entsprechenden Rate des Bruttoinlandsprodukts je Erwerbstätigem in den alten Bundesländern, die im Vergleichszeitraum bei 4,5% lag.

Für die Beurteilung der Ausgabenentwicklung zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen GKV und PKV und damit letztlich auch für die Marktposition der substitutiven privaten Krankenversicherung gegenüber der GKV ist weiter bedeutsam, daß im Vergleichszeitraum von 1985 bis 1996 die durchschnittliche Wachstumsrate der Leistungsausgaben der PKV je Versichertem in der Krankheitskostenversicherung mit 5,3% über derjenigen der GKV je Versicherten, die im Vergleichszeitraum 4,8% betrug, lag.<sup>159</sup>

Abbildung 11 auf S. 56 macht deutlich, daß vor allem in den 90er Jahren die Erhöhungsprozentsätze der PKV je Versicherten über denen der GKV je Versicherten liegen. Wie Abbildung 12 auf S. 57 zeigt, ist dabei insbesondere in den Leistungsbereichen "Arztkosten ambulant" und "Zahnbehandlung/Zahnersatz" eine im Vergleich zur GKV wesentlich dynamischere Entwicklung der Ausgaben in der PKV festzustellen.

---

156) Vgl. Wasem (1997a), S. 9.

157) Dies ist auch bereits deshalb plausibel, weil in der PKV gesetzgeberische Eingriffe in das Leistungsprogramm, wie sie in der GKV mit obligatorischem Charakter für alle Versicherten umgesetzt werden können, nicht möglich sind.

158) Die Erhöhungsprozentsätze werden vom PKV-Verband regelmäßig errechnet. Sie beruhen auf der Aufgliederung der Versicherungsleistungen nach Leistungsarten.

159) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 111 ff.

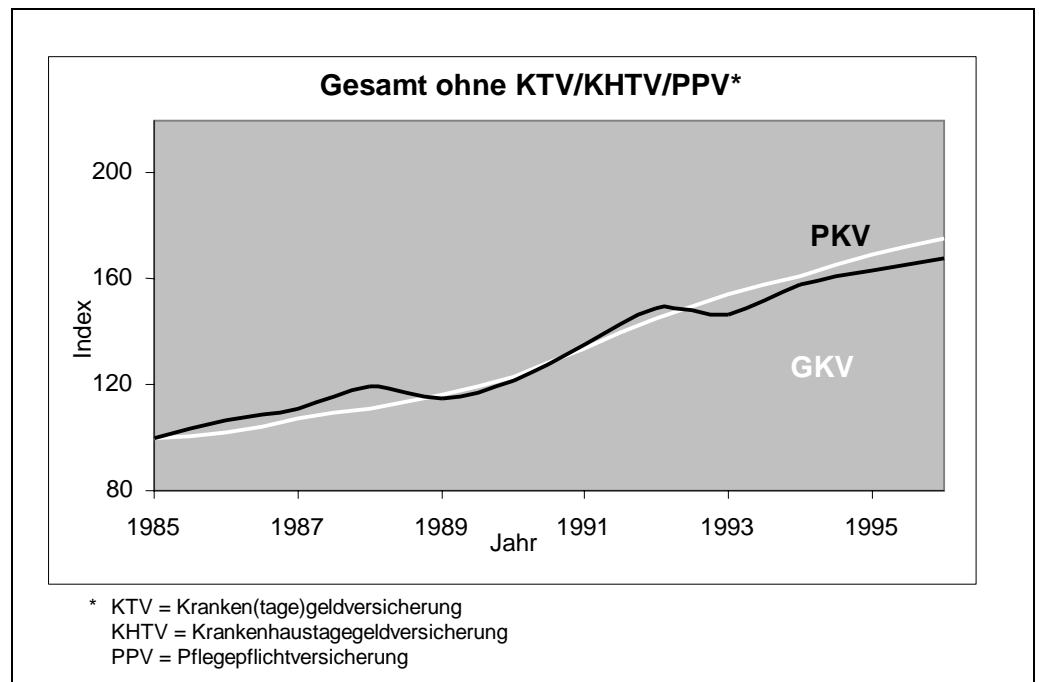


Abbildung 11: Entwicklung der Versicherungsleistungen in GKV und PKV – Gesamt über alle Leistungsarten<sup>160</sup> (GKV je Versicherten, PKV je Versicherten; alte Bundesländer)

Dennoch hat im Gegensatz zur GKV die Entwicklung von Leistungsausgaben und Beiträgen in der PKV bis Ende der 80er Jahre ein deutlich geringeres Interesse in der gesundheits- und krankenversicherungspolitischen Diskussion gefunden. Dies dürfte u.a. darin begründet sein, daß – vor dem Hintergrund eines PKV-Marktanteils von rund 10% an der Gesamtbevölkerung – das politisch motivierte, lohnnebenkostenbedingte Interesse an der Ausgabenentwicklung in der PKV bereits deshalb deutlich geringer ist, weil zum einen die paritätische Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer nur für die im Vergleich zur GKV relativ geringe Zahl der privat krankenversicherten

Arbeitnehmer überhaupt eine Rolle spielt. Zum anderen ist der Arbeitgeberzuschuß auf die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags, maximal aber auf die Hälfte des bei GKV-Mitgliedschaft zu zahlenden durchschnittlichen Höchstbeitrags begrenzt. Insoweit ist die PKV-Mitgliedschaft eines Arbeitnehmers für den Arbeitgeber regelmäßig nicht mit einer im Vergleich zur GKV-Mitgliedschaft höheren Abgabenlast verbunden.<sup>161</sup>

160) Ohne Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Pflegepflichtversicherung.

161) Vgl. Wasem (1997a), S. 14.



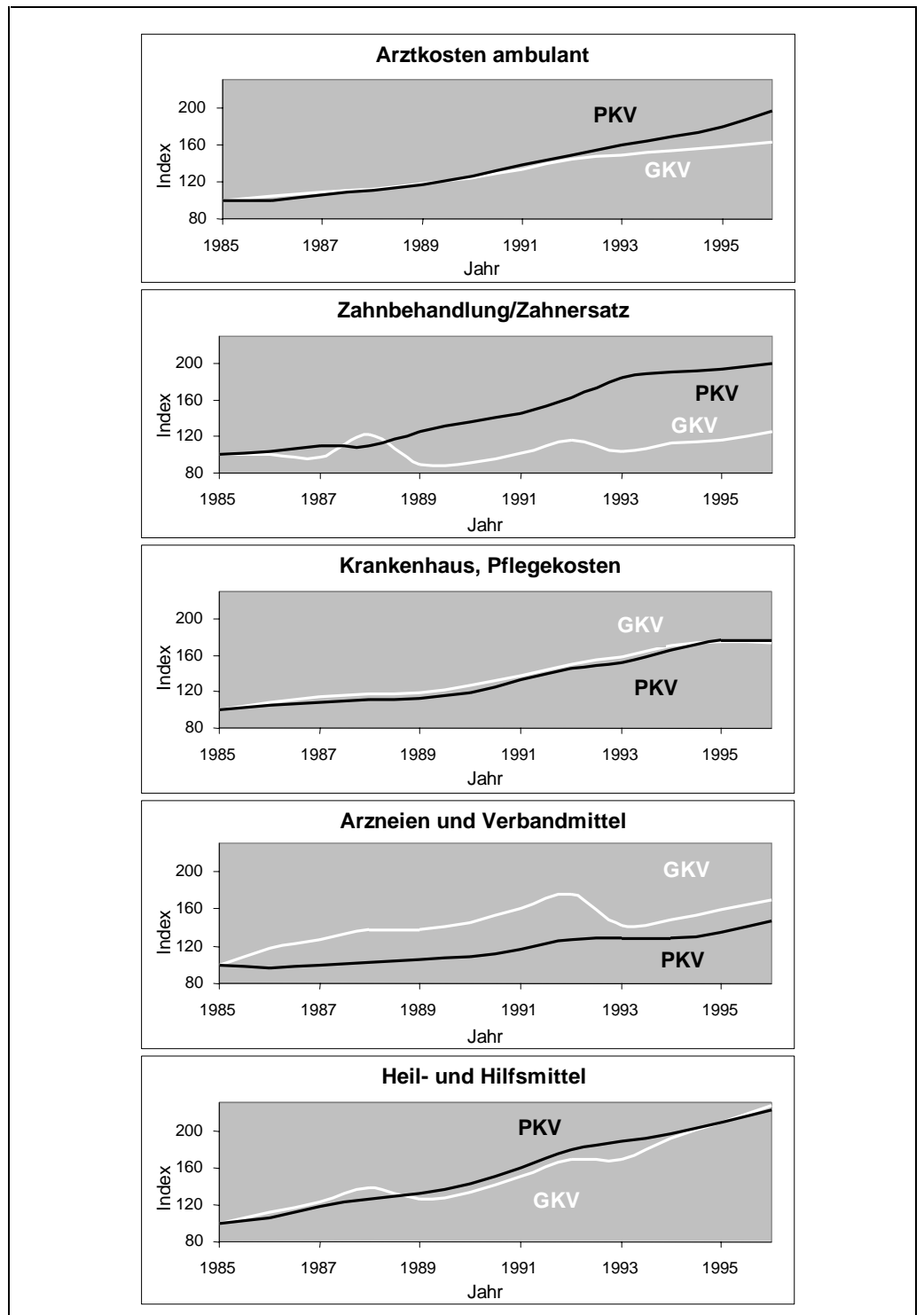


Abbildung 12: Entwicklung der Versicherungsleistungen in GKV und PKV – nach Leistungsarten (GKV je Versicherten, PKV je Versicherten; alte Bundesländer)

Während also die allgemeine Entwicklung der Leistungsausgaben in der PKV trotz ihrer steigenden Tendenz in der politischen und öffentlichen Diskussion in der Vergangenheit kaum eine Rolle spielte, wird seit Ende der 80er Jahre die Ausgaben- und die daraus resultierende Beitragsentwicklung für ältere PKV-Versicherte zunehmend thematisiert. Der Gesetzgeber hat im Zusammenhang mit teilweise drastischen Beitragserhöhungen für ältere PKV-Versicherte (und der medienwirksamen "Ausschlachtung" besonders extremer Einzelfälle) bereits mehrfach Handlungsbedarf gesehen und mit gesetzgeberischen Maßnahmen versucht, überproportionale Beitragsanstiege für privatversicherte Rentner zu verhindern bzw. abzumildern.<sup>162</sup>

Daneben wird die dynamische Entwicklung der Versicherungsleistungen in den Tarifen für beihilfeberechtigte Personen in jüngster Zeit vor allem von den Beihilfeträgern kritisch hinterfragt. Im Zuge dessen haben die öffentlichen Arbeitgeber als Dienstherrn der Beamten aufgrund des erhöhten Kostendrucks in den öffentlichen Verwaltungen Handlungsbedarf bei den stark steigenden Beihilfezahlungen signalisiert und auch bereits erste konkrete kostendämpfende Eingriffe in das Beihilferecht vorgenommen.<sup>163</sup>

Die bisherigen Ausführungen legen nahe, daß die Entwicklung der Leistungsausgaben für die PKV "nur" ein Problem in einigen Marktsegmenten (Rentner, Beamte) ist. Jedoch deuten die in den letzten Jahren von der PKV veröffentlichten Daten zur Entwicklung des Versichertenbestands in der substitutiven privaten Krankenversicherung – in 1995 und 1996 betrug der Nettozuwachs nur noch 10.900 bzw. 600 (!) versicherte Personen<sup>164</sup> – darauf hin, daß die Entwicklung der Leistungsausgaben für die PKV ein generelles Marktproblem mit negativen Konsequenzen für die Erfüllung unternehmerischer Zielsetzungen darstellt. Die Zusammenhänge zwischen dem Anstieg der Versicherungsleistungen und den in der Folge steigenden Beiträgen, die Folgen für die Entwicklung des Versicherungsbestands und des Anteils der substitutiven privaten Krankenversicherung im Markt für freiwillige Krankenversicherungen sowie die Auswirkungen auf die Unternehmensziele sind Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen.

---

162) Der Gesetzgeber sah bereits Anfang der 70er Jahre und verstärkt in den 90er Jahren Anlaß zu Maßnahmen, die den Beitragsanstieg insbesondere bei älteren Personen begrenzen sollen. Eine Darstellung der bisherigen Maßnahmen zur Dämpfung des Beitragsanstiegs insbesondere für ältere Versicherte findet sich bei Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 44 ff.

163) So sind in einigen Bundesländern die stationären Wahlleistungen nicht mehr beihilfefähig. Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 143 f.

164) Vgl. hierzu insbesondere Abbildung 16 auf S. 82.

## **3.2 Steigende Versicherungsleistungen in der substitutiven privaten Krankenversicherung – Ursachen und Auswirkungen auf die Beitragskalkulation**

### **3.2.1 Das Änderungsrisiko und seine Bedeutung für die Beitragskalkulation**

Durch Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages überträgt der einzelne Versicherungsnehmer eine Wahrscheinlichkeitsverteilung von Schäden (Krankheitskosten) gegen Zahlung einer über die Laufzeit konstanten Prämie auf den Versicherer. Der Krankenversicherer faßt die Wahrscheinlichkeitsverteilung der Schäden der versicherten Einzelrisiken nach bestimmten Tarifmerkmalen<sup>165</sup> zur Gesamtschadenverteilung eines Kollektivs zusammen. Diese Gesamtschadenverteilung wird durch Erwartungswert und Streuung beschrieben.

Im Sinne des Äquivalenzprinzips erhebt der Versicherer eine Risikoprämie in Höhe des Erwartungswertes der übernommenen kollektiven Wahrscheinlichkeitsverteilung. Wenn jedoch der tatsächliche Gesamtschaden eines Kollektivs vom Erwartungswert abweicht, liegt eine Streuung vor. Diese Streuung der Gesamtschadenverteilung des Kollektivs macht das sog. versicherungstechnische Risiko des Krankenversicherers aus.<sup>166</sup> Dieses läßt sich dann als Wahrscheinlichkeitsverteilung der Gewinne/Verluste aus dem Risikogeschäft beschreiben. Im Rahmen dieser Arbeit wird das versicherungstechnische Risiko auf die "ungünstigen" Abweichungen des kollektiven Effektivwertes der Schäden vom Erwartungswert beschränkt.<sup>167</sup> Das versicherungstechnische Risiko ist dann die Wahrscheinlichkeitsverteilung von Verlusten aus dem Risikogeschäft. Im Ergebnis reichen hier die erhobenen Risikoprämien nicht aus, die tatsächlichen Gesamtschäden des Kollektivs abzudecken.<sup>168</sup>

Das versicherungstechnische Risiko kann von verschiedenen Einflüssen verursacht werden.<sup>169</sup> Ein wesentliches Element des versicherungstechnischen Risikos ist das Änderungsrisiko. Das Änderungsrisiko bezeichnet die möglichen Abweichungen des kollektiven Effektivwertes der Schäden vom geschätzten Erwartungswert als Folge von Änderungen des Risikoursachensystems. Risikoursachensystem ist die Gesamtheit von Risikoursachen, die in meist komplexen Kausalketten auf den Eintritt und die Höhe der Versicherungsleistungen im Rahmen der Versicherungsbedingungen einwirken.<sup>170</sup>

---

165) Zu den Tarifmerkmalen in der privaten Krankenversicherung vgl. S. 47.

166) Zum Begriff des versicherungstechnischen Risikos vgl. u. a. Farny (1995), S. 66 ff.

167) Diese "Einschränkung" wird für praxisnahe Erklärungen der Versicherung häufig gewählt. Vgl. Farny (1995), S. 20 f.

168) Vgl. ebenda, S. 70 f.

169) Nach Farny besteht das versicherungstechnische Risiko aus den Komponenten Zufalls-, Irrtums- und Änderungsrisiko. Vgl. ebenda, S. 71 ff.

170) Vgl. ebenda, S. 77 ff.

Wesentliche Bedingung für die Konstanz der Risikoprämie ist die Stabilität des Risikoursachensystems, d. h. die Konstanz der Wahrscheinlichkeitsverteilung der versicherten Einzelrisiken und des gesamten Versicherungsbestandes. Diese Bedingung ist in der PKV regelmäßig nicht erfüllt, wie die aufgrund der Ungleichheit der tatsächlichen von den erwarteten Schadengrößen notwendigen regelmäßigen Beitragsanpassungen in der PKV zeigen. Dies liegt daran, daß die Beitragskalkulation der PKV zwar die mit dem Lebensalter steigenden Krankheitskosten, ausgedrückt durch die sog. Kopfschäden, berücksichtigt, nicht aber die allgemeinen inflationsbedingten Ausgabensteigerungen und die darüber hinausgehenden speziellen bzw. sektoralen Ausgabenzuwächse im Gesundheitswesen. Die Beitragskalkulation geht insoweit von konstanten Rechnungsgrundlagen aus. Kopfschadenerhöhungen werden erst in der Beitragsberechnung im Rahmen von Nachkalkulationen berücksichtigt.

### **3.2.2 Die Ursachen des Änderungsrisikos in der PKV**

#### **3.2.2.1 Risikoursachenkomplex: Wirtschaftliche Rahmendaten**

Das nominelle Niveau der Versicherungsleistungen ergibt sich unbeachtlich sektoraler Besonderheiten im Gesundheitsbereich zunächst durch Fortschreibung eines konstanten realen Ausgabenvolumens mit der allgemeinen Inflationsrate. Eine höhere gesamtwirtschaftliche Inflationsrate führt dann unter sonst gleichen Bedingungen zu höheren Gesundheitsausgaben und Versicherungsleistungen.

In der Beitragskalkulation der PKV werden zukünftige inflationsbedingte Steigerungen der Versicherungsleistungen ex ante nicht berücksichtigt. Insofern entsteht bereits aus der allgemeinen Inflation ein Änderungsrisiko, dessen Realisierung ex post im Rahmen einer Nachkalkulation Rechnung getragen wird.

Die allgemeine Inflationsrate erklärt nun zwar einen Anteil an den Steigerungen der Versicherungsleistungen, sie vermag allerdings keine Erklärung für die überproportionalen und in diesem Sinne speziellen Steigerungen der Versicherungsleistungen zu liefern. Dieses reale, also inflationsbereinigte Wachstum der Versicherungsleistungen läßt sich im internationalen Querschnittsvergleich bei unterschiedlichen Versicherungssystemen im wesentlichen auf eine vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, d. h. einen Mengeneffekt, zurückführen. Weitere mögliche Komponenten, wie relative Preissteigerungen (d. h. über die allgemeine Teuerung hinausgehende Preiserhöhungen) oder das Bevölkerungswachstum sind sowohl international als auch für die Bundesrepublik Deutschland dagegen unbedeutend.<sup>171</sup>

---

171) Vgl. Sigma (1993), S. 1; Wasem (1997), S. 82.

Mögliche Komponenten des Mengenwachstums und damit Ursachen für die spezielle Steigerung der Gesundheitsausgaben und Versicherungsleistungen werden im folgenden erörtert.

### 3.2.2.2 Risikoursachenkomplex: Medizinisch-technischer Fortschritt

Der Fortschritt in der Medizintechnik führt zur Entwicklung immer neuer und verbesserter Diagnose-, Behandlungs- und Operationsverfahren mit der Konsequenz, daß u. a. zahlreiche Krankheiten erst mit diesen Verfahren und Techniken behandelt werden können<sup>172</sup>, diese Verfahren bei bestimmten Krankheitsbildern zusätzlich zu bisher bekannten "konventionellen" Untersuchungsmethoden eingesetzt werden (geringer Substitutionseffekt)<sup>173</sup> sowie bei bestimmten Indikationen<sup>174</sup> Operationen als "Standardlösung" allgemein verfügbar sind.<sup>175</sup>

Der technologische Wandel in der Medizin zieht allerdings zunächst "nur" eine Erweiterung des Marktangebots an Gesundheitsleistungen nach sich. Voraussetzung für die Ausgabenrelevanz des medizinisch-technischen Fortschritts ist dessen Diffusion in das Krankenversicherungssystem. Das Ausmaß dieser Diffusion hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, die ein Krankenversicherungssystem den Versicherungsnehmern und Leistungserbringern zur Realisierung von Leistungsangebot und Leistungsnachfrage bietet.<sup>176</sup>

In der privaten Krankheitskostenversicherung ist der Einsatz neuer medizinisch-technischer Verfahren im Rahmen der Vertragsbedingungen nicht beschränkt. Für den Versicherungsnehmer hat die Krankheitskostenversicherung daher durch ihren unbeschränkten Zugang zu neuen medizinisch-technischen Verfahren regelmäßig Erstattungscharakter mit der Konsequenz, daß der Kunde im Krankheitsfall ein hohes Interesse an einer raschen und intensiven Nutzung moderner medizintechnischer Verfahren und Geräte hat.<sup>177</sup>

Bei der Realisierung dieser Ansprüche stößt er – vor dem Hintergrund eines intensiveren Wettbewerbs zwischen Ärzten und Krankenhäusern und den damit notwendig werdenden Kundenbindungsstrategien – vielfach auf Leistungserbringer, deren ökonomisches Interesse – u.a. verbunden mit der Zielsetzung der Auslastung teurer medizinisch-technischer Ausstattung – mit dem Wunsch des

---

172) Z. B. haben erst die medizinisch-technischen Möglichkeiten der in-vitro-Fertilisation die organisch bedingte Sterilität einer Frau überhaupt zu einem behandlungsfähigen Krankheitsbild gemacht.

173) Z. B. können durch den zusätzlichen Einsatz von Computer- und Kernspintomographen weitere Erkenntnisse über das Krankheitsbild eines Patienten gewonnen werden.

174) Beispielsweise bei Organtransplantationen, bei denen ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen ist. Vgl. hierzu Krämer (1996), S. 1 mit weiteren Beispielen.

175) Vgl. zum ganzen Schmid-Grotjohann (1995), S. 63 f. mit Beispielen und weiteren Literaturhinweisen.

176) Vgl. Wasem (1997), S. 84 f.

177) Vgl. Sigma (1993), S. 24; Wasem (1997), S. 85.

Kunden nach optimaler Behandlung korrespondiert. Darüber hinaus kann der Leistungserbringer bei Fähigkeit zur Schaffung einer angebotsinduzierten Nachfrage aus betriebswirtschaftlichem Gewinnstreben die Nachfrage nach kostenintensiven medizinisch-technischen Neuerungen eigenständig so beeinflussen, daß sie ausgabenrelevant wird.<sup>178</sup>

Im Ergebnis führt die Leistungsexplosion in der Medizin dann in Kombination mit den Ansprüchen und Strategien von Leistungserbringern und Versicherungsnehmern durch die Möglichkeit ihres unbeschränkten Einsatzes im Rahmen der heutigen Versicherungsbedingungen zur Ausdehnung des Leistungsattributs der medizinischen Notwendigkeit mit der Folge eines weitgehend ungedämpften Wachstums der Gesundheitsausgaben und Versicherungsleistungen.

### **3.2.2.3 Risikoursachenkomplex: Demographie**

#### **3.2.2.3.1 Gestiegene durchschnittliche Lebenserwartung**

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist durch zwei wichtige Einflüsse gekennzeichnet: Zum einen ist die durchschnittliche Lebenserwartung stetig gestiegen, und zum anderen wächst der relative Anteil der älteren Personen in der Bevölkerung im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen.

Für die Kalkulationsgrundlagen der PKV bedeutet die Erhöhung der u. a. durch den medizinisch-technischen Fortschritt bedingten durchschnittlichen Lebenserwartung eine Senkung der Sterbewahrscheinlichkeiten bei älteren Personengruppen. Dies hat zur Folge, daß weniger Versicherte ihre angesammelte Alterungsrückstellung aufgrund ihres Ausscheidens aus der Versichertengemeinschaft durch Tod nunmehr auf eine größere Anzahl von Versicherten mit längerer Lebensdauer verteilen. Auf jeden in der Versichertengemeinschaft Verbleibenden entfallen somit geringere Anteile an der freiwerdenden Alterungsrückstellung, die implizit zur Prämienenkung einkalkuliert werden können. Dieser geringer ausfallende "Vererbungseffekt" hat zur Folge, daß sich die Prämie insoweit erhöht, sobald die neuen niedrigeren Sterbewahrscheinlichkeiten bei der Nachkalkulation berücksichtigt werden.

---

178) Vgl. Wasem (1997), S. 85.

### 3.2.2.3.2 Zunehmender relativer Anteil älterer Versicherter

Eine im Zeitablauf aufgrund der Bevölkerungsentwicklung zu erwartende relativ stärkere Besetzung der hohen Altersgruppen in den PKV-Tarifen ist dagegen für die PKV auch unter Berücksichtigung der mit dem Alter zunehmenden Krankheitskosten unbedeutend. Denn die Beitragskalkulation nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren wird für eine homogene Versichertengruppe mit identischem Alter durchgeführt. Grundlage der Kalkulation sind die durchschnittlichen pro Jahr pro Versicherten dieser Gruppe zu erwartenden Versicherungsleistungen.

Die Bildung altershomogener Kollektive führt gerade dazu, daß im Zeitablauf veränderte Besetzungszahlen einzelner Altersgruppen die Kalkulation der Nettoprämie unbeeinflusst läßt. Insofern ist die als "Demographie-Effekt" beschriebene kollektive Alterung der Bevölkerung im Sinne eines Änderungsrisikos für die PKV nicht relevant.

Für die PKV sind in diesem Zusammenhang allenfalls folgende – allerdings nicht originär demographiebedingte – Effekte bedeutsam: Zum einen sind im Zeitablauf in den PKV-Tarifen die Pro-Kopf-Versicherungsleistungen für ältere Versicherte deutlich stärker gestiegen als für jüngere.<sup>179</sup> Diese Versteilerung der Alters-Ausgabenprofile<sup>180</sup> muß in der Beitragskalkulation berücksichtigt werden und hat dort prämienerhöhende Wirkungen. Zum anderen entspricht der Anteil der älteren Personen in der privaten Krankenversicherung zur Zeit nicht dem Anteil der älteren Personen in der Gesamtbevölkerung. Dies liegt u. a. daran, daß bis 1989 für Personen, die in der Phase ihres aktiven Erwerbslebens privat vollversichert waren, als Rentner eine Rückkehrmöglichkeit in die GKV bestand, die von dem betroffenen Personenkreis auch stark in Anspruch genommen wurde. Mit Wegfall dieser Möglichkeit und wegen der steigenden Lebenserwartung wird sich der Anteil der älteren Versicherten in der PKV deutlich erhöhen. Einer damit möglicherweise einhergehenden verschärften Problematik der Altersbeiträge in der PKV wird allerdings u. a. durch die nichtverursachungsgerechte Verteilung der Zinsüberschüsse gemäß § 12 a Abs. 2 und 3 VAG zugunsten der älteren Versicherten entgegengewirkt. Dadurch wird der Anteil der Alterungsrückstellungen der älteren Versicherten an den Gesamalterungsrückstellungen deutlich steigen, so daß hier wirksam Vorsorge gegen überproportionale Beitragssteigerungen älterer Versicherter betrieben wird.<sup>181</sup>

---

179) Vgl. Drees/Milbrodt (1995), S. 396 ff.

180) Versteilerung der Alters-Ausgabenprofile bedeutet, daß die Krankheitskosten für ältere Versicherte intertemporal erheblich stärker steigen als für jüngere Versicherte. Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf S. 78.

181) Vgl. hierzu ausführlich S. 112 ff.

### 3.2.2.3.3 **Exkurs: Kollektive Alterung der Bevölkerung und Änderungsrisiko in der GKV**

Das Ausmaß, in dem die Altersverteilung in der GKV für die Veränderung der absoluten und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben verantwortlich ist, ist von den altersspezifischen Ausgabenprofilen abhängig. Für die GKV kann aus Stichproben bei einzelnen Kassen und zusätzlichen Hilfsannahmen der Schluß gezogen werden, daß – wie in der PKV auch – die Versicherungsleistungen pro Kopf mit zunehmendem Alter steigen, und zwar für ältere Personen sehr viel stärker als für jüngere. Bei Vorliegen eines solchen Alters-Ausgaben-Profiles kann daher vermutet werden, daß sowohl die absoluten als auch die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und Versicherungsleistungen um so höher sind, je stärker die hohen Altersgruppen besetzt sind.<sup>182</sup>

Allerdings zeigen neuere Arbeiten, daß die Ausgabenanstiege im Gesundheitswesen zumindest in den vergangenen Jahren bei Vorliegen eines konstanten Alters-Ausgabenprofils nur zu einem kleinen Teil demographisch bedingt waren. Die Annahme eines statischen, über einen bestimmten Zeitraum konstanten Alters-Ausgabenprofils für die GKV ist aber unrealistisch, wenn man die für die PKV bewiesene Versteilerung der Alters-Ausgabenprofile in den vergangenen Jahren auch in der GKV berücksichtigt.<sup>183</sup>

In jüngeren Prognosen zum Einfluß des demographischen Wandels auf die Entwicklung von Gesundheitsausgaben ergeben sich – bei Verwendung eines bis zum Jahr 2030 konstant gehaltenen Alters-Ausgaben-Profiles von 1992 für einen PKV-Vollversicherungsschutz (sog. statisches Profil) – übereinstimmend Zuwächse der Pro-Kopf-Ausgaben von rund 20-25%. Wird dagegen die Annahme getroffen, daß sich die in der Vergangenheit eingetretene Versteilerung der Profile auch im Prognosezeitraum 1992 bis 2030 fortsetzt, so führt dieser dynamische Ansatz zu einer rund 40%igen Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben. In Abhängigkeit von der Zugrundelegung eines statischen oder dynamischen Alters-Ausgabenprofils gehen Expertenschätzungen für den Zeitraum von 1992 bis 2030 daher von demographisch bedingten Beitragssatzanstiegen in der GKV von rund 2,5 bis 3 Prozentpunkten (bei statischem Profil) und ca. 5 Prozentpunkten (bei dynamischem Profil) aus.<sup>184</sup>

---

182) Vgl. Wasem (1997), S. 81.

183) Vgl. ebenda, S. 86 mit weiteren Literaturangaben.

184) Vgl. ebenda, S. 87 und die dort angegebenen ausführlichen Literaturhinweise.



#### 3.2.2.4 Risikoursachenkomplex: Altersspezifische Morbidität

Mit dem Wandel des Krankheitspanoramas hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie den mit zunehmendem Alter häufiger auftretenden Alterserkrankungen (z. B. Arteriosklerose, Hirnleistungsstörungen) und allgemeinen Anfälligkeiten für Erkrankungen und Funktionsstörungen, liegen bei älteren Personen zunehmend gleichzeitig mehrere Krankheitsbilder vor (Multimorbidität). Insbesondere bei den Verschleißerkrankungen<sup>185</sup> ist meist keine Heilung, sondern "nur" Linderung der Krankheit im Rahmen einer begleitenden Langzeitbehandlung möglich. Die Bedeutung der Medizin verschiebt sich dadurch stärker zur geriartrischen Medizin mit dem Schwerpunkt der Langzeitüberwachung und Dauerbehandlung älterer, chronisch kranker Menschen.<sup>186</sup>

Vor diesem Hintergrund verwundert die bereits oben beschriebene deutliche Versteilerung der Alters-Ausgaben-Profile im Zeitablauf nicht. Diese Versteilerung kann u. a. damit begründet werden, daß die zunehmende altersbedingte Morbidität in Verbindung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt vor allem bei älteren Personen in deren letzten Lebensjahren vor dem Tod zu einer überproportionalen Ausweitung von Diagnose und Therapie mit entsprechend steigenden Behandlungskosten geführt hat.<sup>187</sup>

In diesem Zusammenhang zeigen sich auch Wechselwirkungen mit dem Verhalten von Versicherungsnehmern und Leistungserbringern, das ebenfalls Einfluß auf den überproportionalen Anstieg der Versicherungsleistungen bei älteren Personen haben kann. Zum einen kann die durch weitgehenden Vollversicherungsschutz hervorgerufene Vernachlässigung individueller Schadenverhütungsmaßnahmen auch bei älteren Menschen zu einer Nachfrageausweitung führen. Zum anderen erscheint es nicht unplausibel, daß bei Vorliegen angebotsinduzierter Nachfrage diese besonders bei älteren Personen eine überproportionale Ausweitung ärztlicher Leistungen bewirkt.<sup>188</sup>

Parallel dazu haben sich gesellschaftliche Veränderungen vollzogen, die eine steigende Inanspruchnahme kostenintensiver institutioneller Pflege durch die ältere Bevölkerung aufgrund nachlassender Pflegefähigkeit bzw. -willigkeit der Jüngeren zur Folge hat. Dies liegt u. a. daran, daß immer mehr Menschen in Single- oder Kleinfamilienhaushalten leben, so daß ältere Menschen immer seltener von Familienangehörigen betreut und gepflegt werden (können) und auf teure, familienexterne Pflegedienstleister angewiesen sind.<sup>189</sup>

---

185) Z.B. chronische Gelenkerkrankungen, Osteoporose, degenerative Bindegewebserkrankung, Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen sowie die koronare Herzkrankheit.

186) Vgl. Schmid-Grotjohann (1995), S. 64 ff.

187) Vgl. Wasem (1997), S. 86.

188) Vgl. ebenda.

189) Vgl. Sigma (1993), S. 23.

Die beschriebenen Entwicklungen können in den letzten Lebensjahren eines Menschen, wenn er mit höherer Wahrscheinlichkeit chronisch erkrankt, zu entsprechenden Behandlungs- und Pflegekosten führen. Die Pflegepflichtversicherung wird zwar einen Teil dieser Kosten übernehmen<sup>190</sup>, letztlich wird auch hier die Krankenversicherung in zunehmendem Maße Kosten geriatrischer Maßnahmen tragen müssen.

### **3.2.2.5 Risikoursachenkomplex: Verhalten der Versicherungsnehmer**

#### **3.2.2.5.1 Einfluß der Versicherungsnehmer auf die Krankheitskosten**

##### **3.2.2.5.1.1 Einfluß des Ex-ante-Verhaltens**

Bezogen auf das Verhalten der Versicherungsnehmer als Einflußfaktor für das Änderungsrisiko und die daraus resultierenden Ausgabensteigerungen in der PKV kann grundsätzlich zwischen dem Verhalten vor Krankheitseintritt (ex ante) und dem Verhalten im Krankheitsfall (ex post) unterschieden werden. Dies ist sinnvoll, weil sich die zu erwartenden Krankheitskosten zum einen aus der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheitsfällen, die wesentlich durch das Ex-ante-Verhalten des Versicherungsnehmers beeinflusst werden, und zum anderen aus der Höhe der Behandlungskosten im Krankheitsfall, auf die der Versicherungsnehmer einen Ex-post-Einfluß ausüben kann, ergeben.

Mit Blick auf den Ex-ante-Einfluß des Versicherungsnehmers auf die Krankheitskosten ist bedeutsam, daß die Ausprägung bestimmter Risikofaktoren die Erkrankungswahrscheinlichkeit für spezifische Krankheitsbilder und letztendlich die Höhe der Krankheitskosten beeinflusst. Die Ausprägung einzelner Risikofaktoren ist nun aber nicht ausschließlich durch das Ex-ante-Verhalten des Versicherungsnehmers bestimmt. Wie Abbildung 13 auf S. 67 verdeutlicht, ist sie vielmehr das Resultat des Zusammenwirkens von Verhalten und Disposition des Versicherungsnehmers. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit wird dabei regelmäßig von einer Vielzahl einzelner Risikofaktoren beeinflusst, die untereinander wiederum in Wechselwirkung stehen.<sup>191</sup>

---

190) Im Pflegefall sind von der Pflegepflichtversicherung die Maßnahmen der sog. Grundpflege (z. B. Bettenmachen, Füttern, Tag- und Nachtwachen, etc.) zu erstatten, während die PKV für die sog. Behandlungspflege (dazu gehören u. a. Maßnahmen wie die Verabreichung von Medikamenten, Einreibungen, Blutdruckkontrolle, Puls messen, etc.) leistungspflichtig ist. Vgl. u. a. Schmid-Grotjohann (1995), S. 67.

191) Vgl. Tschubar (1997), S. 6 f.

Dieses Modell soll am Beispiel der koronaren Herzerkrankung<sup>192</sup> erläutert werden, da hier zum einen die Zusammenhänge zwischen dem Verhalten, der Ausprägung von Risikomerkmale und der Erkrankungswahrscheinlichkeit sehr gut untersucht sind. Zum anderen handelt es sich bei der koronaren Herzerkrankung um eine – gemessen beispielsweise an der Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Patienten – bedeutsames Krankheitsbild mit den entsprechenden Auswirkungen.<sup>193</sup>

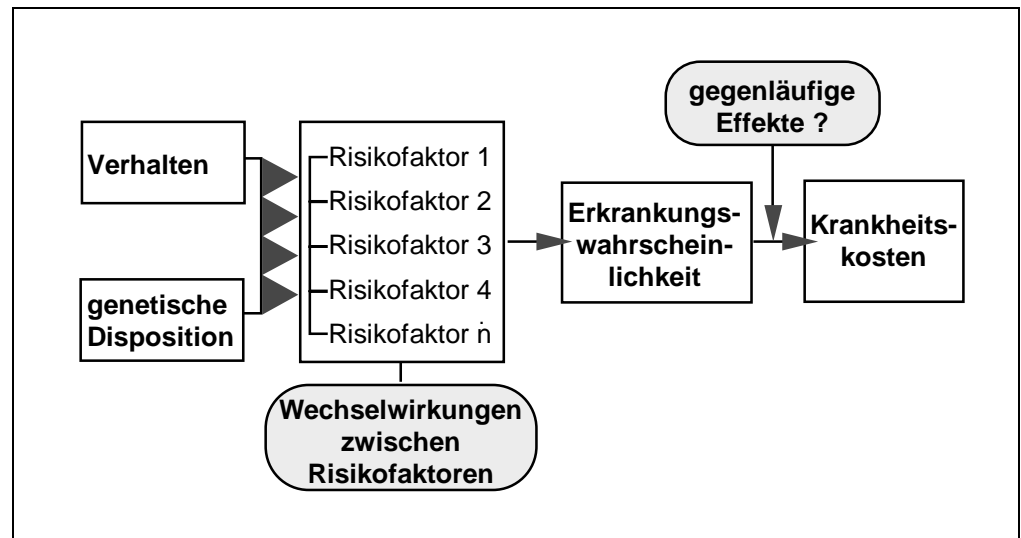


Abbildung 13: Modell zur Erklärung des Wirkungszusammenhangs zwischen Verhalten, genetischer Disposition und Krankheitskosten<sup>194</sup>

Durch Studien, die sich mit den Ursachen der koronaren Herzerkrankung beschäftigen, sind folgende Risikofaktoren erster Ordnung belegt: Cholesterinerhöhung im Blut, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit und Rauchen. Daneben gibt es weitere, verhaltensbedingte Risikofaktoren zweiter Ordnung, die die Aus-

192) Die koronare Herzerkrankung gehört zur Gruppe der ischämischen (ischämisch: blutleer) Herzerkrankungen, bei denen es aufgrund einer Verengung der Herzkranzgefäße zu einer Mangel durchblutung des Herzmuskels kommt. In schweren Fällen führt dies zum Herzinfarkt.

193) Im Jahre 1996 wurden in Deutschland 794.615 Behandlungsfälle registriert, bei denen Patienten wegen einer ischämischen Herzerkrankung stationär im Krankenhaus behandelt wurden. Dies entspricht einem Anteil von 5,2% aller stationären Behandlungsfälle. Davon entfielen allein 131.094 bzw. 0,9% auf einen akuten Herzinfarkt. Betrachtet man nur die Gruppe der Männer, liegen die entsprechenden Anteile wegen der höheren Erkrankungswahrscheinlichkeit sogar bei 7,7% (ischämische Herzerkrankung) bzw. 1,2% (akuter Herzinfarkt) aller männlichen stationären Behandlungsfälle. Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), Tabelle 2.

194) Eigene Darstellung in Anlehnung an Tschubar (1997), S. 7.

prägung der Risikofaktoren erster Ordnung maßgeblich beeinflussen und auf diese Weise das Risiko einer koronaren Herzerkrankung indirekt erhöhen.<sup>195</sup>

Die nachfolgende Abbildung 14 gibt eine Übersicht über die Auswirkungen des Verhaltens auf die Risikofaktoren erster Ordnung sowie über die Auswirkungen auf das Erkrankungsrisiko bei einer isolierten Veränderung einzelner Risikofaktoren und bei Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren.

<b>Risikofaktoren erster Ordnung der koronaren Herzerkrankung</b>				
	<b>Cholesterinerhöhung im Blut</b>	<b>Bluthochdruck</b>	<b>Zuckerkrankheit</b>	<b>Rauchen</b>
<b>Genetische Disposition vorhanden</b>	ja, vereinzelt durch genetisch bedingte Fettstoffwechselstörungen	ja, in vielen Fällen familiäre Vorbelastung	ja, bei der häufigsten Form (Altersdiabetes) hohe familiäre Vorbelastung	nein
<b>Verhaltensbedingte Risikofaktoren zweiter Ordnung</b>	Überernährung, tierische Fette	Stress, Rauchen, kochsalzreiche Nahrung, Übergewicht	Überernährung, körperliche Inaktivität, Übergewicht	Menge, Inhalationstiefe
<b>Auswirkung des Verhaltens auf die Risikofaktoren erster Ordnung</b>	Ballaststoffreiche Ernährung und die Verwendung pflanzlicher Fette führen zu einer Senkung des Cholesterinspiegels im Mittel um 10%.	Fettarme, kochsalzarme Ernährung, Entspannungsübungen, Gewichtsreduktion und sportliche Aktivität führen zu einer Blutdrucksenkung.	Bei der häufigsten Form der Zuckerkrankheit führt eine Rückführung des Übergewichts in 50% der Fälle zu einer Normalisierung des Blutzuckerspiegels.	Nichtraucher erleiden signifikant weniger Herzinfarkte.
<b>Auswirkungen einer isolierten Veränderung einzelner Risikofaktoren auf das Erkrankungsrisiko</b>	Eine Senkung des Cholesterinspiegels um 10% reduziert das Herzinfarktrisiko um 20-30%.	Eine Reduktion des Blutdrucks um 1% führt zu einer Verminderung des Herzinfarktrisikos um 2-3%.	Durch Normalisierung des Blutzuckerspiegels wird das Herzinfarktrisiko deutlich vermindert.	Gegenüber Rauchern ist bei Nichtrauchern das Herzinfarktrisiko um bis zu 80% vermindert.
<b>Auswirkungen des Zusammenspiels mehrerer Risikofaktoren auf das Erkrankungsrisiko</b>	Risikofaktoren verstärken sich in ihrer Wirkung auf das Herzinfarktrisiko. Eine leichte Verringerung aller Risikofaktoren senkt daher das Herzinfarktrisiko möglicherweise deutlicher als die starke Verringerung nur eines einzelnen Risikofaktors.			

Abbildung 14: Auswirkungen des Verhaltens auf und Bedeutung der genetischen Disposition für die Risikofaktoren erster Ordnung am Beispiel der koronaren Herzerkrankung<sup>196</sup>

195) Vgl. Tschubar (1997), S. 8. Vgl. hierzu auch Schmid-Grotjohann (1995), S. 120 ff.

196) In Anlehnung an Tschubar (1997), S. 9 ff.

Wesentlich sind die folgenden Ergebnisse:<sup>197</sup>

1. Mit Ausnahme des Rauchens, das ausschließlich verhaltensbedingt ist, hängt die Ausprägung aller anderen Risikofaktoren erster Ordnung neben dem Verhalten in unterschiedlicher Weise von der genetischen Disposition ab.
2. Trotz der unbeeinflussbaren genetischen Disposition führt das Verhalten im Sinne präventiver Maßnahmen zu signifikanten positiven Wirkungen auf die Ausprägung der Risikofaktoren erster Ordnung, insbesondere bei Cholesterinerhöhung und Zuckerkrankheit.
3. Die isolierte Veränderung eines Risikofaktors führt zu einer (in Abhängigkeit des betrachteten Risikofaktors unterschiedlich starken) Verminderung des Erkrankungsrisikos, hier des Herzinfarkttrisikos.
4. Die Veränderung mehrerer Risikofaktoren führt dazu, daß diese sich in ihrer Wirkung auf das Erkrankungsrisiko nicht addieren, sondern sogar potenzieren. Wegen dieser sich verstärkenden Wechselwirkung zwischen den Risikofaktoren ist der gesundheitliche Nutzen einer gleichmäßigen Verringerung aller Risikofaktoren durch präventive Maßnahmen effektiver als die starke Veränderung eines einzelnen Risikofaktors.

Insgesamt kann aus diesen Ergebnissen die Schlußfolgerung gezogen werden, daß präventive Maßnahmen im Sinne gesundheitsbewußten Verhaltens das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krankheiten deutlich vermindern und insoweit zu einer Senkung des Schadenerwartungswertes der Krankheitskosten führen.

Allerdings muß bei der Bewertung an sich gesundheitsfördernden Verhaltens zum einen bedacht werden, daß die Zurückdrängung einer Erkrankung durch entsprechende Vorsorgemaßnahmen letztlich dazu führt, daß eine andere Erkrankung in den Vordergrund tritt. Denn "solange Menschen sterblich sind, bedeutet die Verhinderung einer Krankheit eben nicht die Verhinderung von Krankheiten überhaupt, sondern nur, daß man stattdessen an etwas anderem stirbt."<sup>198</sup> So wird beispielsweise das heutige, durch die hohe Prävalenz von sog. Zivilisationskrankheiten bestimmte Morbiditätsspektrum in erster Linie auf eine erfolgreiche Prävention von Infektions- und Mangelkrankheiten zurückgeführt.<sup>199</sup>

---

197) Vgl. ebenda.

198) Krämer (1989), S. 102.

199) Vgl. Arnold (1995), S. 227.

Zum anderen werden durch an sich gesundheitsförderndes Verhalten – bedingt durch die höhere Lebenserwartung – gegenläufige Effekte auf den Schadenerwartungswert ausgelöst. Nell verdeutlicht dies, indem er einen 40jährigen Raucher mit einem gleichaltrigen Nichtraucher vergleicht. Der Schadenerwartungswert des Rauchers werde *ceteris paribus* in den nächsten Jahren höher sein. Gleichzeitig sei aber die Lebenserwartung des Rauchers und damit die Zeit, in der seine Versicherungsprämie niedriger als sein Schadenerwartungswert ist, deutlich kürzer als beim Nichtraucher. Daraus folgert Nell, daß das Rauchen entgegengesetzte Effekte auf den Schadenerwartungswert des Versicherten hat: Einerseits erhöht Rauchen die zu erwartenden Gesundheitsausgaben pro Periode, andererseits verkürzt es die erwartete Zeitdauer, in der die Prämienzahlungen niedriger als die Gesundheitsausgaben sind. Daher hängt es nach Nell von der absoluten Höhe der gegenläufigen Effekte ab, ob Rauchen mit Blick auf die gesamten Krankheitskosten während des (lebenslangen) Versicherungsverlaufs im versicherungstechnischen Sinne überhaupt eine schadenerhöhende Wirkung hat. Dementsprechend erhebt Nell erhebliche Zweifel, ob Rauchen, über den Lebenszyklus betrachtet, im Erwartungswert höhere Gesundheitsausgaben verursacht.<sup>200</sup>

Der Argumentation von Nell ist vor allem entgegenzuhalten, daß beim Raucher, der früh stirbt, zwar keine typischen Alterskrankheiten (z. B. grauer Star, Gelenkverschleiß) auftreten. Dafür leidet der Raucher aber schon in frühen Jahren an chronischen Erkrankungen, die durch das Rauchen begünstigt werden (z. B. chronische Bronchitis). Dies bedeutet, daß der Raucher bereits in jungen Jahren Krankheitskosten verursacht, die beim Nichtraucher erst sehr viel später anfallen. *Ceteris paribus* ist also der Barwert der Krankheitskosten beim Nichtraucher geringer. Dies gilt es erst recht, wenn man unterstellt, daß die chronischen Alterskrankheiten keine höheren Krankheitskosten verursachen als die chronischen Raucherkrankheiten. Denn dann hätte der Raucher im Vergleich zum Nichtraucher auch keinen niedrigeren nominellen Schadenerwartungswert (ohne Berücksichtigung der Diskontierung) über die gesamte Lebensperiode.<sup>201</sup>

Auch eine jüngst veröffentlichte amerikanische Studie von Daviglus u. a.<sup>202</sup> über den Einfluß von vorteilhaften Risikofaktorenprofilen hinsichtlich einer vorzeitigen Herzerkrankung auf die Gesundheitsausgaben lassen die starke Vermutung zu, daß Präventionsmaßnahmen langfristig Gesundheitsausgaben senken. Die erwähnte Langzeit-Untersuchung zeigt, daß Personen, die zwischen 40 und 64 Jahre alt waren, als sie in den Jahren 1967 bis 1973 erstmalig untersucht wurden und bei denen zum damaligen Zeitraum vorteilhafte Risikofaktorenwerte für Cholesterin, Blutdruck und Rauchen ermittelt wurden, im Zeitraum der Folgeuntersuchung von 1984 bis 1994 im Vergleich zu den höher belasteten Personen insgesamt – also nicht beschränkt auf die Ausgaben für die Behandlung von

---

200) Vgl. Nell (1993), S. 140 f.

201) Vgl. hierzu auch Tschubar (1997), S. 13 f.

202) Vgl. Daviglus u. a. (1998), S. 1122 ff.

Herzkrankheiten und deren Folgen – zwischen etwa 30% (Männer) und 50% (Frauen) niedrigere Gesundheitsausgaben pro Jahr verursachten.<sup>203</sup>

Es wird hier daher unterstellt, daß Vorbeugungsaktivitäten grundsätzlich zu einer Senkung der Krankheitskosten führen können. Allerdings machen obige Ausführungen deutlich, daß der Nettoeffekt gesundheitsbewußter Verhaltensweisen – und damit auch die Bedeutung des Ex-ante-Spielraum des Versicherungsnehmers – nicht überschätzt werden darf. Mit Blick auf die Förderung gesundheitsbewußten Verhaltens durch entsprechende Produkt- und Preisgestaltungen<sup>204</sup> des Krankenversicherers bedeutet dies vor allem, daß die versicherungstechnischen Auswirkungen dieser Aktivitäten über den gesamten Lebenszyklus eines Versicherten empirisch untersucht werden müssen.

### **3.2.2.5.1.2 Einfluß des Ex-post-Verhaltens**

Ist eine Erkrankung erst einmal eingetreten, kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskosten durch sein Nachfrageverhalten nach medizinischen Leistungen beeinflussen. Dies betrifft sowohl die Menge als auch den Preis der nachgefragten medizinischen Leistungen. Ein Beispiel für die Mengenkomponekte ist die Häufigkeit der Arztbesuche im Krankheitsfall. Bei der Preiskomponekte besteht z. B. die Möglichkeit, beim Arzt auf die Verschreibung eines preiswerteren Medikaments aus derselben Wirkstoffgruppe hinzuwirken.

Das Nachfrageverhalten des Patienten nach medizinischen Leistungen im Krankheitsfall hängt allerdings von seinem Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten und die Preise von Gesundheitsgütern ab – eine Kenntnis, über die der Patient häufig nicht verfügt. Geht man im Krankheitsfall von einem Informationsvorsprung des Arztes aus und unterstellt externe Effekte – Ärzte und andere Anbieter medizinischer Leistungen könnten ein Interesse an einer Erhöhung der Preise und der Nachfragemengen haben –, so schränkt dies autonome Nachfrageentscheidungen des Patienten ein.

---

203) Auch diese auf die Bewertung langfristiger ökonomischer Wirkungen abzielende Studie kann allerdings dennoch nicht endgültig nachweisen, daß die Gesundheitsausgaben für Personen mit günstigen Risikofaktorenprofilen über die gesamte Lebensspanne niedriger sind als bei Personen mit höherer Risikobelastung. Denn vor dem Hintergrund einer nachweisbar längeren Lebenserwartung der Personen mit günstigem Risikoprofil – rund 94% der in der Studie erstmalig in den Jahren 1967 bis 1974 untersuchten Personen mit vorteilhaften Risikofaktorenwerten lebten zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchungen im Zeitraum 1984 bis 1994 noch – könnten sich theoretisch hohe Krankheitsausgaben z. B. aufgrund chronischer Erkrankungen in den letzten Lebensjahren konzentrieren und dazu führen, daß die Gesamtausgaben im Lebenszyklus nicht niedriger als bei Personen mit höherer Risikobelastung sind.

204) Insbesondere dürfen in diesem Zusammenhang die preispolitischen Möglichkeiten in Form von "Rabattierungen" gesundheitsorientierter Maßnahmen des Versicherten nicht überschätzt werden.

### 3.2.2.5.2 **Versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen – Zur Wechselwirkung zwischen Krankenversicherungsschutz und Verhalten der Versicherungsnehmer**

Der private Krankenversicherer bietet regelmäßig Krankenversicherungsschutz mit unterschiedlichen Deckungsgraden für entstehende Krankheitskosten, insbesondere in Form von Tarifen mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungsstufen, an. Bei Abschluß von Krankenversicherungsverträgen übernimmt er dementsprechend unterschiedliche Wahrscheinlichkeitsverteilungen der Nachfrager. Es läßt sich nun zeigen, daß die Schadenerwartungswerte und damit auch die Nettoprämien mit zunehmendem Deckungsgrad des Versicherungsschutzes überproportional steigen. Wenn die Schadenerwartungswerte aber, wie oben gezeigt<sup>205</sup>, zumindest teilweise vom Verhalten des Versicherungsnehmers abhängen, dann beruhen auch die mit steigendem Deckungsgrad überproportional hohen Schadenerwartungswerte zum Teil auf einer verhaltensbedingten Einflußnahme des Versicherten. Dieses Phänomen der versicherungsinduzierten Verhaltensänderungen wird auch als internes moralisches Risiko bezeichnet.

Das interne moralische Risiko bezieht sich also auf Verhaltensweisen innerhalb des Versicherungsverhältnisses. Es bezeichnet versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen von Versicherungsnehmern, die dann auftreten, wenn der Versicherer lediglich Ergebnisse wahrnehmen kann, die sowohl vom Verhalten des Versicherungsnehmers als auch vom zufällig eingetretenen exogenen Umweltzustand abhängen und er das Verhalten des Versicherungsnehmers und die zufälligen Krankheitsereignisse nicht getrennt beobachten kann.<sup>206</sup>

Das interne moralische Risiko manifestiert sich in der Krankenversicherung zweistufig: Erstens kann der Versicherungsnehmer noch vor Eintritt des Versicherungsfalls durch sein Verhalten bzw. seine Lebensweise Einfluß auf die Schadeneintrittswahrscheinlichkeit und/oder Schadenhöhe ausüben (sog. Internes-ex-ante-moralisches Risiko). Bei einem ex ante vorhandenen Verhaltensspielraum führt das interne moralische Risiko im Ergebnis zu einer Verringerung der Schadenverhütungsaktivitäten des Versicherungsnehmers. Die Schadenverhütungsmaßnahmen des Versicherten sinken mit zunehmendem Deckungsgrad des Krankenversicherungsschutzes. Zumindest theoretisch führt dies dazu, daß ein Individuum bei Vollversicherung überhaupt keine Schadenverhütung mehr betreibt.<sup>207</sup>

---

205) Vgl. S. 66 ff.

206) Zum Modellrahmen des internen moralischen Risikos vgl. ausführlich Breyer/Zweifel (1992), S. 191 ff.

207) Vgl. ebenda. In der Praxis ist das Gesagte mit Blick auf die Krankenversicherung insoweit zu relativieren, als daß Verhaltensweisen, die auch vor Abschluß einer Vollversicherung bestanden haben, nun nicht "automatisch" nicht mehr gezeigt werden. Konkret bedeutet dies, daß vermutlich niemand aufhört, sich die Zähne zu putzen, nur weil er jetzt eine Krankenversicherung mit hohem Deckungsgrad für Zahnbehandlung und -ersatz abgeschlossen hat.



Zweitens hat der Versicherungsnehmer in der Krankenversicherung bei bereits eingetretenem Versicherungsfall, also ex post, einen Verhaltensspielraum darüber, welche Gesundheitsleistungen er konkret nachfragt. Im Gegensatz zum Ex-ante-moralischen Risiko geht es beim Ex-post-moralischen Risiko in der Krankenversicherung also nicht mehr um das Problem einer versicherungsinduzierten Verminderung von Schadenverhütungsaktivitäten. Der Verhaltensspielraum des Versicherungsnehmers ist vielmehr dadurch gegeben, daß der Krankenversicherer den Eintritt zufälliger Krankheitsereignisse nicht beobachten kann und dadurch gezwungen ist, die Versicherungsleistungen an Ergebnissen auszurichten, die von Handlungen des Versicherungsnehmers beeinflußt werden.<sup>208</sup>

Der Kern des Ex-post-moralischen Risikos liegt darin, daß es zu einer Überkonsumtion von Gesundheitsleistungen durch Versicherungsnehmer kommt, wenn deren Krankenversicherer für die Inanspruchnahme dieser Leistungen ganz oder teilweise aufkommt. Diese versicherungsinduzierte Mehrnachfrage nach Gesundheitsleistungen entsteht dadurch, daß der Versicherte nicht mehr die vollen Grenzkosten seiner Handlung tragen muß und führt zu einer Erhöhung der Versicherungsleistungen.<sup>209</sup>

Die in Deutschland vorherrschend angebotenen und nachgefragten Vollversicherungstarife ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung mit ihrem gegenüber Selbstbeteiligungstarifen überproportional hohen Prämienniveau sind damit – auch unter Berücksichtigung anderer zu berücksichtigender Faktoren wie der Disposition des Versicherten – ein Signal für ein niedriges Präventionsniveau und/oder ein hohes Maß an Überkonsumtion medizinischer Leistungen im Krankheitsfall.<sup>210</sup>

Im Sinne eines Änderungsrisikos ist in diesem Zusammenhang allerdings auch nicht das unterschiedliche Niveau der Schadenerwartungswerte in den Tarifen mit unterschiedlichem Deckungsgrad sondern "nur" die jeweilige Veränderung der Schadenerwartungswerte im Zeitablauf relevant. Denn das durch Existenz eines internen moralischen Risikos mitgeprägte Inanspruchnahmeverhalten der Versicherungsnehmer trägt für sich genommen im Sinne eines Änderungsrisikos nur dann zu einem – im Vergleich zur Gesamtwirtschaft – überproportionalen Wachstum der Gesundheitsausgaben und Versicherungsleistungen bei, wenn es sich im Zeitablauf verändert.<sup>211</sup> Es erscheint aber nicht unwahrscheinlich, daß sich eine als Anspruchsspirale qualifizierte ausgabensteigernde An-

---

208) Vgl. Nell (1993), S. 121 f.

209) Vgl. ebenda, S. 122.

210) Insoweit ist in erster Linie das hohe Prämienniveau selbst – unabhängig von dessen Änderung im Zeitablauf – erster Ausgangspunkt von Überlegungen zur Kostenreduzierung. Hierbei stellt sich insbesondere die Frage, warum Selbstbeteiligungstarife, trotz nachweisbarer signifikanter Inanspruchnahmereduzierungen, bisher in Deutschland keine höhere Marktdurchdringung erreichen. Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 165 ff.

211) Vgl. Wasem (1997), S. 83 f.

spruchshaltung des Versicherungsnehmers stärker in Tarifen ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung widerspiegeln dürfte. Ein derartiges Verhalten wirkt insbesondere im Zusammenhang mit ökonomisch bestimmten angebotsinduzierten Nachfrageausweitungen der Leistungserbringer in einem im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung überproportionalen Maße ausgabenerhöhend.

### 3.2.2.6 Risikoursachenkomplex: Verhalten der Leistungserbringer

Leistungserbringer, insbesondere Ärzte, haben einen weitgehenden Einfluß auf die Nachfrageentscheidung des Patienten nach medizinischen Leistungen. Diese Einflußnahme der Leistungserbringer als nur mittelbar am Vollzug des Versicherungsverhältnisses Beteiligten wird auch als externes moralisches Risiko bezeichnet.<sup>212</sup> Die Einflußmöglichkeiten der Leistungserbringer begründen sich dabei regelmäßig auf ihren Informationsvorsprung gegenüber den Patienten bezüglich der Diagnose von Krankheitssymptomen und deren medizinische Versorgung. Diese asymmetrische Informationsverteilung<sup>213</sup> zwischen Arzt und Patient führt dazu, daß der Leistungserbringer im Behandlungsstadium, also nach Eintritt des Versicherungsfalls, eine vom Patienten ausgehende – regelmäßig unspezifische – Primärnachfrage weitgehend autonom in eine konkrete Nachfrage nach den von ihm angebotenen Leistungen "umwandeln" kann (sog. angebotsinduzierte Nachfrage) und darüber hinaus – u. a. durch die weitere Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Überweisungen zu anderen Fachärzten und Einweisung ins Krankenhaus – auch die Nachfrage nach weiteren Gesundheitsleistungen anderer Leistungserbringer mitbestimmt.<sup>214</sup>

Die Nachfrageentscheidungen der Leistungserbringer orientieren sich nicht ausschließlich am Kriterium der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlungsmaßnahme. Sie wird durch ökonomische Überlegungen mitbeeinflusst. So könnte ein Arzt beispielsweise versucht sein, teure medizinische Geräte zur Kapazitätsauslastung auch dann einzusetzen, wenn es medizinisch nicht notwendig ist oder es preisgünstigere Alternativen gibt. Das Bestehen eines umfassenden Versicherungsschutzes unterstützt ihn darin, weil der versicherte Patient die entstehenden Mehrausgaben nicht oder nur marginal direkt zu tragen hat und er deshalb dem ärztlichen Verhalten kaum Widerstände entgegensetzen wird. Diese "ökonomische Indikation" der Leistungserbringung dürfte umso höhere Bedeutung haben, je größer der wirtschaftliche Druck ist, der auf dem Leistungserbringer lastet.<sup>215</sup>

---

212) Vgl. u.a. Mahr (1977), S. 221 ff.

213) Zur Problematik der asymmetrischen Informationsverteilung und dem damit zusammenhängenden Principal-Agent-Problem vgl. u. a. Schulenburg (1984). S. 312 ff.

214) Vgl. Schmid-Grotjohann (1995), S. 59 f.; Kayser/Schwefing (1998), S. 75 ff.

215) Vgl. ebenda; Wasem (1997), S. 84.

Der Kernpunkt, der bei diesem Verhalten ein moralisches Risiko entstehen läßt, ist die Tatsache, daß versicherungsinduziert die Preise für Gesundheitsgüter an Bedeutung verlieren, weil die dadurch bedingten Ausgaben regelmäßig nicht vom Nachfrager, sondern vom Versicherer zu tragen sind.<sup>216</sup> Dies gilt umso mehr, je höher der Deckungsgrad des Versicherungsschutzes ist. Denn vor allem bei einem Versicherungsvertrag, der keine oder nur eine geringe Selbstbeteiligung vorsieht, besteht auch kein Interesse des Patienten an einer ausgabenbewußten Behandlungsstrategie des Arztes.

In diesem Zusammenhang sind auch die Möglichkeiten der Leistungserbringer zur Mengenausweitung, die am Versicherungsschutz der Nachfrage ausgerichtet sind, zu sehen. Die Rahmenbedingungen dazu sind auf dem Ärztemarkt besonders gut, denn die Leistungserbringer können den Nachfrager bereits vor Behandlungsbeginn eindeutig als gesetzlich oder privat versicherten Patienten identifizieren. Dies geschieht regelmäßig durch Abfrage des Versicherungsstatus durch das Praxispersonal oder durch Vorlage von Chip- bzw. Versichertenkarten.<sup>217</sup>

Die niedrigeren Preise für ärztliche Verrichtungen in der GKV, verbunden mit dem Bestreben der Deckelung der Gesamtausgaben sowie den generellen Leistungsausgrenzungen und –begrenzungen, können nun zu Kompensationsversuchen zu Lasten der PKV durch Induzierung zusätzlicher Nachfrage durch die ärztlichen Leistungserbringer über die Mengenkompente führen, denn hinsichtlich Art und Umfang seiner Therapie ist der Leistungserbringer lediglich der stark auslegungsfähigen medizinischen Notwendigkeit seiner Heilbehandlung verpflichtet. Hinzu tritt, daß derartige Tendenzen zur Mengenausweitung seitens der Leistungserbringer regelmäßig auf eine vollversicherte Nachfrage stößt, so daß sie sich regelmäßig relativ leicht realisieren lassen dürfte.

Beispiele für Veränderungen der Mengenkompente, die auch als Kompensationsversuche der ärztlichen Leistungserbringer zu Lasten der PKV interpretiert werden, gibt es einige. So ergab eine Auswertung von Arztrechnungen aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie von Zahnarztrechnungen durch den PKV-Verband, daß sich im Zeitraum von 1989 bis 1996 die Zahl der pro Arztkontakt durchschnittlich abgerechneten Leistungen und damit auch der abgerechnete Betrag deutlich erhöht haben. So sind im o. g. Betrachtungszeitraum die Anzahl der Leistungen je Arztkontakt im ambulanten Bereich um 34,5%, im stationären Bereich um 17,9% und bei den Zahnärzten um 31,1% gestiegen.<sup>218</sup>

---

216) Genauer bezeichnet handelt es sich um ein externes moralisches Risiko, weil es von nur mittelbar am Versicherungsverhältnis beteiligten Dritten gezeigt wird.

217) Dadurch kann innerhalb der Gruppe der Privatversicherten regelmäßig zusätzlich auch festgestellt werden, ob der Nachfrager beihilfeberechtigt ist oder nicht.

218) Im Bereich ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlung stieg zusätzlich der Betrag je abgerechneter Leistung um 10,8% bzw. 18,3%. Bei den Zahnärzten sank demgegenüber der durchschnittliche Betrag je abgerechneter Leistung um 6,8%. Insgesamt bedeutet dies, daß der je Arzt- bzw. Zahnarztkontakt für die erbrachten GOÄ- und GOZ-Leistungen liquidierte Betrag im genannten Zeitraum im ambulanten Bereich um

Auffallend und ebenfalls auf eine Ausdehnung der Mengenkompente beruhend sind die im Vergleich zu den Leistungsausgaben der GKV deutlich höheren Steigerungsraten in unmittelbarem Anschluß an gesetzgeberische Maßnahmen zur Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Besonders deutlich zeigt sich dies bei der Leistungsart Zahnbehandlung und -ersatz.<sup>219</sup>

### 3.2.2.7 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

Es bestehen vielfältige Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Risikoursachenkomplexen, die letztlich im Zusammenspiel für die dynamische Entwicklung der Versicherungsleistungen in der Vergangenheit verantwortlich sind und auch zukünftig ein erhebliches Wachstumspotential für die Leistungsausgaben der Versicherer in sich bergen. Dies gilt vor allem für die Interaktion zwischen medizinisch-technischem Fortschritt und dem Ex-post-Verhalten von Versicherungsnehmern und Leistungserbringern im Krankheitsfall in Verbindung mit weitgehendem Vollversicherungsschutz. Die Ergebnisse im einzelnen:

1. Im Krankheitsfall führt angebotsseitig insbesondere der medizinische Fortschritt und dessen lebensverlängernder Einsatz gerade bei der Behandlung – nicht Heilung – hochbetagter Menschen zunächst zu einer erheblichen Erweiterung des Marktangebots an Gesundheitsleistungen. Durch weitgehenden Vollversicherungsschutz, in Verbindung mit den Einflußnahmemöglichkeiten von Versicherungsnehmern und Leistungserbringern und den daraus resultierenden Ansprüchen und Strategien, bestehen gute Rahmenbedingungen für eine nachfrageseitige ausgabenrelevante Realisierung der Marktangebote.
2. Im Krankheitsfall hat der Versicherungsnehmer durch sein Nachfrageverhalten grundsätzlich einen Ex-post-Einfluß auf die Krankheitskosten. Dies gilt umso mehr, je besser sein Wissen über die Angemessenheit medizinischer Maßnahmen und deren Preise ist. Vielmehr sind die Versicherten im Krankheitsfall an einem schnellen Einsatz neuer und intensiver medizinisch-technischer Methoden und Geräte interessiert, den sie aufgrund ihres umfassenden Versicherungsschutzes mit unbegrenztem Zugang zu neuen und intensiven medizinisch-technischen Methoden und Geräten nicht direkt bezahlen müssen. Zudem erwartet der Versicherte vor dem Hintergrund umfassenden Versicherungsschutzes im Krankheitsfall auch keine kostenbewußte Behandlungsstrategie des Leistungserbringers. Seine Interessenlage korrespondiert insofern mit den ökonomischen Zielsetzungen der Lei-

---

53,0%, im stationären Bereich um 38,8% und im Zahnbereich um 21,4% anstieg. Während dabei im ambulanten und stationären Bereich die Anzahl der Arztkontakte je Versicherten geringfügig zurückging, nahmen die Kontakte im Zahnbereich um 16,3% zu. Vgl. zum ganzen PKV-Verband (1998), S. 108. Weitere Beispiele finden sich u. a. bei Henry (1991), S. 42 und Dibbern (1992), S. 14.

219) Vgl. hierzu auch Abbildung 12 auf S. 57.

stungserbringer zur Auslastung teurer medizinisch-technischer Geräte. Infolge dieser Zusammenhänge dringt daher im Krankheitsfall der medizinisch-technische Fortschritt weitgehend ungebremst in das private Krankenversicherungssystem ein, wird dort ausgabenrelevant und birgt damit ein erhebliches Steigerungspotential der Versicherungsleistungen.

3. Im Krankheitsfall hat der Leistungserbringer durch seinen Informationsvorsprung gegenüber dem Patienten bezüglich Diagnose und Therapie von Erkrankungen einen mehr oder weniger eigenbestimmten Ex-post-Einfluß auf die Krankheitskosten – und zwar nicht nur bei der Anwendung von Spitzentechnologien der Hochleistungsmedizin, sondern auch bei den den ärztlichen Alltag beherrschenden "Basistechnologien". Daraus resultieren für den Leistungserbringer Möglichkeiten zu angebotsinduzierten Nachfrageausweitungen, die weiteres Steigerungspotential der Versicherungsleistungen in sich bergen.
4. Vor Krankheitseintritt hat der Versicherungsnehmer durch das Maß seiner Präventionsaktivitäten einen Ex-ante-Verhaltenseinfluß auf die Schadeneintrittswahrscheinlichkeit und damit letztlich auf die zukünftig entstehenden Krankheitskosten. Ein umfassender Vollversicherungsschutz wirkt jedoch anreizmindernd auf Vorbeugungsaktivitäten und führt grundsätzlich zu Nachfrageausweitungen im Krankheitsfall. Allerdings dürfen mangelnde Präventionsbemühungen oder sogar gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in ihrer Wirkung nicht überschätzt werden, da durch sie – bedingt durch die regelmäßig sinkende Lebenserwartung der Versicherten – im versicherungstechnischen Sinne "positive" (beitragssenkende) Effekte auf den Schadenerwartungswert ausgehen. Umgekehrt heißt dies, daß auf Förderung gesundheitsbewußten Verhaltens abzielende Versicherungslösungen hinsichtlich ihrer Ausgabensenkungspotentiale nicht überschätzt werden dürfen, da von ihnen – bedingt durch eine höhere Lebenserwartung der Versicherten – versicherungstechnisch "negative" (beitragserhöhende) Wirkungen auf den Schadenerwartungswert ausgehen.

### 3.2.3 Auswirkungen des Änderungsrisikos auf die Kalkulation von Neu- und Bestandsgeschäftsbeiträgen

Eine durch das beschriebene Änderungsrisiko notwendig werdende Beitragsanpassung hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Kalkulation von Neu- und Bestandsgeschäftsbeiträgen in der substitutiven privaten Krankenversicherung.<sup>220</sup> Während im Neugeschäft die Beiträge proportional zur eingetretenen Erhöhung der Kopfschäden ansteigen, sind im Bestandsgeschäft die erforderlichen Beitragssteigerungen höher, als die zugrunde liegende Erhöhung der Kopfschäden. Dieser Effekt ist um so stärker, je länger der Krankenversicherungsvertrag bereits besteht. Er beruht darauf, daß die durch die Ausgabendynamik erforderliche Nachkalkulation zum inzwischen erreichten, regelmäßig risikoträchtigeren Alter des Versicherten und nicht zum ursprünglichen Eintrittsalter erfolgt. Das bedeutet, daß die Beiträge nicht nur im Ausmaß der Kopfschadenerhöhungen angepaßt werden müssen. Insoweit ergäben sich nämlich bei proportionaler Zunahme der Kopfschäden entsprechend proportionale Beitrags erhöhungen. Vielmehr ist es erforderlich, die (durch die eingetretenen Ausgabensteigerungen für den Zweck eines konstanten Beitrags zu niedrig gebildeten) Alterungsrückstellungen ebenfalls anzupassen.<sup>221</sup>

Daraus resultiert die Notwendigkeit einer zusätzlichen Prämienhöhung, die um so höher ausfällt, je länger der Versicherungsvertrag schon besteht und je weniger "Restlebenszeit" den Versicherten noch verbleibt, um die unterdotierte Alterungsrückstellung aufzuholen. Die Konsequenz ist, daß insbesondere bei älteren Versicherten mit langen, bereits zurückgelegten Versicherungszeiten die Prämien überproportional zur Kopfschadenerhöhung ansteigen (sog. mathematisches Altenproblem).<sup>222</sup> Diese Wirkung wird vor allem für ältere Personen über 50 Jahre noch dadurch verstärkt, daß deren Kopfschäden im Zeitablauf deutlich stärker gestiegen sind als die jüngerer Versicherter.<sup>223</sup>

---

220) Vgl. zu den nachfolgenden Ausführungen insbesondere Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 42 ff. und S. 158 ff.

223) In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß zunächst bereits die Nichtberücksichtigung von allgemeinen Ausgabensteigerungen im Zeitablauf eine Entwertung der Alterungsrückstellung in Höhe der jährlichen Geldentwertungsrates bedeutet. Für die Vergangenheit läßt sich jedoch zeigen, daß die Verzinsung der die Alterungsrückstellungen bedeckenden Kapitalanlagen abzüglich 3,5% Rechnungszins die allgemeine Preissteigerungsrate gerade ausgleicht. Unter gleichbleibenden Bedingungen führt dies zu einer Realwertsicherung der Alterungsrückstellung. Sie setzt allerdings eine zeitnahe Direktgutschrift der auf die Alterungsrückstellungen entfallenden Kapitalerträge voraus. Die speziellen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen führen im Kalkulationsmodell der PKV dann dazu, daß die Nettoprämie nicht nur im Ausmaß der (in allgemeinen und speziellen Ausgabensteigerungen begründeten) Erhöhungen der Kopfschäden angepaßt werden muß, sondern zusätzlich eine Erhöhung der inzwischen für den Zweck einer konstanten Prämie auch unter Berücksichtigung der Zinserträge nicht mehr ausreichenden Alterungsrückstellung notwendig ist.

222) Zum sog. mathematischen Altenproblem vgl. u. a. Drees/Milbrodt (1995), S. 393.

223) Vgl. ebenda, S. 395 ff.

Hinzu kommen Veränderungen der Rechnungsgrundlagen "Sterblichkeit" und "Storno" im Rahmen der sog. Ausscheideordnung, die ebenfalls beitrags erhöhend wirken. So führt die abnehmende Sterblichkeit dazu, daß die Alterungsrückstellung, die auf der Grundlage dann veralteter Sterbetafeln kalkuliert wurde, auf der Basis des inzwischen erreichten Alters nachzukalkulieren ist. Die Folge dieses Einflusses sind Beitragserhöhungen. Zudem hat der Gesetzgeber mit Einführung des Gesundheitsreformgesetzes Rentnern, die während ihres aktiven Erwerbslebens privat vollversichert waren, den Zugang zur GKV nahezu unmöglich gemacht.<sup>224</sup> Bis dahin konnten privat versicherte Arbeitnehmer zum Zeitpunkt des Rentenbeginns wieder in die GKV zurückkehren. Viele Arbeitnehmer machten aufgrund der am niedrigen Renteneinkommen orientierten Beiträge davon auch Gebrauch. Die veränderte Gesetzeslage hat nun Auswirkungen auf die Rechnungsgrundlage "Storno" im Rahmen der Beitragskalkulation. Denn das durch die Neuregelung herabgesetzte Storno in höheren Altern vermindert den bisher von diesen Rückkehrern freigewordenen Teil der Alterungsrückstellung. Auch dieser geringere "Vererbungseffekt" muß von den PKV-Unternehmen in der Nachkalkulation beitragssteigernd berücksichtigt werden.

### 3.3 Die Auswirkungen dynamischer Anstiege von Versicherungsleistungen und Beiträgen auf die Wachstumsziele von PKV-Unternehmen

Für die substitutive PKV ist Wachstum eine entscheidende, allen Krankenversicherungsunternehmen letztlich gemeinsame Zielsetzung.<sup>225</sup> Dies liegt u. a. daran, daß ein unzureichendes Wachstum zu Marktanteilsverlusten gegenüber der GKV auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherung führt. Derartige Marktanteilsverluste wären vor dem Hintergrund, daß die PKV mit einem Marktanteil von rund 10% aller krankenversicherten Personen in Deutschland bereits heute der kleinere Wettbewerber ist, besonders bedrohlich und würde Fragen nach ihrer Existenzberechtigung aufwerfen. Insofern muß die PKV die

---

224) Vgl. hierzu auch Fußnote 288 auf S. 116.

225) Zwar werden Unternehmensziele individuell festgelegt. Da jedoch Wachstumsziele – neben Ertragszielen – als wesentliche Unternehmensziele auch von den Krankenversicherern selbst in der Öffentlichkeit kommuniziert werden, ist obige Generalisierung der Zielsetzung berechtigt. Dabei kann in der PKV ertragsorientiertes Wachstum als zentrale, allen Unternehmen im Rahmen eines gewissen Spielraums verschiedener Zielkombinationen gemeinsame Zielsetzung unterstellt werden. Diese Zielsetzung trägt dem Sachverhalt Rechnung, daß sich mittel- und langfristig Wachstum und Ertrag gegenseitig bedingen. Dies liegt daran, daß bei wachsendem Geschäftsvolumen leichter ertragswirksame Rationalisierungsschritte erzielt werden können, als bei stagnierender Geschäftsentwicklung. Kurzfristig ist häufig zwischen Wachstum und Ertrag eine gewisse Zielkonkurrenz gegeben, weil z. B. der Aufbau eines neuen Krankenversicherers mit hohen Kosten verbunden ist. Ein langfristiger Zielkonflikt könnte sich dann ergeben, wenn ein Unternehmen über einen längeren Zeitraum, unter Verzicht auf eine solide Risikoselektion, stark wächst und daraus Ertragsprobleme resultieren. Vgl. hierzu GDV (1996), S. 5 f.

Festigung – wenn möglich sogar den Ausbau – ihrer Position im gegliederten Krankenversicherungssystem Deutschlands anstreben.

Meßgrößen für Wachstum sind vor allem die Entwicklung der Beitragseinnahmen und der Anzahl der Versicherten sowie die Entwicklung der daraus resultierenden Marktanteile. Eine genauere Betrachtung dieser Größen im Zeitablauf zeigt folgendes:

Die Beitragseinnahmen der PKV in der Krankheitskostenvollversicherung weisen – wie Abbildung 15 auf S. 81 zeigt – einen langfristig steigenden Trend auf. Auffällig sind dabei vor allem die hohen jährlichen Wachstumsraten ab Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre, die stabil immer über 10% lagen.<sup>226</sup>

Für die Bestandsentwicklung ist dagegen charakteristisch, daß es der PKV – nach durch gesetzgeberische Maßnahmen stark beeinflussten Bestandsverlusten bis Mitte der 70er Jahre<sup>227</sup> – ab 1975 zwar gelungen ist, ihre absolute Versichertenanzahl in jedem Jahr zu steigern. Allerdings waren gerade in den letzten Jahren nur noch niedrige Zuwächse zu verzeichnen. Wie Abbildung 16 auf S. 82 zeigt, ist hier darüber hinaus zu berücksichtigen, daß die noch erzielten Zuwächse zu einem großen Teil auf die Gewinnung von Versicherten in den neuen Bundesländern beruhten, während die Versichertenanzahl in den alten Bundesländern – und dieser Wert ist für eine seriöse Zeitreihenbetrachtung ausschlaggebend – seit Anfang der 90er Jahre nur schwach wächst und in 1996 sogar rückläufig war.

---

226) Da besonders im o. g. Zeitraum die Beitragseinnahmen in der Krankheitskostenvollversicherung stärker gestiegen sind als das Gesamtbeitragsaufkommen in der PKV, wuchs auch der Anteil des Beitragsaufkommens in der Krankheitskostenvollversicherung an den Gesamtbeitragseinnahmen (ohne Pflegepflichtversicherung) über 58,9% in 1975 und 63,5% in 1985 auf nunmehr 71,3% in 1997. Vgl. PKV-Verband (1997b), S. 52 f. sowie PKV-Verband (1998a), Tabelle 2 (Anhang).

227) Zu nennen sind hier u. a. die mehrfache sprunghafte, nicht auf einer festen Dynamikregelung beruhende Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze in den Jahren 1957-1971, die Öffnung der GKV für alle höherverdienenden Angestellten und für privatversicherte Rentner 1971 und die Einführung der Krankenversicherungspflicht für Landwirte 1972. Vgl. hierzu u. a. PKV-Verband (1997a), S. 22 und 25; derselbe (1997b), S. 92 ff.



Jahr	Beitragseinnahmen		Bestand (Anzahl Vollversicherte)					
	Krankheitskosten- vollversicherung*		Alte Bundes- länder		Neue Bundes- länder		Deutschland	
	in Mio. DM	in +/--% z.Vj.	in Tausend	in +/--% z.Vj.	in Tausend	in +/--% z.Vj.	in Tausend	in +/--% z.Vj.
1975	3.840,3	19,0	4.176,0	-1,4			4.176,0	-1,4
1976	4.354,5	13,4	4.297,0	2,9			4.297,0	2,9
1977	4.876,7	12,0	4.411,0	2,7			4.411,0	2,7
1978	5.339,4	9,5	4.564,0	3,5			4.564,0	3,5
1979	5.586,3	4,6	4.684,0	2,6			4.684,0	2,6
1980	6.182,7	10,7	4.843,0	3,4			4.843,0	3,4
1981	6.813,0	10,2	4.945,0	2,1			4.945,0	2,1
1982	7.570,3	11,1	5.021,0	1,5			5.021,0	1,5
1983	8.117,6	7,2	5.077,0	1,1			5.077,0	1,1
1984	8.402,3	3,5	5.141,0	1,3			5.141,0	1,3
1985	8.162,6	-2,9	5.241,0	1,9			5.241,0	1,9
1986	8.304,1	1,7	5.362,0	2,3			5.362,0	2,3
1987	8.754,3	5,4	5.632,0	5,0			5.632,0	5,0
1988	9.776,7	11,7	5.877,0	4,4			5.877,0	4,4
1989	11.318,2	15,8	6.410,0	9,1			6.410,0	9,1
1990	12.586,6	11,2	6.614,0	3,2			6.614,0	3,2
1991	14.098,4	12,0	**6.193,0	-6,4	140,0		6.333,0	-4,2
1992	15.816,0	12,2	6.423,0	3,7	263,0	87,9	6.686,0	5,6
1993	18.295,9	15,7	6.523,9	1,6	305,1	16,0	6.829,0	2,1
1994	20.419,4	11,6	6.563,3	0,6	371,0	21,6	6.934,3	1,5
1995	21.275,2	4,2	6.563,1	0,0	382,1	3,0	6.945,2	0,2
1996	21.972,5	3,3	6.505,2	-0,9	440,6	15,3	6.945,8	0,0
1997	22.882,6	4,1	6.582,1	1,2	467,7	6,2	7.049,8	1,5

\* bis 1990 Alte Bundesländer; ab 1991 Deutschland

\*\* Eliminierung von Doppelzählungen, Nettozugang 262.000 Personen

Abbildung 15: Entwicklung von Beitragseinnahmen und Bestand in der Krankheitskosten-vollversicherung<sup>228</sup>

Diese Entwicklung kann nur begrenzt mit – teilweise von mit der PKV kaum oder überhaupt nicht beeinflussbaren – "externen" Einflüssen, wie den in einigen Jahren beachtlichen Anhebungen der Versicherungspflichtgrenze, der durch

228) Zum Datenmaterial vgl. insbesondere PKV-Verband (1997b), S. 52 f. (Beitragseinnahmen in der Krankheitskostenvollversicherung 1975-1994); Uleer (1998), S. 127 sowie 133 (vollversicherte Personen in Deutschland bis 1990 sowie in den neuen Bundesländern 1991-1996); PKV-Verband (1998), S. 24 (Beitragseinnahmen in der Krankheitskostenvollversicherung 1995); PKV-Verband (1998a), S. 12 (vollversicherte Personen in Deutschland 1991-1997) und S. 26 (Beitragseinnahmen in der Krankheitskostenvollversicherung 1996 und 1997). Laut PKV-Verband werden die Werte für den Bestand (Anzahl vollversicherte Personen) in der Krankheitskostenvollversicherung ab 1997 nicht mehr getrennt nach alten und neuen Bundesländern erhoben. Aus der Angabe der nach wie vor erfaßten Anzahl der pflegepflichtversicherten Personen in den neuen Bundesländern (1997: 467.700), die mit der Anzahl der Krankheitskostenvollversicherten übereinstimmen dürfte, konnte die Bestandsentwicklung auch für 1997, getrennt nach alten und neuen Bundesländern, abgebildet werden. Vgl. hierzu PKV-Verband (1998a), S. 11.

vergleichsweise hohen Arbeitslosenquoten gekennzeichnete Arbeitsmarktsituation oder der öffentlichen Problematisierung der Beitragsentwicklung für privaten Krankenversicherungsschutz im Alter (und einer zum Teil damit einhergehenden Polemisierung dieser Thematik in den Medien) erklärt werden.

Jahr	Nettozuwachs			Wechsel zwischen GKV und PKV*		
	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Deutschland	Übertritte zur PKV	Abgänge zur GKV-Pflichtversicherung	Saldo
1975	-61.000		-61.000	170.000	152.000	18.000
1976	121.000		121.000	179.000	124.000	55.000
1977	114.000		114.000	265.000	110.000	155.000
1978	153.000		153.000	240.000	120.000	120.000
1979	120.000		120.000	219.000	114.000	105.000
1980	159.000		159.000	217.000	109.000	108.000
1981	102.000		102.000	218.000	109.000	109.000
1982	76.000		76.000	196.000	121.000	75.000
1983	56.000		56.000	170.000	115.000	55.000
1984	64.000		64.000	174.000	114.000	60.000
1985	100.000		100.000	243.000	98.000	145.000
1986	121.000		121.000	206.000	86.000	120.000
1987	270.000		270.000	368.000	103.000	265.000
1988	245.000		245.000	352.000	112.000	240.000
1989	533.000		533.000	664.000	149.000	515.000
1990	204.000		204.000	310.000	112.000	198.000
1991	122.000	140.000	262.000	356.000	125.000	231.000
1992	230.000	123.000	353.000	483.000	154.000	329.000
1993	100.900	42.100	143.000	307.000	175.000	132.000
1994	39.400	65.900	105.300	195.000	103.000	92.000
1995	-200	11.100	10.900	271.000	186.000	85.000
1996	-57.900	58.500	600	247.000	181.000	66.000
1997	76.900	27.100	104.000	315.700	144.400	171.300

\* bis 1990 Alte Bundesländer, ab 1991 Deutschland

Abbildung 16: Entwicklung des Bestands in der Krankheitskostenvollversicherung – Nettozuwachs und Wechsel zwischen GKV und PKV<sup>229</sup>

229) Der Nettozuwachs wurde aus dem Datenmaterial zu Abbildung 15 auf S. 81 errechnet. Zum Datenmaterial der Wechsler zwischen GKV und PKV vgl. Uleer (1998), S. 128 und PKV-Verband (1998a), S. 14.

Die Entwicklung von Beitragseinnahmen und Versichertenbestand läßt nun auch Aussagen über die Qualität des Beitragswachstums in den 90er Jahren zu: Zunächst deutet das dynamische Beitragswachstum in den 90er Jahren auf einen prosperierenden Versicherungszweig hin.<sup>230</sup> Da allerdings ab Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre die Beitragseinnahmen deutlich stärker steigen als die Versichertenanzahl, ist das erhöhte Beitragsaufkommen nicht Resultat einer Neugeschäftsausweitung, sondern liegt zum größten Teil in Beitragsanpassungen im (in früheren Jahren gewonnenen) Versichertenbestand begründet. Dies wiederum deutet darauf hin, daß die substitutive private Krankenversicherung Probleme im Neugeschäft hat.

Die Problematik der PKV im Neugeschäft wird auch bei der Analyse der Bestandsentwicklung deutlich: Der niedrige Bestandszuwachs signalisiert bereits, daß die PKV ihren Marktanteil auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherungen in den letzten Jahren nicht erhöhen konnte und insoweit im Vergleich mit der GKV für die Entscheidungsträger an Attraktivität verloren hat.

Als Entscheidungsträger werden hier Personen bezeichnet, durch deren Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV sie selbst entweder zu freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern oder PKV-"Mitgliedern" und deren nicht selbst wahlberechtigte Familienangehörige zu GKV- oder PKV-Familienversicherten werden.<sup>231</sup> Wahlberechtigte Entscheidungsträger sind hier erwerbstätige Personen bis maximal zum 65. Lebensjahr. Diese Beschränkung auf Erwerbstätige wurde getroffen, weil Erwerbslose aufgrund der bis 1998 regelmäßig bestehenden Versicherungspflicht wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld bzw. -hilfe kein Wahlrecht hatten und es sich bei den Nichterwerbspersonen meist um nicht selbst wahlberechtigte Familienangehörige von GKV-Mitgliedern oder PKV-Versicherten handeln dürfte. Zudem ist auch die Wahlmöglichkeit der erwerbstätigen Personen faktisch durch das 65. Lebensjahr als "Altersgrenze" beschränkt. Denn die PKV-Unternehmen sehen für ihre Krankheitskosten- und Tagegeldtarife regelmäßig ein Höchstaufnahmealter von 65 (Krankheitskostentarife) bzw. 60 Jahren (Krankentagegeldtarife) vor.

---

230) Die u. a. in der dynamischen Entwicklung der Beitragseinnahmen begründete Attraktivität des privaten Krankenversicherungsmarkts für neue Marktanbieter belegen u. a. die insbesondere in den 80 und 90er Jahren erfolgte Neugründung von Krankenversicherungsunternehmen durch Versicherungsgruppen und -konzerne, die bisher über ihre Vertriebsorganisationen Produkte von Kooperationspartnern verkauft haben. So wurden von 1979 bis 1997 neunzehn neue Krankenversicherungsgesellschaften als Tochterunternehmen von Versicherungsgruppen und -konzernen gegründet. Vgl. zur namentlichen Nennung der im o. g. Zeitraum neugegründeten Gesellschaften PKV-Verband (1997b), S. 137 f., wobei die dort aufgeführte Liste mit 18 neuerrichteten Unternehmen (Stand 1997) um die GLOBALE Krankenversicherungs-AG ergänzt werden muß.

231) Dieser Vergleich auf der Grundlage der Entscheidungsträger ist aussagekräftiger als der häufig angestellte Vergleich zwischen GKV-Mitgliedern und PKV-Versicherten. Denn dort werden den GKV-Mitgliedern ohne deren mitversicherte (und dann ebenfalls freiwillig versicherte) Familienangehörige alle Versicherten der PKV gegenübergestellt.

Wie Abbildung 17 zeigt, hat die PKV ihren Anteil an den erwerbstätigen wahlberechtigten Entscheidungsträgern von rund 37% in 1978 auf über 53% im Jahre 1990 erhöht. Seither stagniert der PKV-Marktanteil.

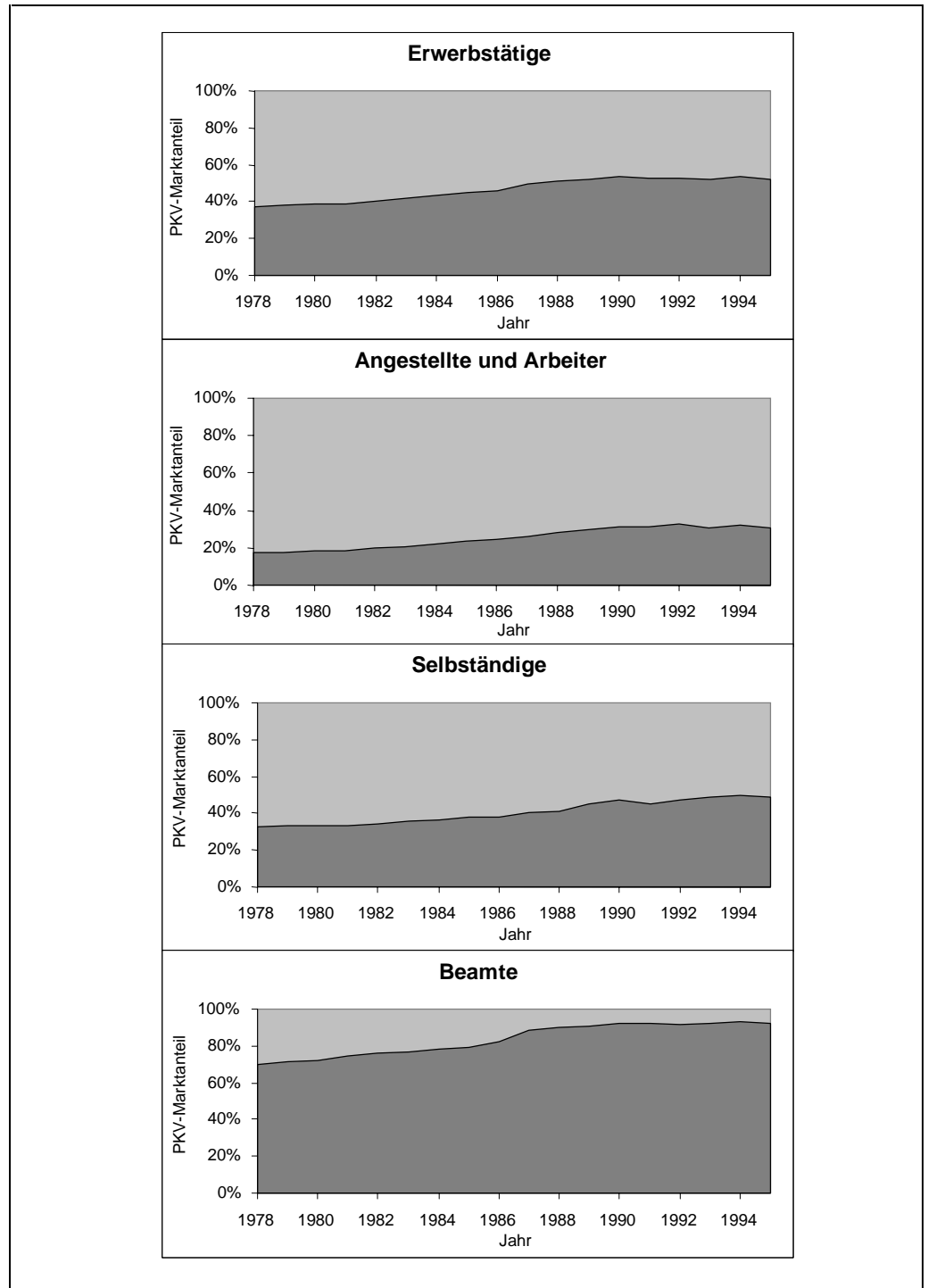


Abbildung 17: Entwicklung des PKV-Anteils an den wahlberechtigten Entscheidungsträgern – insgesamt und nach Berufsgruppen (alte Bundesländer)<sup>232</sup>

232) Zum Datenmaterial vgl. Statistisches Bundesamt (1978 - 1995).

Bei Unterteilung der erwerbstätigen wahlberechtigten Entscheidungsträger nach Berufsgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Marktanteilen von GKV und PKV.

Den größten Marktanteil hat die PKV mit über 90% bei den Beamten. Die PKV steigerte ihren Anteil in diesem Marktsegment von 1978 bis 1990 um über 20%-Punkte. Danach stagnierte der PKV-Marktanteil – allerdings auf sehr hohem Niveau.

Von den Selbständigen und deren mithelfenden Familienangehörigen waren in 1990 rund 47% und damit knapp die Hälfte privat krankenversichert. Dies entspricht einem Marktanteilszuwachs seit 1978 von rund 15%-Punkten. In diesem Marktsegment hat die PKV auch seit Anfang der 90er Jahre noch leichte Marktanteilsgewinne verbuchen können.

Den geringsten Marktanteil hält die PKV in der Berufsgruppe der Arbeiter und Angestellten. Denn seit Anfang der 90er Jahre sind immer über zwei Drittel der Entscheidungsträger dieser Berufsgruppe GKV-Mitglieder. Allerdings konnte die PKV in diesem Marktsegment ihren Marktanteil seit 1978 von knapp über 17% auf über 31% in 1990 nahezu verdoppeln und damit den größten relativen Zuwachs im Vergleich aller Berufsgruppen erzielen. Seither stagniert allerdings der Marktanteil der PKV in dieser Berufsgruppe.

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß die PKV – mit unterschiedlichen Zuwachsraten – in allen nach Berufsgruppen getrennten Marktsegmenten der Entscheidungsträger von 1978 bis 1990 Marktanteilsgewinne verbuchen konnte, während seither in den Zielgruppen der Angestellten und Arbeiter sowie der Selbständigen keine oder nur geringe Marktanteilszuwächse zugunsten der PKV festzustellen sind. Bei den Beamten stagniert der PKV-Marktanteil seit Beginn der 90er Jahre auf sehr hohem Niveau.

Zusammenfassend läßt sich die Entwicklung von Beitragseinnahmen, Bestandswachstum (Nettozuwachs an versicherten Personen) und Marktanteilen in der substitutiven privaten Krankheitskostenvollversicherung nun als genereller Produktlebenszyklus im Sinne eines Marktmodells für die Produktklasse bzw. den Produkttyp "substitutive Krankenversicherung" darstellen.<sup>233</sup>

Abbildung 18 auf S. 86 kann wie folgt interpretiert werden: Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und die Entwicklung der Versicherungsleistungen haben die Wachstumsziele der PKV insgesamt in den 70er und 80er Jahren – gemessen an deren Prämieinnahmen und Marktanteil – nicht beeinträchtigt.

---

233) Zum Produktlebenszyklus von Versicherungsprodukten vgl. S. 25 f.

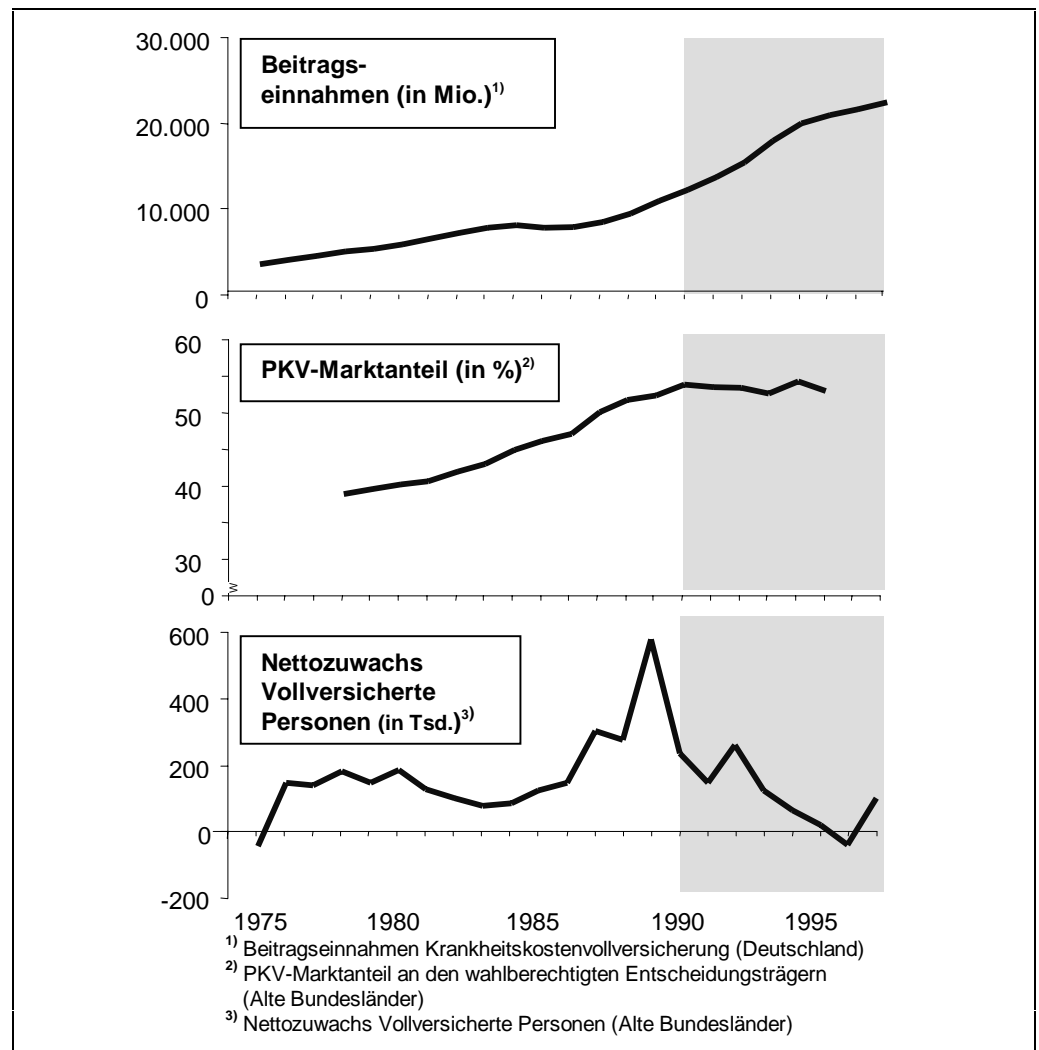


Abbildung 18: Darstellung der substitutiven privaten Krankheitskostenvollversicherung im Lebenszyklusmodell<sup>234</sup>

Kennzeichnend für das Marktsegment der substitutiven privaten Krankenversicherung in den 90er Jahren ist allerdings ihr stagnierender Anteil auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherungen. Die offensichtlich nachgelassene Attraktivität der substitutiven privaten Krankenversicherung gegenüber der GKV führt dann zu einer sozusagen kollektiven Verfehlung des Wachstumsziels der PKV gemessen an ihrem Marktanteil für freiwillige Krankenversicherungen in den Zielgruppen der Angestellten und Arbeiter sowie der Selbständigen.<sup>235</sup>

234) Zur besseren Übersichtlichkeit der Abbildung wurden die betrachteten Meßgrößen nicht gemeinsam auf einer Skala abgetragen.

235) Um die unternehmensindividuell festgelegten Wachstumsziele vor dem Hintergrund der beschriebenen Marktsituation erreichen zu können, wird in den letzten Jahren verstärkt ein Verdrängungswettbewerb um bereits privat versicherte Personen geführt. Dieser findet insbesondere zwischen etablierten Krankenversicherungsunternehmen ("Altunternehmen"), deren in der Vergangenheit akquirierten Bestände Träger ihres heutigen Beitragswachstums sind, und sog. Neugründern, die ebendiese Bestände zur

### **3.4 Relativpreise von Gesundheitsgütern als Ansatzpunkt zur Erklärung von Marktstrukturverschiebungen zwischen GKV und PKV**

#### **3.4.1 Marktstrukturverschiebungen durch Veränderungen des Nachfrageverhaltens**

Marktanteilsverschiebungen zwischen GKV und PKV sind Ergebnisse von Entscheidungen zum Angebot von Marktleistungen seitens gesetzlicher und privater Krankenversicherer und Nachfrageentscheidungen der Kunden über ebendiese Angebote. Sie können daher also grundsätzlich auf Veränderungen bzw. Verschiebungen des Angebots oder der Nachfrage nach Krankenversicherungsleistungen beruhen.

Ein starkes Indiz für nachfrageinduzierte Veränderungen der Marktstruktur gerade in den nicht-beihilfeberechtigten Personengruppen ist allerdings bereits die Tatsache, daß die in gestiegenen Versicherungsleistungen begründete, im Vergleich zur Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags überproportionale Erhöhung des Durchschnittspreises je Versicherten in der PKV offensichtlich die Neugeschäftsentwicklung ab 1990 negativ beeinflußt hat. Demgegenüber korrespondieren auch die Marktanteilsgewinne der PKV in den nicht-beihilfeberechtigten Zielgruppen von Mitte der 70er bis Ende der 80er Jahre mit einer gegenüber der GKV vergleichsweise günstigen Entwicklung der Durchschnittspreise in diesem Zeitraum (vgl. Abbildung 19 auf S. 88).<sup>236</sup>

Wie an späterer Stelle noch gezeigt werden wird<sup>237</sup>, waren zudem die Produktangebote privater Krankenversicherungsunternehmen seit etwa Mitte der 70er Jahre keinen grundlegenden Änderungen unterworfen. Es hat seither allenfalls Produktmodifikationen gegeben. Es ist daher gerechtfertigt, im Rahmen einer Partialanalyse exogen vorgegebener Marktangebote, die Untersuchung der Marktstrukturveränderungen auf Nachfrageverschiebungen zu konzentrieren.

---

Erfüllung ihrer eigenen Wachstumsziele "angreifen", statt. Auch daraus ergeben sich im Rahmen unternehmensindividueller, marketingmixbezogener Planungsprozesse angebotspolitische Aktivitäten. Deren Zielrichtungen hängen von der Ausgangslage des einzelnen Unternehmens am Markt ab. Die Arbeit konzentriert sich im folgenden auf die Ableitung grundsätzlicher angebotspolitischer Maßnahmen im Wettbewerb mit der GKV. Dies gilt um so mehr, als daß der Verdrängungswettbewerb innerhalb der PKV um bereits Privatversicherte für diese mit nicht unerheblichen Nachteilen verbunden sein kann und insoweit zu heftigen Diskussionen führt.

236) Hier ist zu beachten, daß bei der Betrachtung von Durchschnittspreisen insbesondere nicht zwischen Neu- und Bestandsgeschäftsbeiträgen unterschieden wird. Daß die getroffenen Schlußfolgerungen aber dennoch auch für die Entwicklung der Neugeschäftsbeiträge gelten, zeigt die vergangenheitsbezogene Analyse der Neugeschäftsbeiträge für typische Tarifkombinationen in der Krankheitskostenvollversicherung auf den S. 103 f. Zur Interpretation der Geschäftsentwicklung in der PKV anhand von Durchschnittspreisen vgl. auch S. 102

237) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 165 ff.

Jahr	Durchschnittsbeitrag in der Krankheitskostenvollversicherung je Versicherten				GKV-Höchstbeitrag je Mitglied			
	in DM pro Monat	in +/- % z. Vj	Index 1975 =100	Index 1990 =100	in DM pro Monat	in +/- % z. Vj	Index 1975 =100	Index 1990 =100
1975	76,08		100,00		220,50		100,00	
1976	85,65	12,58	112,58		262,73	19,15	119,15	
1977	93,34	8,98	122,69		290,70	10,65	131,84	
1978	99,15	6,22	130,32		316,35	8,82	143,47	
1979	100,68	1,54	132,33		339,00	7,16	153,74	
1980	108,16	7,43	142,17		362,25	6,86	164,29	
1981	116,01	7,26	152,48		389,40	7,49	176,60	
1982	126,60	9,13	166,40		423,00	8,63	191,84	
1983	133,98	5,83	176,10		442,50	4,61	200,68	
1984	137,05	2,29	180,14		444,60	0,47	201,63	
1985	131,04	-4,39	172,24		477,90	7,49	216,73	
1986	130,53	-0,39	171,57		512,40	7,22	232,38	
1987	132,71	1,67	174,43		538,65	5,12	244,29	
1988	141,58	6,68	186,09		580,50	7,77	263,27	
1989	153,53	8,44	201,80		590,18	1,67	267,66	
1990	161,07	4,91	211,71	100,00	590,63	0,08	267,86	100,00
1991	181,49	12,68	238,55	112,68	594,75	0,70	269,73	100,70
1992	202,47	11,56	266,13	125,70	647,70	8,90	293,74	109,66
1993	225,62	11,43	296,56	140,08	723,60	11,72	328,16	122,51
1994	247,27	9,60	325,01	153,52	752,40	3,98	341,22	127,39
1995	255,48	3,32	335,80	158,61	772,20	2,63	350,20	130,74
1996	263,63	3,19	346,52	163,67	810,00	4,90	367,35	137,14
1997	272,50	3,36	358,18	169,18	830,25	2,50	376,53	140,57

Abbildung 19: Entwicklung des Durchschnittspreises je PKV-Versicherten in der Krankheitskostenvollversicherung und des GKV-Höchstbeitrags (alte Bundesländer)<sup>238</sup>

Eine genauere Untersuchung des Entscheidungsverhaltens wahlberechtigter Entscheidungsträger muß zeigen, ob die Entwicklung der Durchschnittspreise im Neugeschäft im Verhältnis zu den GKV-Preisen die Marktstrukturverschiebungen erklären kann. Auf der Grundlage dieser Analyse lassen sich dann wichtige Ansatzpunkte für marketingpolitische Aktivitäten im Rahmen der Produktgestaltung ableiten.

238) Der Durchschnittspreis je PKV-Versicherten wurde aus den Werten für die Beitragseinnahmen in der Krankheitskostenvollversicherung und dem Bestand (Anzahl Vollversicherte) in Deutschland gemäß Abbildung 15 auf S. 81 errechnet. Dabei wurden die Beitragseinnahmen eines Jahres durch den mittleren Bestand (Mittelwert aus dem Bestand zum 31.12. des Vorjahres und dem Bestand zum 31.12. des aktuellen Jahres) dividiert.



### 3.4.2 Relativpreise im Preis- und Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV

Aus den unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien von GKV und PKV ergeben sich in Abhängigkeit von den sozioökonomischen Merkmalen (insbesondere Einkommen und Familienstand) der Entscheidungsträger systematische Preis- und Leistungsunterschiede.

Aufgrund der systembedingten Unterschiede ist zu erwarten, daß

- jüngere Entscheidungsträger mit günstigen Einstiegsprämien,
- Entscheidungsträger mit höherem Einkommen,
- Alleinstehende oder Doppelverdiener (mit kleiner Familie)

bei ökonomischem Wahlverhalten mit dem Ziel der Beitragsminimierung tendenziell eher privat krankenversichert sind.<sup>239</sup>

Als Maß der Vorteilhaftigkeit aus Sicht des Entscheidungsträgers kann der Relativpreis von GKV und PKV angesehen werden.<sup>240</sup>

Das Relativpreis-Modell basiert auf Erklärungsmodellen der mikroökonomischen Konsumtheorie bei substitutiven Gütern. Im Mittelpunkt steht dabei die Erklärung des Entscheidungsverhaltens über die Preiselastizität der Nachfrage. Rationales Verhalten der Nachfrager vorausgesetzt, wird zur Finanzierung der Gesundheitsgüter bei gegebenem Leistungsniveau der medizinischen Versorgung diejenige Finanzierungsform<sup>241</sup> mit dem niedrigsten Preis gewählt.

Der Relativpreis als Erklärungsmodell hat seine besondere Bedeutung bei Gütern, deren Ausgaben nicht durch große Unsicherheit, sondern durch sog. sichere Ereignisse bestimmt sind. Insofern stellt sich die Frage, ob das Relativpreismodell zur Erklärung des Wahlverhaltens der Entscheidungsträger über verschiedene Finanzierungsmodalitäten der Gesundheitsausgaben theoretisch berechtigt und aussagekräftig ist.

Dazu folgende Überlegungen: Insbesondere in den Ambulant- und Zahntarifen deckt der Krankenversicherer Gesundheitsausgaben, die wenig risikobehaftet sind, weil sie entweder regelmäßig mit geringer Ausgabenhöhe belegt sind und/oder vorhersehbare (und damit planbare) Ausgaben darstellen. So sind beispielsweise die ambulanten Tarife durch eine linksschiefe Häufigkeitsverteilung der Schäden gekennzeichnet. Dies läßt sich damit erklären, daß sie zum einen mehr oder weniger planbare Ausgaben, z. B. Vorsorgeuntersuchungen und

---

239) Vgl. Timmer (1994a), S. 60.

240) Zu den nachfolgenden Ausführungen zum Relativpreismodell in der Krankenversicherung vgl. Rohwedder (1996), S. 123 ff.

241) Als Finanzierungsform kommen dabei nicht nur Versicherungsmodelle, sondern auch die vollständige oder partielle Selbstdeckung der Gesundheitsausgaben in Frage. Vgl. hierzu auch die Ausführungen zu den Selbstbeteiligungsmodellen in der PKV auf den S. 149 ff.

Sehhilfen, abdecken und zum anderen die meisten Versicherungsnehmer wegen kleinerer gesundheitlicher Störungen gelegentlich einen Arzt aufsuchen (und dies bei Abschluß einer Krankenversicherung auch als relativ sicher annehmen). Auch in Zahntarifen und hier vor allem beim Zahnersatz sind die Ausgaben in vielen Fällen planbar und deswegen weniger risikobehaftet. Insofern kommt der privaten Krankenversicherung hier häufig eine Vorfinanzierungsfunktion zu, die darin besteht, zu Beginn des Vertragsverhältnisses für (teilweise sogar sehr hohe) Zahnersatzkosten zu leisten, die dann vom Versicherungsnehmer über die regelmäßige Prämienzahlung für den Versicherungsvertrag sozusagen zurück-erstattet werden.

Berücksichtigt man nun weiter, daß der Beitragsanteil von Ambulant- und Zahntarifen durchaus rund zwei Drittel des Gesamtbeitrags für eine Krankheitskostenvollversicherung ausmachen kann,<sup>242</sup> so macht dies deutlich, daß der Erklärungsansatz des Relativpreismodells seine analytische Berechtigung hinsichtlich des Wahlverhaltens von Entscheidungsträgern zur Finanzierungsform von Gesundheitsausgaben hat. Dies gilt um so mehr, wenn man berücksichtigt, daß die Modelle, aus denen sich die Determinanten der Krankenversicherungsnachfrage für risikobehaftete, also unsichere Gesundheitsausgaben herleiten lassen<sup>243</sup>, die Nachfrage nach "sichereren" Gesundheitsausgaben nicht erklären können. Dies liegt daran, daß in diesen Modellen der Entscheidung unter Unsicherheit die Annahme eines durch unsichere Naturzustände determinierten Ausgabenniveaus bei wenig risikobehafteten Gesundheitsausgaben nicht aufrechterhalten werden kann.<sup>244</sup>

Das Relativpreis-Modell zur Erklärung des Wahlverhaltens zwischen GKV und PKV beinhaltet einige weitere Problemfelder. So geht das Modell zunächst einmal von identischen Leistungsumfängen in den beiden Systemen GKV und PKV aus. Dies ist idealisierend. Ein Festhalten an dieser Bedingung würde dann zumindest für Entscheidungsträger mit Präferenzen für ein umfangreicheres Leistungsangebot zu falschen Ergebnissen führen. Praxisnah lassen sich die unterschiedlichen Marktleistungsbündel im Modell nun aber dadurch ausgleichen, daß die Mehrleistungen, die die PKV gegenüber der GKV im ambulanten, zahnärztlichen und stationären Bereich bietet, durch die Kalkulation von entsprechenden Ergänzungs- und Zusatzversicherungen berücksichtigt werden. Oder anders ausgedrückt: Ein GKV-Versicherter kann durch den Abschluß entsprechender Zusatzversicherungen ein gegenüber der PKV-Vollversicherung identisches Lei-

---

242) Der Beitragsanteil differiert in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie z. B. dem Eintrittsalter, dem Leistungsumfang des gewählten Tarifs oder der Höhe der Selbstbeteiligung. In dem Abbildung 21 auf S. 96 zugrundeliegenden Beispiel für einen 33jährigen Mann und eine gleichaltrige Frau macht der Beitragsanteil für den Ambulant- und den Zahntarif 65,9% (Mann) bzw. 68,2% (Frau) des monatlichen Gesamtbeitrags für eine Krankheitskostenvollversicherung (also ohne Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung) aus.

243) Dazu zählen das Erwartungsnutzenmodell und die Sichere-Budget-Hypothese. Vgl. hierzu Rohwedder (1996), S. 123 f.

244) Vgl. ebenda, S. 124.

stungsangebot erreichen. Auf dieser Grundlage kann er dann seine Wahlentscheidung ausschließlich vom Relativpreis abhängig machen.<sup>245</sup>

Daneben spielt die sozioökonomische Situation und Perspektive des Entscheidungsträgers im Relativpreismodell eine wichtige Rolle. Dabei kann eine bereits bestehende "Familiensituation" dadurch im Modell dargestellt werden, daß die Mitversicherung von nicht-wahlberechtigten Familienangehörigen im Sinne der Familienversicherung durch entsprechende personenbezogene Beiträge bei PKV-Versicherung berücksichtigt werden. Ein Problemfeld stellen allerdings mögliche Veränderungen der sozioökonomischen Situation des Entscheidungsträgers, z. B. durch Heirat oder die Geburt von Kindern und deren Berücksichtigung im Modell dar. Mit dieser – gerade für die PKV besonders interessanten Zielgruppe der jüngeren Entscheidungsträger relevanten – Problematik, die regelmäßig mit einer Wahlentscheidung unter Unsicherheit verbunden ist, beschäftigt sich der folgende Abschnitt.

### **3.4.3 Relativpreise und Wahlverhalten von nicht-beihilfeberechtigten Entscheidungsträgern**

#### **3.4.3.1 Die sozioökonomische Situation und Perspektive als Grundlage des Entscheidungskalküls**

##### **3.4.3.1.1 Single-Situation**

Die personengebundene Beitragskalkulation der PKV führt dazu, daß sich der Relativpreis für einen ledigen Entscheidungsträger ermitteln läßt als Quotient aus PKV-Beitrag und maximalem GKV-Beitrag (gegebenenfalls plus Zusatzversicherung).

Die Single-Situation führt regelmäßig dazu, daß vor allem für jüngere (männliche und weibliche) Entscheidungsträger die PKV aufgrund des im Vergleich zum GKV-Höchstbeitrags niedrigeren Beitrags und eines daraus resultierenden Relativpreises kleiner 1 die PKV die überlegene Alternative ist. Dies gilt meist auch für Personen, die dem tendenziell besseren Leistungsprogramm der PKV indifferent gegenüberstehen, also keine Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz abschließen würden.

Die Problematik der Single-Situation liegt nun darin, daß zumindest ein Teil der Entscheidungsträger – und zwar meist die für die PKV wichtige Zielgruppe der jüngeren Personen – zum Zeitpunkt der Wahlentscheidung nicht weiß, ob im Zeitablauf nicht-wahlberechtigte Familienmitglieder mitzuversichern sein werden oder nicht. Denn bei Gründung einer Familie sind in der PKV zusätzliche Beiträge je Person zu zahlen, während in der GKV alle nicht-wahlberechtigten

---

245) Vgl. ebenda, S. 156 ff.

Familienangehörigen beitragsfrei im Rahmen der Familienversicherung versichert sind. Einen Ansatzpunkt zur Strukturierung dieses Entscheidungsproblems unter Unsicherheit bei Änderung der sozioökonomischen Situation im Zeitablauf bietet die Analyse der Entscheidungssituation bei bereits bestehender Familiensituation, die nun im folgenden Abschnitt betrachtet wird.

### 3.4.3.1.2 Familiensituation

Das Entscheidungsproblem bei bestehender Familiensituation läßt sich im wesentlichen wie folgt strukturieren:

- Alternative 1: Der nicht-wahlberechtigte Ehepartner ist nicht berufstätig.

In diesem Fall ist der Relativpreis zu bilden aus dem Quotienten aus PKV-Beitrag für den Entscheidungsträger und seine nicht-wahlberechtigten Familienangehörigen (Ehepartner und Kinder) und dem GKV-Höchstbeitrag (gegebenenfalls plus Zusatzversicherungen). Es ist unmittelbar einsichtig, daß in diesem Fall die Anzahl der mitzuversichernden Familienangehörigen eine entscheidende Rolle bei der Vorteilhaftigkeit der Wahlentscheidung spielt.

- Alternative 2: Der nicht-wahlberechtigte Ehepartner ist versicherungspflichtig in der GKV (Teilzeitbeschäftigung).

Ist der Ehepartner berufstätig im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung, so führt dies regelmäßig zu Einkünften unter der Versicherungspflichtgrenze. Der nicht-wahlberechtigte Entscheidungsträger ist versicherungspflichtig in der GKV und daher mangels Wahlmöglichkeit für das Entscheidungskalkül des wahlberechtigten Entscheidungsträgers im Status quo irrelevant.

Der Relativpreis ist also hier zu bilden aus den personengebundenen PKV-Beiträgen für den Entscheidungsträger sowie den nicht-wahlberechtigten Kindern und dem GKV-Höchstbeitrag (gegebenenfalls plus Zusatzversicherungen).

- Alternative 3: Der Ehepartner ist versicherungsfrei und selbst wahlberechtigter Entscheidungsträger.

Ist der Ehepartner ebenfalls versicherungsfrei (als über der Versicherungspflichtgrenze verdienender Angestellter bzw. Arbeiter oder als Selbständiger), so ist er selbst wahlberechtigter Entscheidungsträger. Er kann dann zwischen GKV-Mitgliedschaft (gegebenenfalls plus Zusatzversicherung) oder PKV-Vollversicherung wählen.

In diesem Fall ist der Relativpreis zu bilden aus dem Quotienten aus den personengebundenen PKV-Beiträgen für die beiden Entscheidungsträger sowie für die Kinder und den beiden GKV-Höchstbeiträgen der Entscheidungsträger (gegebenenfalls plus Zusatzversicherung).

Zur Ableitung einer konkreten Entscheidung kommt es nun u. a. auf die Leistungspräferenzen des Entscheidungsträgers an: Der leistungsorientierte Entscheidungsträger, der den PKV-Schutz wünscht, kann diesen auf zwei Wegen erhalten: Entweder er schließt zusätzlich zum GKV-Schutz, für den er den Höchstbeitrag zahlt<sup>246</sup>, Zusatzversicherungen für eine bessere medizinische Versorgung ab.<sup>247</sup> Oder er schließt "direkt" eine leistungsorientierte private Vollversicherung ab. Hat der Entscheidungsträger dagegen keine Präferenzen zugunsten des besseren PKV-Schutzes, reicht ihm also das Leistungsprogramm der GKV aus, so kalkuliert er keine Zusatzversicherungen.

Aus Abbildung 20 auf S. 94 ergeben sich am Beispiel einer Entscheidungssituation eines wahlberechtigten 33jährigen männlichen Entscheidungsträgers für eine typische leistungsorientierte Vollversicherung zwei wesentliche Ergebnisse:<sup>248</sup>

- 
- 246) Vorher hat er regelmäßig gar kein Wahlrecht zwischen GKV und PKV.
- 247) Theoretisch hieße das, Zusatzversicherungen in einem Umfang abzuschließen, daß GKV-Schutz plus Zusatzversicherungen quantitativ und qualitativ dem PKV-Leistungsniveau entspricht. Dies würde bedeuten, Zusatzversicherungen für alle Leistungsbereiche, also für eine bessere ambulante, zahnärztliche und stationäre Versorgung, abzuschließen. In der Praxis werden allerdings insbesondere stationäre Zusatzversicherungen (Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer) sowie Ergänzungsversicherungen, die zur Deckung der Leistungseinschränkungen der GKV im ambulanten und zahnärztlichen Bereich u. a. Leistungen für Sehhilfen und Zahnersatz bieten, von den Kunden gekauft. Auch bei Abschluß der letztgenannten Ergänzungstarife wird der GKV-Versicherte jedoch im ambulanten nicht zum Privatpatienten, da diese Tarife keine Leistungen für die ärztliche Behandlung auf der Basis der GOÄ vorsehen. Im Leistungsprogramm der PKV-Unternehmen sind auch derartige Krankenversicherungsprodukte vorhanden; sie werden von den Kunden zur Zeit jedoch weniger stark nachgefragt. Daher werden in den nachfolgenden Beispielen "nur" stationäre Zusatzversicherungen und ambulante Ergänzungsversicherungen berücksichtigt.
- 248) Bei Selbstbeteiligungstarifen, die aufgrund des fehlenden Arbeitgeberzuschusses in erster Linie von Selbständigen gewählt werden, sind andere Entscheidungslagen möglich. Die ausgeführten, grundlegenden Ergebnisse sind jedoch regelmäßig auch hier gültig. Zur Vorteilhaftigkeit von Selbstbeteiligungstarifen bei Selbständigen vgl. auch S. 170 ff.

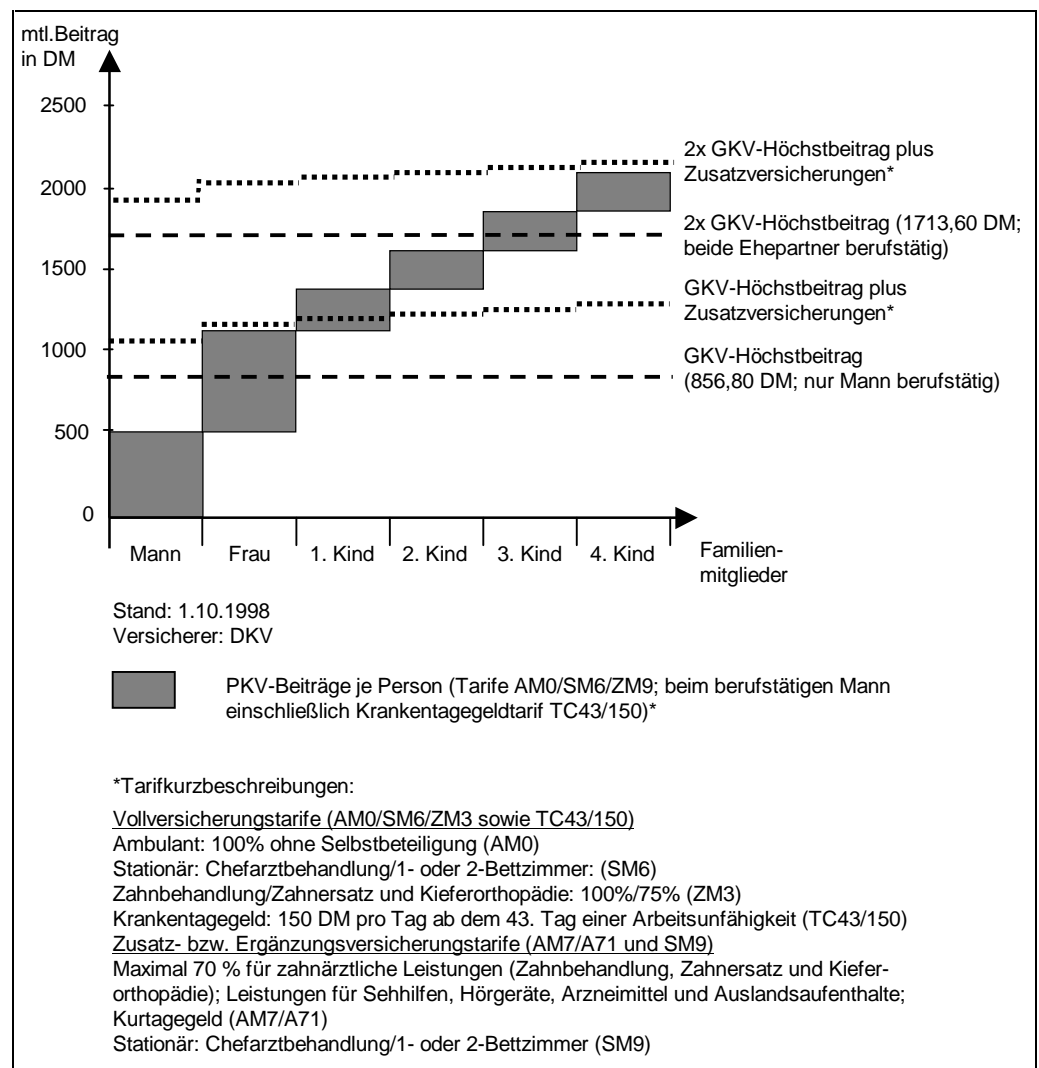


Abbildung 20: Beitragsbelastung bei GKV-Schutz und bei leistungsorientiertem PKV-Schutz aus Sicht eines wahlberechtigten "Haushaltsvorstands" in Abhängigkeit vom Familienstatus<sup>249</sup>

1. Der PKV-Topschutz ist – neben Einzelpersonen – auch für typische Familienkonstellationen mit und ohne Kinder, in denen beide Ehepartner einer Berufstätigkeit nachgehen, die im Vergleich zur GKV tendenziell überlegene Alternative. Dies ist regelmäßig unabhängig davon, ob der bessere PKV-Schutz vom Entscheidungsträger gewünscht wird – er also Zusatzversicherungen kalkuliert – oder nicht.<sup>250</sup> Das Ergebnis gilt zum einen dann, wenn

249) In Anlehnung an Blumrath (1990), S. 111.

250) Dies gilt nicht in der Phase, in der der Entscheidungsträger alleine berufstätig ist und noch keine Kinder da sind. Hier entsprechen die beiden PKV-Beiträge etwa dem GKV-Höchstbeitrag einschließlich Zusatzversicherungen, so daß der leistungsorientierte Entscheidungsträger hier tendenziell mit der privaten Vollschutzlösung keinen Fehler macht. Ohne Bewertung der Leistungsunterschiede ist in dieser Situation die GKV die bessere Alternative.

beide Ehepartner versicherungsfrei beschäftigt sind, weil in diesem Fall alternativ bei GKV-Schutz zweimal der Höchstbeitrag fällig würde.<sup>251</sup> Es gilt zum anderen aber auch in den Fällen, in denen ein Ehepartner, z. B. wegen einer Teilzeitbeschäftigung und des daraus resultierenden Einkommens unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, in der GKV versicherungspflichtig ist. Denn in dieser Situation ist der Ehepartner für den Entscheidungsträger "irrelevant". Für ihn ist hier nur noch die Frage zu beantworten, wieviele Kinder er für seinen gesetzlichen Alternativbeitrag in einer privaten Vollversicherung mitversichern kann. In obigem Beispiel sind es rechnerisch 1,6 Kinder unter reinen Beitragsgesichtspunkten. Bewertet man den Leistungsunterschied zwischen GKV und PKV durch die Kalkulation von Zusatzversicherungen, so könnten kalkulatorisch 2,2 Kinder über eine private Vollschutzlösung mitversichert werden.

2. Der PKV-Topschutz ist dagegen in Familiensituationen, in denen der Ehepartner langfristig keiner Berufstätigkeit nachgeht, der Alternative GKV tendenziell unterlegen. So ist unter der Voraussetzung, daß der GKV-Schutz vom Entscheidungsträger als ausreichend angesehen wird, in obigem Beispiel der PKV-Topschutz der Alternative GKV bereits bei ausschließlicher Mitversicherung des nicht berufstätigen Ehepartners (also in einer Familiensituation ohne Kinder) unterlegen. Falls der bessere PKV-Schutz gewünscht ist und daher vom Entscheidungsträger zusätzlich zum GKV-Schutz private Zusatzversicherungen kalkuliert werden müssen, "kippt" die Entscheidungslage bereits ab dem 1. Kind zugunsten der GKV.

Ausgangspunkt und Vergleichsmaßstab der obigen Ausführungen und Beispiele waren typische "klassische" leistungsorientierte Vollversicherungslösungen. Diese führen – wie gezeigt – insbesondere in der Familiensituation mit einem nicht berufstätigen Ehepartner und (mehreren) Kindern zu Vorteilen der GKV-Lösung für den Entscheidungsträger. U. a. aufgrund dieser Problematik haben die PKV-Unternehmen in den letzten Jahren preisorientierte Vollversicherungsprodukte – sog. Elementar- und Grundschutztarife<sup>252</sup> – auf den Markt gebracht. Mit dieser Tarifgeneration kann der Fall des preisorientierten Entscheidungsträgers ohne Leistungspräferenzen zugunsten der PKV besser modelliert werden. Dies geschieht dadurch, daß der preisorientierten PKV-Vollschutzlösung auf GKV-Leistungsniveau der GKV-Schutz ohne private Zusatzversicherungen gegenübergestellt wird.

Abbildung 21 auf S. 96 zeigt deutlich, daß bei einer derartigen Entscheidungslage die PKV-Lösung im Vergleich zur obigen Situation besser abschneidet. Denn der preisorientierte private Vollversicherungsschutz ist nun auch für Entscheidungsträger mit einem nicht berufstätigen Ehepartner und mehreren Kindern interessant.

---

251) Ein berufstätiges Ehepaar wird regelmäßig nicht so viele Kinder haben, daß sich die private Vollversicherungslösung nicht lohnt.

252) Vgl. zu dieser Produktgeneration auch die Ausführungen auf den S. 169 f.

So zahlt in obigem Beispiel ein 33jähriger männlicher Entscheidungsträger mit einer gleichaltrigen, nicht berufstätigen Ehefrau und zwei Kindern etwa den GKV-Höchstbeitrag. Erst ab dem 3. Kind ist hier der GKV-Schutz die überlegene Alternative.

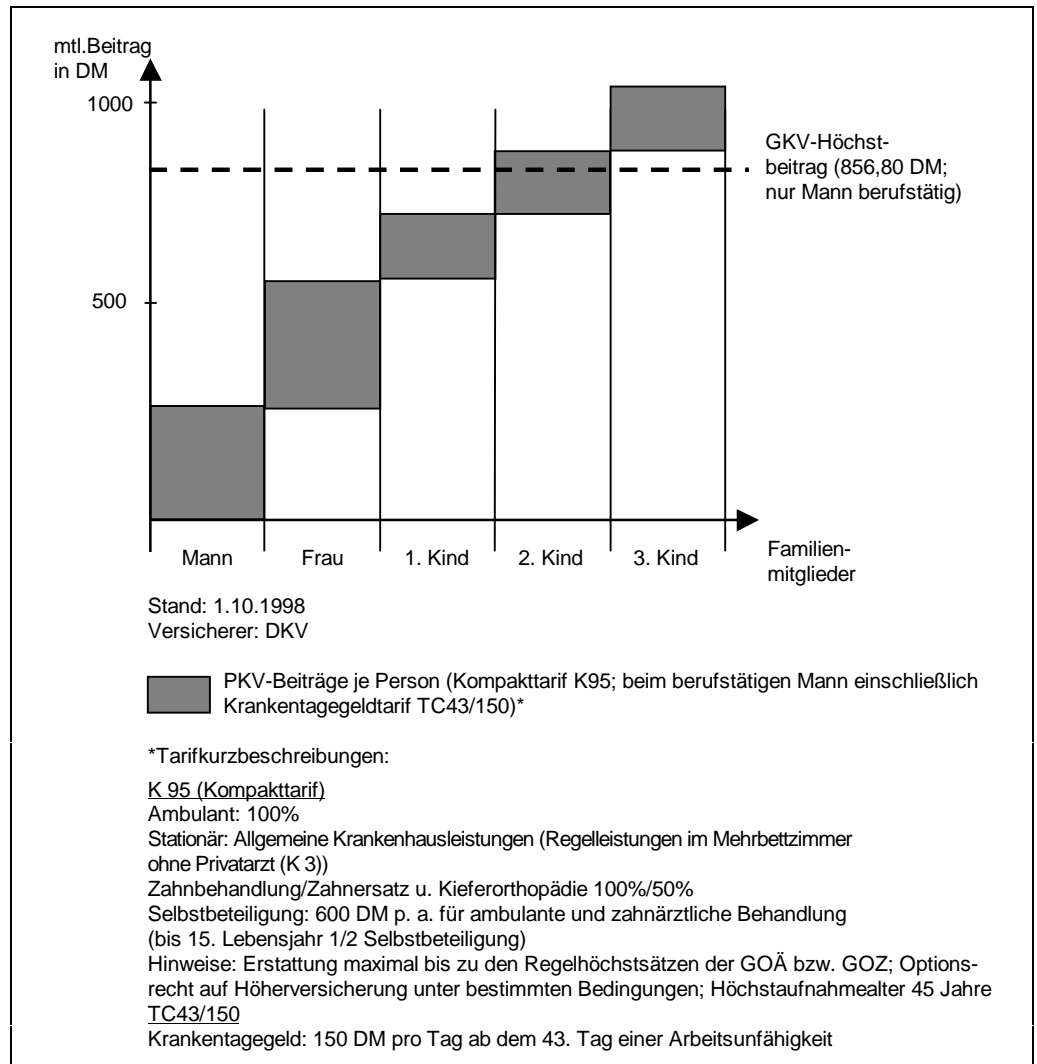


Abbildung 21: Beitragsbelastung bei GKV- Schutz und bei preisorientiertem PKV-Schutz aus Sicht eines wahlberechtigten "Haushaltsvorstands" in Abhängigkeit vom Familienstatus

### 3.4.3.1.3 Änderungen der sozioökonomischen Situation im Zeitablauf

Die bereits beschriebene sozioökonomische Situation des Entscheidungsträgers hinsichtlich seines Familienstandes ist häufig dadurch gekennzeichnet, daß sie sich im Zeitablauf wandelt. Dies führt zur Unsicherheit über die Veränderung des Relativpreises zwischen GKV und PKV. Dies gilt besonders für jüngere, ledige Versicherte, deren Wahlverhalten auch durch Unsicherheit über die zukünftige Familiensituation geprägt sein kann.



Mögliche Veränderungen lassen sich entsprechend der zuvor beschriebenen Entscheidungslage in der Familiensituation beschreiben. Das Wahlverhalten vor allem des jungen, ledigen Entscheidungsträgers ist dann wesentlich davon abhängig, mit welchen Wahrscheinlichkeiten er die verschiedenen zukünftigen Familiensituationen

- Alternative 1: Der Ehepartner wird im Zeitablauf überwiegend nicht berufstätig sein,
- Alternative 2: Der Ehepartner wird im Zeitablauf überwiegend versicherungspflichtig (teilzeitbeschäftigt) sein,
- Alternative 3: Der Ehepartner wird im Zeitablauf überwiegend versicherungsfrei und damit selbst wahlberechtigt sein

belegt.

Hierzu werden für die praktische Entscheidungsfindung häufig "Gestaltungshinweise" zur Lösung der komplexen Grundsatzentscheidung GKV versus PKV angeboten, die für die oben angeführten Familienkonstellationen PKV- und GKV-Lösung gegenüberstellen und letztlich auf ähnlichen Modellrechnungen beruhen, wie sie den Abbildungen 20 und 21 zugrundeliegen.<sup>253</sup> Dabei wird im Rahmen von Lebenszyklusmodellen zum Teil auch berücksichtigt, daß z. B. in der PKV-Lösung gespart wird, solange noch keine Kinder da sind. Das Gleiche gilt, wenn die Kinder später zur Ausbildung das Elternhaus verlassen. Umgekehrt zahlt in der Familienphase der Versicherte in der PKV regelmäßig mehr als in der GKV. In ähnlicher Weise kann auch der Einfluß einer Unterbrechung der Berufstätigkeit, insbesondere von Frauen, auf den Entscheidungsprozeß modelliert werden. Insoweit hängt dann die langfristige Vorteilhaftigkeit der einen oder der anderen Krankenversicherungslösung – neben der unterstellten Ausgaben- und Beitragsentwicklung in GKV und PKV sowie des Zinssatzes für Barwertermittlung der auf die Gegenwart abgezinsten Beiträge – u. a. von den jeweils getroffenen Grundannahmen zur sozioökonomischen Perspektive im Zeitablauf ab.

Im Zusammenhang mit Veränderungen der sozioökonomischen Situation ist nun bedeutsam, daß die oben beschriebene Entscheidungssituation unter Unsicherheit Gültigkeit für wahlberechtigte Entscheidungsträger hat, die im Rahmen einer Familienperspektive damit rechnen, langfristig als "Haushaltsvorstand" die Rolle des wahlberechtigten Entscheidungsträgers innezuhaben. Wie Abbildung 22 auf S. 99 zeigt, stellt sich indes die Entscheidungssituation eines wahlberechtigten Entscheidungsträgers, der im Rahmen einer Familienperspektive damit rechnet, die Rolle eines nicht-wahlberechtigten Familienangehörigen einzunehmen, deutlich anders dar. Unterstellt man hier, daß der heute wahlberech-

---

253) Vgl. u. a. Blumrath (1990), S. 112 f.; Bank u. a. (1997), S. 210 f.; Drengemann (1998), S. 15 ff.

tigte Entscheidungsträger zu einem späteren Zeitpunkt heiratet, so sind zwei Fälle zu unterscheiden<sup>254</sup>:

- Alternative 1: Der heute wahlberechtigte Entscheidungsträger arbeitet weiter

- a) in einem versicherungsfreien Status (in Abbildung 22 als 1 a bezeichnet).

Diese Situation ist vergleichbar mit der Familienperspektive für wahlberechtigte Haushaltsvorstände. Zum Relativpreisvergleich gilt das dort Gesagte.

- b) in einem versicherungspflichtigen Status (1 b).

Sinkt das Gehalt, zum Beispiel aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung unter die Versicherungspflichtgrenze, führt dies regelmäßig zur sofortigen Versicherungspflicht in der GKV. Die PKV endet außerordentlich ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist. Hinsichtlich der Relativpreisbetrachtung führt dies dazu, daß diese nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht relevant ist, danach besteht überhaupt keine Wahlmöglichkeit mehr.

- Alternative 2: Der wahlberechtigte Entscheidungsträger gibt seine Berufstätigkeit auf

In diesem Fall ist die (bereits getroffene) Wahlentscheidung des wahlberechtigten Haushaltsvorstands für den Versicherungsstatus entscheidend.

- a) Der wahlberechtigte Ehepartner ist PKV-versichert (2 a).

In diesem Fall hat der wahlberechtigte Ehepartner mit seiner PKV-Entscheidung eine Entscheidung auch für (zukünftige) Familienmitglieder getroffen. Er muß nunmehr auch den jetzt nicht mehr berufstätigen Ehepartner mit eigenständigem Beitrag entweder in der GKV oder in der PKV versichern. Ist der die Berufstätigkeit aufgebende Ehepartner bereits PKV-versichert, so ist dies aufgrund des damaligen niedrigeren Eintrittsalters in der Relativpreisbetrachtung vorteilhaft.

---

254) Vgl. Blumrath (1990), S. 115 f.

b) Der wahlberechtigte Ehepartner ist GKV-versichert (2 b).

Ist der die Berufstätigkeit aufgebende Entscheidungsträger bis zu diesem Zeitpunkt PKV-versichert, so wird er regelmäßig seine bestehende private Krankenversicherung kündigen und in die beitragsfreie GKV-Familienversicherung des Ehepartners wechseln. Auch in diesem Fall ist der Relativpreisvergleich nur bis zur Aufgabe der Berufstätigkeit relevant.

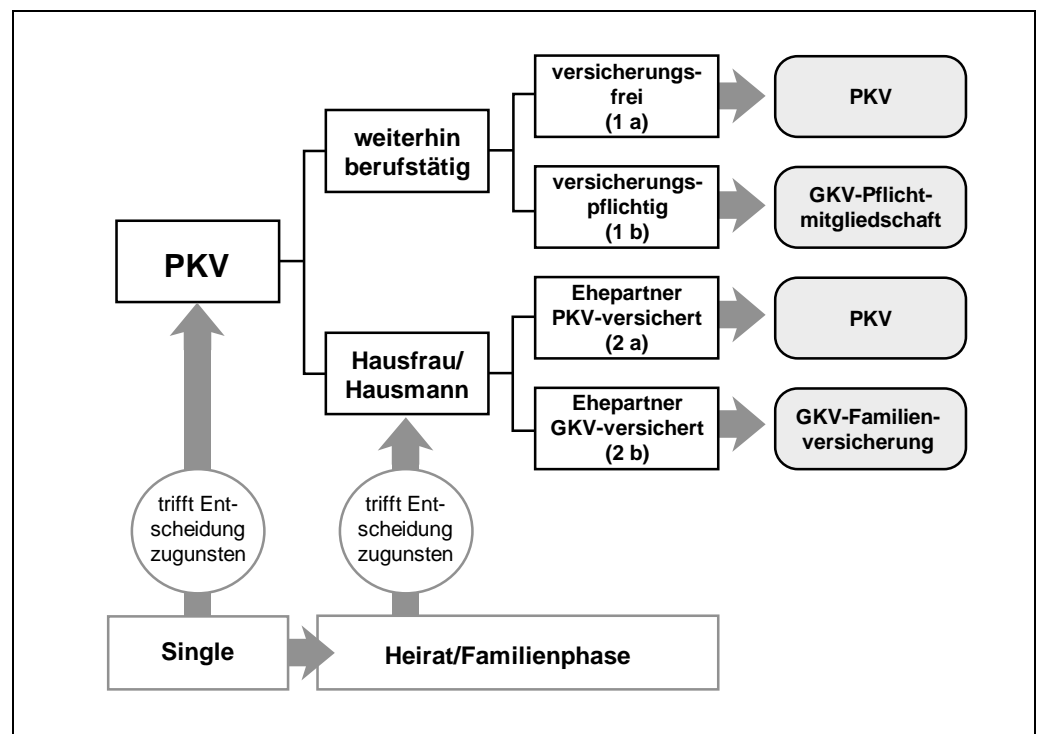


Abbildung 22: Die Entscheidungssituation wahlberechtigter Entscheidungsträger unter Berücksichtigung der Perspektive eines zukünftig nicht-wahlberechtigten Familienangehörigen

Unterstellt man weiter, daß dieser Entscheidungszusammenhang überwiegend für wahlberechtigte weibliche Entscheidungsträger relevant ist, weil diese – eher als männliche Entscheidungsträger – zumindest langfristig nicht damit rechnen, die Rolle des wahlberechtigten Entscheidungsträgers auch in einer zukünftigen Familienphase einzunehmen, so kann diese Zielgruppe stärker als Männer mit gleichen sozioökonomischen Charakteristika hinsichtlich Alter und Einkommen die unmittelbare Beitragsminimierung in den Vordergrund stellen.

Dieses Entscheidungsverhalten läßt sich im wesentlichen damit begründen, daß bei Aufgabe der Berufstätigkeit die Relativpreisposition in der Familienphase von der Wahlentscheidung des langfristig entscheidungstragenden "Familienvorstandes" abhängt. Ist dieser GKV-Mitglied, so hat die nicht erwerbstätige Ehefrau regelmäßig einen Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung und wird

dann ihren privaten Krankenversicherungsvertrag beenden.<sup>255</sup> Ist der Ehepartner ebenfalls privat krankenversichert, so muß er seine Ehefrau regelmäßig auch privat krankenversichern – und profitiert insofern vom günstigen Beitrag seiner bereits privat krankenversicherten Ehefrau aufgrund deren frühen Eintritts in die PKV. Insoweit kann die Frau durch den Eintritt in die PKV keinen später vielleicht kostenträchtigen "Fehler" machen.

Ähnliches gilt für den Fall, daß die Frau ihre Berufstätigkeit in der Familiensituation nicht aufgibt: Ist sie teilzeitbeschäftigt, entsteht wegen des meist unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegenden Arbeitsentgelts regelmäßig Versicherungspflicht in der GKV. Bis zu diesem Zeitpunkt hat die Frau in jedem Fall einen im Vergleich zum GKV-Schutz besseren und preisgünstigeren Versicherungsschutz. Ist sie weiterhin versicherungsfrei (z. B. als vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmerin mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze), wird sie ihren mit günstigem Eintrittsalter abgeschlossenen PKV-Schutz weiter fortführen. Auch hier kann regelmäßig keine Situation eintreten, in der die zu einem frühen Zeitpunkt getroffene Entscheidung zugunsten der PKV Nachteile mit sich bringt.

Diese Zusammenhänge müßten dazu führen, daß unter sonst gleichen Bedingungen relativ mehr Frauen als Männer PKV-versichert sind.<sup>256</sup> Daß dies auch tatsächlich so ist, zeigt ein Vergleich der PKV-Marktanteile bei wahlberechtigten Männern und Frauen: Im Jahr 1995 betrug der PKV-Anteil in den alten Bundesländern an allen erwerbstätigen männlichen und weiblichen Entscheidungsträgern 52,2%. Bei den Männern lag er bei 49,9%, bei den Frauen dagegen bei 59,1%. "Verantwortlich" für diesen Befund ist in erster Linie der im Vergleich zum PKV-Anteil bei Männern deutlich höhere PKV-Anteil bei Frauen in der Zielgruppe der Angestellten und Arbeiter. Hier lag der PKV-Anteil bei Frauen bei 39,5% (Männer: 27,6%; insgesamt: 30,2%).<sup>257</sup>

---

255) Die rechtliche Grundlage für die Kündigung der privaten Krankenversicherung ist § 178 h Abs. 2 VVG. Danach kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des gesetzlichen Anspruchs auf Familienversicherung rückwirkend zum Eintritt des Anspruchs gekündigt werden. Später ist die Kündigung des Versicherungsverhältnisses dann zum Ende des Monats möglich, in dem der Anspruch auf Familienversicherung nachgewiesen wird.

256) In absoluten Zahlen sind in allen Zielgruppen der PKV mehr Männer als Frauen privat krankenversichert.

257) Bei den Beamten waren 1995 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern rund 92% der Entscheidungsträger privat krankenversichert. In der Zielgruppe der Selbständigen waren dagegen relativ gesehen ein leicht höherer PKV-Anteil bei Männern festzustellen (Männer: 49,5%, Frauen: 45,6%; insgesamt: 48,5%). Vgl. zum Datenmaterial Statistisches Bundesamt (1995).

### **3.4.3.2 Die Entwicklung der Relativpreise zwischen GKV und PKV und ihre Auswirkungen auf das Wahlverhalten der Entscheidungsträger – eine Vergangenheitsbetrachtung**

#### **3.4.3.2.1 Relativpreise im Neugeschäft**

Beim Vergleich der Steigerungsraten der Versicherungsleistungen je Versichertem in GKV und PKV ab 1985 zeigte sich bereits eine ab Beginn der 90er Jahre deutlich dynamischere Entwicklung der PKV-Erhöungsprozentsätze. Dies galt insbesondere für die ambulanten und zahnärztlichen Leistungsausgaben.<sup>258</sup>

Für die Wahlentscheidung zwischen PKV und GKV ist nun aber mit Blick auf einen Beitragsvergleich zwischen beiden Systemen letztlich die Gegenüberstellung der PKV-Steigerungsraten der Leistungsausgaben je Versichertem mit den Steigerungsraten der GKV je Mitglied – und nicht je Versicherten – entscheidend. Dieser Vergleich ist deshalb relevant, weil die GKV keine einzelpersonenbezogene, sondern "nur" eine mitgliedsbezogene Beitragserhebung kennt. Dies hat zur Folge, daß im Rahmen der Familienversicherung ein Entscheidungsträger für mitversicherte Personen Leistungen ohne eigene Beitragszahlung erhält, während in der PKV für alle Personen ein eigener Beitrag fällig wird.

Festzustellen ist nun, daß im Zeitraum von 1985 bis 1996 die Versicherungsleistungen der PKV je Versicherten um jahresdurchschnittlich 5,3% stiegen, während die Versicherungsleistungen der GKV je Mitglied im Vergleichszeitraum "nur" um 4,2% pro Jahr wuchsen.<sup>259</sup> Abbildung 23 macht deutlich, daß die Entwicklung der Versicherungsleistungen gerade in den 90er Jahren aufgrund höherer Steigerungsraten in der PKV deutlich zu deren Lasten verläuft.<sup>260</sup>

Da in beide Systeme die Erhöhungen ihrer Versicherungsleistungen in die Beitragskalkulation einfließen, überrascht nun folgender Befund bei Vergleich der Entwicklung des durchschnittlichen Beitrags je PKV-Versicherten in der substitutiven privaten Krankheitskostenversicherung mit der des durchschnittlichen Höchstbeitrags in der GKV im Zeitraum 1975 bis 1997 nicht: Während im gesamten Vergleichszeitraum die Durchschnittspreise je PKV-Versicherten etwa so stark gestiegen ist wie der GKV-Höchstbeitrag, liegen auch hier ab Beginn der 90er Jahre die Steigerungsraten der Durchschnittspreise substitutiver

---

258) Vgl. Abbildung 12 auf S. 57.

259) Die Erhöhungsprozentsätze werden vom PKV-Verband regelmäßig errechnet und den Mitgliedsunternehmen zur Verfügung gestellt.

260) Bei einer derartigen Gegenüberstellung mit den mitgliedsbezogenen GKV-Werten schneidet die PKV nochmals schlechter ab als bei einem einzelpersonenbezogenen Vergleich je Versicherten. Denn die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der GKV-Leistungsausgaben je Versicherten lag im Vergleichszeitraum mit 4,8% über derjenigen der GKV-Leistungsausgaben je Mitglied. Vgl. zur Entwicklung der Versicherungsleistungen je GKV-Versicherten auch Abbildung 11 auf S. 56.

Krankheitskostentarife oberhalb derer des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags.<sup>261</sup>

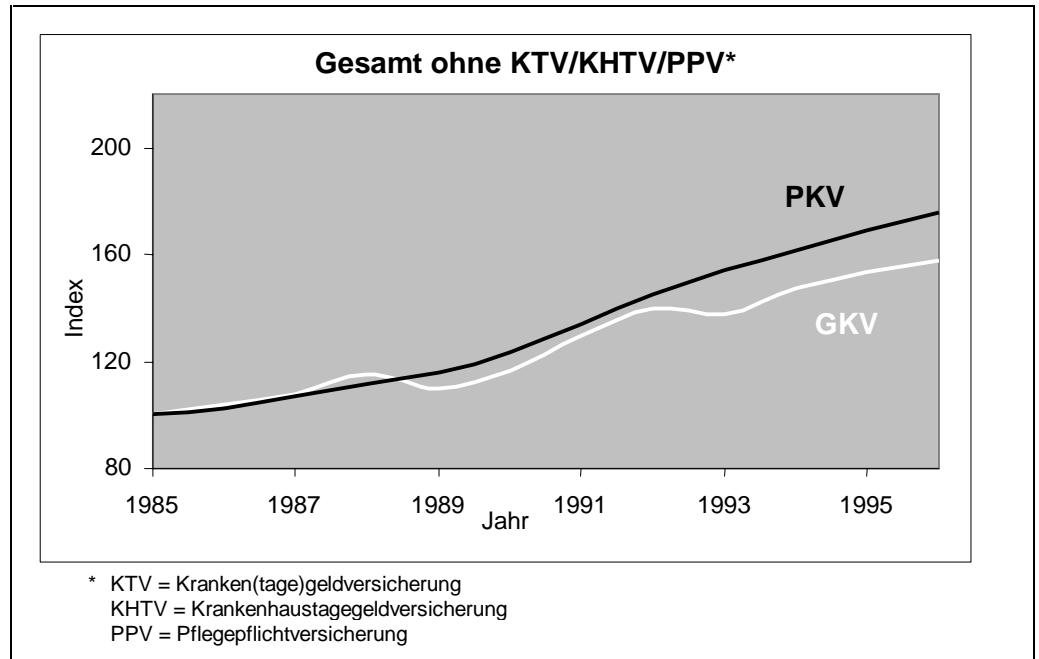


Abbildung 23: Entwicklung der Versicherungsleistungen in GKV und PKV – Gesamt über alle Leistungsarten (GKV je Mitglied, PKV je Versicherten; alte Bundesländer)

Bei der Bewertung dieser Entwicklung liegt es nun nahe, bereits daraus auf ein generelles Marktproblem der PKV in der substitutiven Krankheitskostenversicherung zu schließen. Zur Vermeidung voreiliger Schlußfolgerungen sollte in diesem Zusammenhang aber beachtet werden, daß bei einer Betrachtung der PKV-Durchschnittspreise nicht zwischen Preisen für neuabgeschlossene Verträge und bereits (möglicherweise langjährig) bestehenden Verträgen differenziert wird. Eine derartige Differenzierung ist aber grundsätzlich erforderlich, weil – wie bereits gezeigt wurde – Ausgabensteigerungen unterschiedliche Beitragssteigerungsraten im Neu- und Bestandsgeschäft der PKV zur Folge haben.<sup>262</sup> Darüber hinaus findet bei der Betrachtung von Durchschnittspreisen eine Unterscheidung nach Altersgruppen und Geschlecht sowie nach verschiedenen zielgruppenabhängigen Tariffinhalten und Selbstbeteiligungshöhen nicht statt.<sup>263</sup>

Zur Bewertung der Entwicklung der Neugeschäftsbeiträge in GKV und PKV ist daher im Prinzip eine empirische, zielgruppenspezifische Analyse nach Alter, Geschlecht und Tarif notwendig. Die notwendigen Daten liegen allerdings regelmäßig nur für einzelne Unternehmen und dann auch nur für kürzer zurücklie-

261) Vgl. hierzu Abbildung 19 auf S. 88.

262) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 78 f.

263) Auch Strukturveränderungen der genannten Parameter im Zeitablauf, wie z. B. intertemporale Veränderungen der Altersstruktur, werden hier nicht berücksichtigt.

gende Zeiträume vor. Daher können im Rahmen dieser Arbeit nur beispielhaft die Beitragssteigerungsraten im Neugeschäft für nicht-beihilfeberechtigte 33jährige Frauen und Männer sowie für Kinder in leistungsorientierten Krankheitskostenvollversicherungen ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung für den Zeitraum 1991 bis 1998 dargestellt werden (vgl. Abbildung 24).

Die dargestellten Beitragsentwicklungen zeigen, daß die durchschnittliche jährliche Steigerungsraten der (ungewichteten) Neuzugangsbeiträge über alle Anbieter für Männer (8,1%)<sup>264</sup>, Frauen (7,9%) und Kinder (6,8%) oberhalb der entsprechenden Steigerungsraten des GKV-Höchstbeitrags von 5,0%<sup>265</sup> im Vergleichszeitraum liegt.<sup>266</sup> Dabei verläuft die Beitragsentwicklung leistungsmäßig vergleichbarer Tarife verschiedener Anbieter relativ stark unterschiedlich.<sup>267</sup>

Im Ergebnis ergeben sich daraus – in Abhängigkeit vom gewählten Anbieter und dessen Tarifen – für die oben diskutierten sozioökonomischen Situationen und Perspektiven verschlechterte Relativpreispositionen der PKV im Neugeschäft im Vergleich zur GKV im Betrachtungszeitraum 1991 bis 1998.<sup>268</sup>

---

264) Andere Auswertungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen. So nennt die Unabhängige Expertenkommission in ihrem Gutachten für den Zeitraum von 1970 bis 1993 für einen männlichen Versicherten von 43 Jahren in der Vollversicherung eine durchschnittliche Steigerungsraten der Neugeschäftsbeiträge von 8,6% jährlich. Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 41.

265) Vgl. zur Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags auch Abbildung 10 auf S. 54.

266) Es gibt nur einen Anbieter (R + V), bei dem die Beitragsentwicklung in allen betrachteten Personengruppen (Männer, Frauen und Kinder) besser verläuft als die der GKV. Die meisten Krankenversicherer verzeichnen dagegen für alle Personengruppen mehr oder weniger deutlich oberhalb der Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags liegende jahresdurchschnittliche Beitragssteigerungsraten ihrer Tarife.

267) Dafür können u. a. die Bearbeitung unterschiedlicher Zielgruppensegmente, die Verwendung unterschiedlicher Annahmerichtlinien in der Risikozeichnung, etc. verantwortlich sein.

268) Diese Überlegungen gelten zunächst für den Relativpreisvergleich ohne Berücksichtigung der Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV. Da aber nicht zu erwarten ist, daß die Beitragssteigerungsraten der Zusatz- und Ergänzungstarife zum Ausgleich der Leistungsunterschiede der GKV im Vergleich zu denen der Krankheitskostenvolltarife überdurchschnittlich ausfallen, ist auch unter Berücksichtigung der Leistungsunterschiede nicht mit einer Verbesserung der Relativpreisposition der PKV in den verschiedenen Familiensituationen zu rechnen. Hierzu – ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit für alle PKV-Unternehmen zu erheben – ein Beispiel: Die durchschnittliche jährliche Beitragssteigerungsraten des stationären Wahlleistungstarifs SM 9 der DKV (Chefarztbehandlung sowie Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer), betrug im – auch Abbildung 24 zugrundeliegenden – Vergleichszeitraum von 7,5 Jahren für Männer 5,6% und für Frauen 4,5% (bei Kinder kam es im Vergleichszeitraum sogar zu einer Beitragssenkung!). Diese Werte für Erwachsene liegen damit deutlich unter den durchschnittlichen jährlichen Beitragssteigerungsraten, die gemäß Abbildung 24 auf S. 104 in der Krankheitskostenvollversicherung der DKV zu verzeichnen waren.

Gesellschaft (Tarifbe- zeichnung)*	Stand: 01.01.1991						Stand: 11.05.1998						Durchschnittliche Jahressteigerung der Neuzugangsbeiträge (incl. SB/12)		
	Quelle: Stiftung Warentest, Test 04/1991			Quelle: Morgen&Morgen, KV-Vergleich V1.07			Selbstbehalt			Monatsbeiträge			Kind	Mann	Frau
	ambulant in %	über alles in DM	Kind	Mann EA 33	Frau EA33	ambulant in %	über alles in DM	Kind	Mann EA33	Frau EA33					
Alte Oldenburger (A)	10 max.	300	136,15	233,50	366,60	10 max.	300	226,45	396,60	593,30	6,11%	6,74%	6,28%		
ARAG (20)		200	117,45	243,55	384,20		200	226,00	443,35	704,60	8,23%	7,89%	8,15%		
Berl.-Kin. (GS)			122,05	215,00	334,40			240	255,55	463,05	10,30%	10,72%	10,59%		
Central (AMN)	20 max.	500	112,65	220,50	327,50	20 max.	500	246,35	512,85	772,95	8,68%	10,50%	11,13%		
Colonia (AM)		250	130,00	247,50	370,90		600	244,70	464,00	745,30	9,34%	9,05%	9,90%		
Concordia (AV)		500**	134,50	221,10	361,90		700**	222,71	376,11	592,26	6,66%	6,93%	6,57%		
Continental (SB)		300	134,99	288,83	436,24		300	210,74	549,17	784,67	5,30%	8,39%	7,79%		
Debeka (PN)	10 max.	800	119,90	199,80	349,20	10 max.	800	181,20	379,00	499,70	3,86%	7,10%	4,20%		
Deutscher Ring (A)		300**	140,90	270,10	401,90		400**	203,30	574,20	825,40	4,92%	10,11%	9,77%		
DKV (M)		450**	151,93	270,42	403,84		600**	189,85	433,08	654,94	3,12%	6,19%	6,44%		
Gothaer (A)		250	119,00	246,40	389,30		300	232,50	444,40	652,30	8,48%	7,80%	6,92%		
HN (AV)		300	100,50	238,48	353,53		400	160,82	421,51	609,27	5,99%	7,55%	7,31%		
Hanse-Merkur (AS)		400**	115,00	288,50	383,40		700**	204,40	487,70	643,50	7,94%	8,22%	7,20%		
HUK (A)		250	101,66	221,98	340,41		250	183,40	316,94	498,69	7,05%	4,50%	4,96%		
Inter (H)		200**	158,72	325,15	494,75		400**	239,43	609,21	892,73	5,86%	8,78%	8,24%		
LKH (100)		250**	136,40	236,40	343,50		360**	210,04	424,97	623,74	5,86%	7,00%	8,11%		
LVAM (A)		250	83,93	235,70	327,38		300	217,40	381,56	639,65	11,83%	6,33%	9,00%		
Munch. Verein (700)		300	134,70	231,60	359,70		420	250,30	516,30	726,60	8,04%	10,73%	9,53%		
Nova (GA)		300	135,00	256,10	356,90		500	180,23	472,70	686,42	4,46%	8,39%	8,88%		
R+V (A)		500	123,35	244,65	356,10		600	158,84	350,48	513,50	3,19%	4,58%	4,75%		
Signal (A100)		250**	111,10	259,10	396,00		250**	192,70	491,90	760,00	7,09%	8,40%	8,73%		
UKV (VA)		200**	134,53	259,63	360,72		300**	229,08	441,16	677,30	7,26%	7,22%	8,63%		
Univisa (A)		250	161,80	223,70	366,20		300	227,59	450,31	630,66	4,42%	9,27%	7,28%		
Vereinte (70)		250	109,44	279,52	428,03		360	231,34	531,47	766,07	9,73%	8,70%	7,94%		
Victoria (AB)		250	117,55	219,95	349,65		300	197,95	485,95	703,80	6,57%	10,55%	9,44%		

\* In Klammern aufgeführt ist bei Bausteintarifen die Bezeichnung des ambulanten Tarifs als "führenden" Tarif; bei Kompaktarifen ist dessen Bezeichnung genannt.

\*\* Habibierter Selbstbehalt für Kinder

Tarifauswahl: Tarife, welche sowohl im Stiftung Warentest-Vergleich 1991 und im Morgen&Morgen-Programm Version 1.07 vorkommen

Tarifierungsmerkmale: Ambulant: mit "kleinem" Selbstbehalt Stationär: Ein- oder Zwei-Bettzimmer, Chetarzt Zahn: Mind. 70 % Zahnbehandlung und Zahnersatz

Abbildung 24: Beitragsentwicklung ausgewählter leistungsorientierter Krankheitskosten-vollversicherungen im Neugeschäft (1991 bis 1998)269



Aus dieser Verschlechterung des Relativpreisposition im Neugeschäft kann – ohne Anspruch auf Gültigkeit für alle Tarife und Anbieter – gerade für leistungsstarke Vollschutztarife ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung unterstellt werden, daß dadurch das Wahlverhalten der Entscheidungsträger in den verschiedenen sozioökonomischen Situationen und Perspektiven stark beeinflußt wurde. Insbesondere kann aus der möglichen Veränderung des Relativpreisverhältnisses zu Lasten der PKV nicht mehr unbedingt von einer auch im Zeitablauf bei veränderten familiären Verhältnissen stabilen Entscheidungslage ausgegangen werden.

Zunehmend uninteressant dürfte die PKV deshalb vor allem für GKV-versicherte Entscheidungsträger mit Familie aber auch für Singles mit geplanter Familienperspektive geworden sein. Wohl am geringsten im Wahlverhalten beeinflußt wurden dagegen vermutlich Personen mit im Zeitablauf stabiler Single-Perspektive, weil der absolute Beitragsvorteil zur GKV zwar regelmäßig gesunken, aber immer noch recht deutlich vorhanden ist.

#### **3.4.3.2.2 Relativpreise im Bestandsgeschäft**

Grundsätzlich gilt, daß sich die Beitragssteigerungsraten im Bestand durch Vergleich des Neugeschäftsbeitrags bei Abschluß des Krankenversicherungsvertrages (auf der Grundlage des damaligen Alters) mit dem Bestandsbeitrag zum erreichten Alter im Vergleichszeitraum ergeben, während sich die Beitragssteigerungsraten im Neugeschäft in der PKV in einem Zeitraum auf ein festes Eintrittsalter beziehen. Das Kalkulationsprinzip der PKV bringt es nun mit sich, daß unter sonst gleichen Bedingungen die durchschnittlichen Beitragssteigerungsraten zum erreichten Alter oberhalb derer zum festen Eintrittsalter liegen.<sup>270</sup> Dies gilt jedenfalls, solange PKV-Unternehmen keine zusätzlichen Maßnahmen zur Abmilderung der Beitragssteigerungen ergreifen.

Aus diesem Sachverhalt, in Verbindung mit der beschriebenen Erhöhung der Durchschnittspreise je Versicherten, die ab Beginn der 90er Jahre zu einem großen Teil aus Beitragsanpassungen im Bestand resultieren, läßt sich daher ableiten, daß sich die Relativpreisverhältnisse im Bestandsgeschäft tendenziell zu Lasten der PKV entwickelt haben. Hinzu kommt, daß der finanzielle Spielraum für beitragsstabilisierende Maßnahmen im Bestandsgeschäft anläßlich von Beitragsanpassungen geringer geworden ist. Dies liegt u. a. an geänderten Rahmenbedingungen für die PKV-Unternehmen. So führten die gesetzgeberischen Vor-

---

270) So weist die Unabhängige Expertenkommission in ihrem Gutachten für den Zeitraum von 1970 bis 1993 für einen männlichen Versicherten von 43 Jahren in der Vollversicherung eine durchschnittliche Steigerungsrate zum festen Eintrittsalter von 8,6% jährlich nach, während sich für einen Versicherten, der 1970 mit 43 Jahren in die PKV eingetreten und ab dann privat versichert war, bis 1993 mit dem erreichten Alter von 66 Jahren eine Steigerung um durchschnittlich 10,6% jährlich ergab. Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 41.

schriften zum Aufbau zusätzlicher Alterungsrückstellungen und zum Wegfall des GKV-Beitriffsrechts privatversicherter Personen im Rentenalter sowie die Notwendigkeit der Berücksichtigung erhöhter Erlebenswahrscheinlichkeiten ab Beginn der 90er Jahre dazu, daß den PKV-Unternehmen weniger Überschußmittel zur Dämpfung von Beitragsanpassungen zur Verfügung standen.

In diesem Zusammenhang darf allerdings nicht verkannt werden, daß eine Bewertung der Relativpreisentwicklung zwischen GKV und PKV im Bestandsgeschäft letztlich nur unternehmensbezogen erfolgen kann. So hängt es z. B. wesentlich von der Ertragskraft jedes einzelnen Unternehmens ab, ob es in der Lage ist, eigentlich aufgrund von steigenden Versicherungsleistungen notwendige Beitragsanpassungen im Bestand durch Einschießen von Überschußmitteln aufzufangen bzw. abzumildern. Insoweit ist es für die Vergangenheit durchaus denkbar, daß ein Unternehmen seine Relativpreisposition im Bestandsgeschäft gegenüber der GKV durch den Einsatz von Überschußmitteln zugunsten seiner Versicherten auch in den letzten Jahren nicht grundlegend verschlechtert hat. Dies kann für die Einzelfälle, in denen Unternehmen derartige Entwicklungen der Bestandsbeiträge zu Akquisitionszwecken veröffentlichen, belegt werden.<sup>271</sup>

So zeigt Abbildung 25 auf S. 107 f. die Beitragsentwicklung einer Krankenvollversicherung bei der Universa Krankenversicherung V.V.a.G für einen 1958 mit 29 Jahren Jahren eingetretenen Mann im Vergleich zur Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags. In diesem Beispielfall zeigt sich, daß sich die Relativpreisposition des PKV-Schutzes in den 80er Jahren im Vergleich zum Referenzjahr 1980<sup>272</sup> relativ deutlich verbessert hat, während sie sich seit Beginn der 90er Jahre – trotz des massiven Einschusses von Überschußmitteln zur Beitragsmilderung<sup>273</sup> – ebenso deutlich wieder verschlechtert. Im Vergleich zu 1980 ist in 1997 nun erstmals wieder eine schlechtere Relativpreisposition des PKV-Schutzes zu verzeichnen.

---

271) Derartiges Datenmaterial liegt für eine repräsentative Marktanalyse der Entwicklung der Bestandsbeiträge im Zeitablauf nicht vor, da die meisten PKV-Unternehmen diese Daten nicht veröffentlichen.

272) Das Jahr 1980 wurde hier als Referenzjahr gewählt, weil ab diesem Zeitpunkt wegen der kompletten Umstellung des Versicherungsschutzes auf die modernen Vollschutztarife eine seriöse Betrachtung der Entwicklung der Bestandsbeiträge möglich ist.

273) Von den für den hier betrachteten Vertrag eingesetzten Überschußmitteln zur Milderung von Beitragsanpassungen von 36.490,65 DM wurden in den Jahren 1990 bis 1997 25.470,99 DM eingesetzt, davon allein 11.543,85 DM in 1997.

monatlicher PKV-Beitrag		GKV-Höchstbeitrag	Verhältnis PKV-Beitrag zu GKV-Höchstbeitrag	Überschußmittel zur Beitragsmilderung	Bemerkungen zum Vertragsverlauf
Jahr	in DM	in DM		in DM	
vor 1974					Vom 1.3.1955 - 28.04.1974 bestand der Versicherungsschutz aus Einzelleistungstarifen mit Leistungsverzeichnissen und Höchstätzen. Infolge von Ausgabensteigerungen waren die Tarife anfällig für Unterversicherung. Zurückgelegte Versicherungszeiten in diesen Tarifwerken sind als Anspargen für eine ausreichende Altersrückstellung verloren.
1974	95,20	178,13			Per 1.3.1974 Beseitigung der Unterversicherung im Krankenhaus durch Umstellung auf einen stationären Prozenttarif. Im ambulanten und zahnärztlichen Bereich Beibehaltung des alten Versicherungsschutzes.
1975	95,20	220,50			
1976	95,20	262,73			
1977	145,20	290,70			Per 1.1.1977 Umstellung des Versicherungsschutzes im ambulanten und zahnärztlichen Bereich auf Prozenttarife (Tarife A 100 und ZA 80).
1978	207,80	316,35			Per 1.1.1978 Erhöhung des Versicherungsschutzes im Krankenhausbereich auf den Tarif ST 2/100. Der Versicherungsschutz ist vollständig auf die modernen Prozenttarife umgestellt. Aktueller Versicherungsschutz: A 100, ZA 80 und ST 2/100.
1979	207,80	339,00			
1980	267,00	362,25	0,74	1579,66	Die bei Ausgabensteigerungen von Gesundheitsgütern erforderlichen Erhöhungen in Risikobeitrag und Alterungsrückstellungen erfolgen in den modernen Tarifwerken aufgrund von Beitragsanpassungsklauseln. Per 1.3.1980 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB.
1981	267,00	389,40	0,69		
1982	288,77	423,00	0,68	4023,00	Per 1.1.1982 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB.
1983	288,77	442,50	0,65		
1984	296,00	444,60	0,67		Per 1.1.1984 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB.
1985	296,00	477,90	0,62	516,00	
1986	296,00	512,40	0,58		
1987	306,60	538,65	0,57		Erhöhung des Versicherungsschutzes im zahnärztlichen Bereich von ZA 80 auf ZA 100.

Abbildung 25: Beitragsentwicklung einer seit 39 Jahren bestehenden privaten Vollversicherung bei der Universa<sup>274</sup>

274) Vgl. Universa (1997).

monatlicher PKV-Beitrag		GKV-Höchstbeitrag		Verhältnis PKV-Beitrag zu GKV-Höchstbeitrag		Überschußmittel zur Beitragsmilderung		Bemerkungen zum Vertragsverlauf	
Jahr	in DM	in DM			in DM				
1988	320,10	580,50	0,55		4901,00			Per 1.4.1988 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB und Umstellung des Versicherungsschutzes im ambulanten Bereich von A 100 nach A 250.	
1989	370,10	590,18	0,63					Per 1.9.1989 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB.	
1990	370,10	590,63	0,63						
1991	370,10	594,75	0,62						
1992	421,30	647,70	0,65		525,75			Per 1.12.1991 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB und Umstellung des Versicherungsschutzes im ambulanten Bereich von A 250 nach A 300. Beitragsanpassung wird hier zum 1.1.1992 berücksichtigt.	
1993	481,30	723,60	0,67		4691,27			Per 1.12.1992 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB. Beitragsanpassung wird hier zum 1.1.1993 berücksichtigt.	
1994	530,30	752,40	0,70		3983,29			Per 1.12.1993 Beitragsanpassung nach § 8a (4) AVB und Umstellung des Versicherungsschutzes im zahnärztlichen Bereich von ZA 100 nach ZA 80. Beitragsanpassung wird hier zum 1.1.1994 berücksichtigt.	
1995	473,20	743,00*	0,64		1677,93			Per 1.1.1995 Beitragsanpassung nach § 8b (1) AVB und Umstellung des Versicherungsschutzes im ambulanten Bereich von A 300 nach A 80.	
1996	543,20	762,00	0,71		3048,90			Per 1.1.1996 Beitragsanpassung nach § 8b (1) AVB.	
1997	601,40	774,90	0,78		11543,85			Per 1.1.1997 Beitragsanpassung nach § 8b (1) AVB. Aktueller Versicherungsschutz: A 80, ZA 80 und ST 2/100.	
					36490,65				

\* Ab 1995 gilt wegen des Eintritts ins Rentenalter in der GKV der ermäßigte Beitragssatz ohne Krankengeldanspruch.

#### Tarifkurzbeschreibungen

- A 100: 100% ambulante Heilbehandlung ohne Selbstbeteiligung
- A 250: 100% ambulante Heilbehandlung mit 250 DM jährlicher Selbstbeteiligung (absolute Abzugsfranchise)
- A 300: 100% ambulante Heilbehandlung mit 300 DM jährlicher Selbstbeteiligung (absolute Abzugsfranchise)
- A 80: 100% ambulante Heilbehandlung mit 20%, max. 300 DM jährlicher Selbstbeteiligung (Kombination aus prozentualer und absoluter Abzugsfranchise)
- ZA 100: 100% Zahnbehandlung, 80% Zahnersatz und Kieferorthopädie
- ZA 80: 80% Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- ST 2/100: 100% Stationäre Heilbehandlung ohne Selbstbeteiligung (Chefarztbehandlung sowie Unterbringung und Verpflegung im 2-Bettzimmer)

Abbildung 25: (Fortsetzung)

### 3.4.3.2.3 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

Im Ergebnis zeigt sich, daß das Relativpreismodell das geändertes Wahlverhalten der Kunden zulasten der PKV und die daraus resultierenden Marktanteilsverschiebungen zwischen GKV und PKV, auch unter Berücksichtigung zu erwartender Änderungen individueller sozioökonomischer Rahmenbedingungen, für die Vergangenheit gut erklärt werden kann. Dies gilt zumindest für leistungsorientierte Produkte ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung, die bisher in der Tariflandschaft der PKV vorherrschen.<sup>275</sup>

Für die Erklärung der Marktstrukturverschiebungen ab Beginn der 90er Jahre tritt hinzu, daß die wahlberechtigten Entscheidungsträger für die zukünftige Vertragslaufzeit tendenziell nicht mit einer Verbesserung der zum Zeitpunkt der Wahlentscheidung bestehenden Relativpreissituation rechneten, die sich gegebenenfalls im Zeitablauf aufgrund unterschiedlicher Wirkungen veränderter Rahmenbedingungen (z. B. durch die beschriebenen Änderungsrisiken) auf die Beiträge in GKV und PKV ergeben könnte. Häufigere und höhere Beitragsanpassungen im Vergleich zu den 80er Jahren führten offensichtlich zu einer stärkeren Beachtung der mittelfristigen Entwicklung der Beiträge im Entscheidungsprozeß. Dies gilt – mitbeeinflußt durch die Berichterstattung in den Medien – noch verstärkt für die Erwartungen der Entscheidungsträger zu ihren Altersbeiträgen. Insbesondere dürfte die Angst vor hohen PKV-Beiträgen im Alter ("jung angelockt, alt abgezockt") nach wie vor das Wahlverhalten mitbestimmt haben.

Die durch den Gesetzgeber verstärkt seit Beginn der 90er Jahre getroffenen Maßnahmen zugunsten älterer Versicherter (u. a. Verwendung der Kapitalerträge zum Aufbau zusätzlicher Alterungsrückstellungen) in der PKV bei gleichzeitiger Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Bemessung der Beiträge freiwillig versicherter Rentner in der GKV sowie die absehbare Problematik der Beitragsentwicklung in der GKV aufgrund der kollektiven Alterung der Versicherten dürften positive Auswirkungen auf die zukünftige Relativpreisposition der PKV haben. Diese Entwicklungsperspektive hat das Wahlverhalten der Entscheidungsträger jedoch offensichtlich bisher nicht zugunsten der PKV beeinflußt. Dies kann u. a. daran liegen, daß die mittel- und langfristigen Wirkungen auf die Beitragsentwicklung in beiden Systemen sehr komplex und daher in der Öffentlichkeit noch unzureichend transparent sind.

---

275) Die besondere Entscheidungsrelevanz der Neugeschäftsbeiträge dürfte in der Realität noch dadurch gestützt werden, daß sowohl auf Seiten von Kunden als auch beim Außendienst der Versicherungsunternehmen aufgrund der dargestellten komplexen Zusammenhänge von begrenzter Information und mangelnder Rationalität im Entscheidungs- und Beratungsverhalten bezüglich zukünftiger Beitragsentwicklungen auszugehen ist.

Auch die durch Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen – seit 1989 in regelmäßigen Abständen – ausgelösten Reaktionen der GKV im Leistungs- und Beitragsrecht beeinträchtigen die Bedeutung der Neugeschäftsbeiträge zur Erklärung des Wahlverhaltens in der Vergangenheit nicht. Dazu folgende Überlegungen: Änderungen des Leistungsrechts werden in der GKV mit kollektiver Wirkung für alle Versicherten durch den Gesetzgeber beschlossen. In der PKV sind dagegen Leistungsänderungen in der Regel nur auf Wunsch des Versicherten möglich. Sie führen dann unmittelbar zu einer individuellen Veränderung des Beitrags. Der Leistungsunterschied, der zum Zeitpunkt der Entscheidung zwischen GKV und PKV bereits vorhanden ist, kann hierbei – wie bereits oben erläutert – durch eine entsprechende Anpassung des Beitrags bei GKV-Versicherung durch Kalkulation privater Zusatzversicherungen berücksichtigt werden.

Die Entwicklungen der 80er und 90er Jahre ließen nun für die Entscheidungsträger für die absehbare Zukunft eher weitere Leistungskürzungen denn -erweiterungen erwarten. Änderungen der Präferenzen, die durch zusätzliche Leistungseinschränkungen verursacht werden, aber zum Zeitpunkt der Wahlentscheidung auf der Basis von Neugeschäftsbeiträgen unsicher sind, können in ihrer Bedeutung für die Marktanteilsverschiebungen zumindest für die Vergangenheit eingeschätzt werden. Denn die Leistungskürzungen in der GKV, gerade durch das Gesundheitsreformgesetz und das Gesundheitsstrukturgesetz (und deren erwartete Fortführung), haben nicht dazu geführt, daß die Marktanteile der PKV gestiegen sind. Dies führt zu der Schlußfolgerung, daß die Leistungspräferenzen zugunsten der PKV in der Vergangenheit die Nachfrageverschiebungen, die sich aus der Veränderung des Relativpreises zwischen GKV und PKV ergaben, nicht überkompensieren konnten.

Auch einige weitere mittel- bis langfristigen Perspektiven, die durchaus zu einer deutlicher Relativpreisänderung zugunsten der PKV führen können, haben in der Vergangenheit offensichtlich das Wahlverhalten nicht maßgeblich beeinflußt. So haben sich mögliche Szenarien über die zukünftigen Regelungen zur Bemessungsgrundlage der Beitragserhebung mit entsprechenden Vorschlägen zur Verbreiterung der Finanzierungsbasis bei den aktiven Beitragszahlern<sup>276</sup> (z. B. durch Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung für nichtberufstätige Ehepartner) nicht erkennbar zugunsten der PKV ausgewirkt.

---

276) Die Änderungen der Beitragsermittlung für freiwillig GKV-versicherte Rentner mit dem Gesundheitsreformgesetz könnten insofern als ein erster Schritt interpretiert werden. Vgl. hierzu Fußnote 288 auf S. 116.

### **3.4.3.3 Die Entwicklung der Relativpreise zwischen GKV und PKV und ihre Auswirkungen auf das Wahlverhalten der Entscheidungsträger – Überlegungen zur zukünftigen Entwicklung**

#### **3.4.3.3.1 Relativpreise im Neugeschäft**

Für die zukünftige Entwicklung der Beitragssteigerungsraten in beiden Systemen und damit auch der Relativpreise im Neugeschäft und im Bestand ist die Entwicklung der Steigerungsraten der Versicherungsleistungen im Zeitablauf aufgrund bestehender Änderungsrisiken sowie die Reaktionen der beiden Krankenversicherungssysteme auf diese Änderungsrisiken maßgeblich. Von besonderer Bedeutung für die Beitragsentwicklung in der GKV ist dabei die kollektive Alterung der Versicherten (Demographie-Effekt). Denn die Auswirkungen dieses Änderungsrisikos aufgrund der absehbaren Bevölkerungsentwicklung werden erst in den kommenden Jahren vollständig auf die Beiträge in der GKV durchschlagen. Für die zukünftigen Relativpreispositionen von GKV und PKV bedeutet dies folgendes:

Einerseits erscheinen ohne Berücksichtigung des Demographieeffekts unter gegebenen Rahmenbedingungen im Vergleich zur GKV auch weiterhin höhere Ausgabensteigerungsraten in der PKV realistisch. Dies ist zum einen der bereits heute deutlich zutage tretenden Nachfragemacht der gesetzlichen Krankenkassen zuzuschreiben, die die GKV gegenüber den Leistungserbringern zukünftig noch verstärkter als heute zur Realisierung von im Gesundheitssystem bestehenden Rationalisierungs- und Ausgaben-senkungspotentialen nutzen wird. Zum anderen ist bei zwei Marktsegmenten mit unterschiedlichen Leistungsprogrammen um so eher von Mengenausweitungen zu Lasten der höherwertigen (PKV-)Leistungsprogramme durch interne, aber insbesondere auch externe Moral-Hazard-Effekte auszugehen, je unterschiedlicher die Leistungsniveaus der Marktangebote sind. Diese Überlegungen führen dazu, daß – bezogen auf die isolierten Wirkungen von Ausgabensteigerungen – zukünftig eher von einer Verschlechterung der Relativpreisposition im Neugeschäft zu Lasten der PKV bei den leistungsorientierten Tarifen auszugehen ist.

Andererseits werden die Bemühungen der GKV um Begrenzung der Ausgaben- und damit auch der Beitragssteigerungsraten aber durch die Wirkungen der kollektiven Alterung der Bevölkerung eingeschränkt und möglicherweise sogar überkompensiert. Denn im Umlageverfahren der GKV führt eine im Vergleich zu den älteren Versicherten relativ sinkende Anzahl jüngerer Versicherter zu einem höheren Durchschnittsalter. Da die Krankheitskosten mit dem Alter steigen, erhöhen sich auch die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben und führen damit zu höheren Beiträgen. Insoweit käme es dann sozusagen zu einem "trade-off" zwischen positiven und negativen Ausgabenimpulsen in der GKV. Im Kapitaldeckungsverfahren dagegen führt ein im Zeitablauf relativ sinkender Anteil junger Versicherter nicht zu einer Änderung der Rechnungsgrundlagen der bestehenden Krankenversicherungsverträge und damit auch nicht zu Prämienhö-

hungen. Die isolierte Betrachtung der kollektiven Alterung der Bevölkerung führt also tendenziell dazu, daß sich der Relativpreis im Neugeschäft zwischen GKV und PKV im Zeitablauf zugunsten der PKV verschieben dürfte.

Im Ergebnis könnte dies bedeuten, daß es aufgrund der geschilderten gegenläufigen Effekte auch bei höheren Steigerungsraten der Versicherungsleistungen in der PKV nicht zu einer Verschlechterung der Relativpreisposition zulasten der PKV kommt. Oder umgekehrt: Gelingt es der PKV, die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen auch dem Niveau derer der GKV ohne Berücksichtigung des Demographie-Effekts zu halten, so ermöglicht ihr dies gegebenenfalls sogar eine Verbesserung der Relativpreisposition in den nächsten Jahren.

#### **3.4.3.3.2 Relativpreise im Bestandsgeschäft**

Ähnliche Überlegungen gelten für die Abschätzung der Wirkungen von Ausgabensteigerungen und kollektiver Alterung auf die zukünftigen Beitragssteigerungsraten in GKV und PKV und damit für die Entwicklung des Relativpreises für den Bestandskunden. Für das Bestandsgeschäft ist aber zu beachten, daß bereits identische Ausgabensteigerungsraten in GKV und PKV im Zeitablauf zu unterschiedlichen Veränderungsdaten der Beiträge in beiden Systemen führen. Denn unter der Annahme, daß die Ausgabensteigerungen alle medizinischen Behandlungsarten im selben Ausmaß treffen, ist die Steigerungsrate der GKV-Beiträge identisch mit der Steigerungsrate der Ausgaben im Gesundheitswesen. Im Gegensatz dazu führen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen nicht zu einer entsprechenden proportionalen Beitragserhöhung in der PKV. Dies liegt am Kalkulationsprinzip der PKV, in dem weder allgemeine noch sektorale Ausgabensteigerungen berücksichtigt werden.<sup>277</sup> Ohne zusätzliche Maßnahmen<sup>278</sup> führt dies im Ergebnis zu Prämiensteigerungsraten, die unter sonst gleichen Bedingungen die der GKV-Beiträge übersteigen.<sup>279</sup>

Für genauere Abschätzungen der zukünftigen Beitragssteigerungsraten der PKV im Bestand sind allerdings die zwischenzeitlich vom Gesetzgeber initiierten Maßnahmen, insbesondere die Auswirkungen der gesetzlich vorgeschriebenen Zuschreibungen der Kapitalerträge zu den Alterungsrückstellungen gemäß § 12 a VAG, zu berücksichtigen.

---

277) Vgl. S. 59 f.

278) Vgl. hierzu Fußnote 162 auf S. 58.

279) Wie bereits gezeigt, ist dieser Effekt bei älteren Personen besonders stark. Denn in der Realität führen die speziellen Kostensteigerungen nicht zu einer altersproportionalen Steigerung der Kopfschäden. Vielmehr ist – insbesondere in der Leistungsart Krankenhausbehandlung – die Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben für ältere Versicherte deutlich größer als für jüngere mit der Folge, daß Ausgabensteigerungen grundsätzlich mit überproportionalen Beitragssteigerungen für ältere Versicherte verbunden sind. Vgl. hierzu S. 78.



§ 12 a VAG basiert auf der Grundannahme, daß die Kapitalanlagen, die im Kalkulationsmodell der PKV zur Deckung der Alterungsrückstellungen dienen, einen höheren Zinssatz als die 3,5% erwirtschaften, die der positiven Alterungsrückstellung zugerechnet werden, sich aber bereits in der Beitragskalkulation prämiennmindernd auswirken. Davon ausgehend sind Versicherungsunternehmen nach § 12 a Abs. 1 VAG verpflichtet, in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung (und freiwilligen Pflegekrankenversicherung) 80% der auf die Alterungsrückstellung entfallenden, über den rechnungsmäßigen Zinssatz von 3,5% hinaus erwirtschafteten Zinsen (sog. Überzinsen), jedoch nicht mehr als 2,5% der positiven Alterungsrückstellungen, jährlich direkt gutzuschreiben (Direktgutschrift).

Gemäß § 12 a Abs. 2 VAG sind von dieser Direktgutschrift 50% allen Versicherten jährlich direkt gutzuschreiben und zur sofortigen oder künftigen Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter zu verwenden. Die verbleibenden 50% der Direktgutschrift sind nach § 12 a Abs. 3 VAG für die Versicherten bestimmt, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben. Sie sind innerhalb von drei Jahren zur Prämienermäßigung oder zur Verringerung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter zu verwenden.<sup>280</sup> Die Regelungen des § 12 a Abs. 2 und 3 VAG entfalten folgende Wirkungen:

- Den über 64jährigen Versicherten werden relativ schnell überproportional hohe Überschußmittel zur Begrenzung des Beitragsanstiegs zur Verfügung gestellt. Der Zinsüberschuß wird dabei teilweise nicht verursachungsgerecht verteilt. Es kommt zu einer Umverteilung der Zinsüberschüsse zwischen jungen und älteren Versicherten.<sup>281</sup>
- Der Anteil der Alterungsrückstellungen der über 64jährigen an den Gesamalterungsrückstellungen wird sich deutlich erhöhen.

---

280) Zur Regelung des § 12 a VAG vgl. u. a. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 49 f.

281) Die absolute Höhe des umverteilten Betrages wird von der konkreten Altersverteilung der Versicherten im einzelnen Unternehmen mitbestimmt. Für den einzelnen Versicherten hängt das Ausmaß "seiner" Beitragsentlastung stark von seiner individuellen Position im Bestand ab: Ältere Versicherte, die bereits zum Kreis der begünstigten Personen über 65 Jahre nach § 12 a Abs. 3 VAG zählen oder dazustoßen, solange dieser – bezogen auf den Gesamtbestand – noch relativ klein ist, profitieren besonders von der Umverteilung der Zinsüberschüsse. Vgl. hierzu Drees/Milbrodt (1995), S. 407.

Die Auswirkungen der gesetzlichen Zuschreibungen gemäß § 12 a VAG auf die zukünftige Beitragsentwicklung ist Gegenstand einiger Untersuchungen.<sup>282</sup> Trotz teilweise unterschiedlicher Modellannahmen (z. B. zur Altersverteilung im Bestand, zur Höhe und Altersabhängigkeit der Kopfschadensteigerungen, etc.) führen alle Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß das beschriebene VAG-Zuschreibungsmodell zwar alleine nicht ausreichend ist, um zu gewährleisten, daß die Beiträge nur im selben Ausmaß wie die zugrundeliegende Ausgabenentwicklung steigen, es also keine überproportionalen Beitragssteigerungen gibt. Jedoch kommt man durch die Zuschreibungen gemäß § 12 a VAG dem Ziel einer Verstetigung der Beitragsentwicklung der älteren Versicherten – operationalisiert an der Erreichung bzw. Beibehaltung des individuellen Eintrittsaltersbeitrags auch im Alter – deutlich näher.<sup>283</sup>

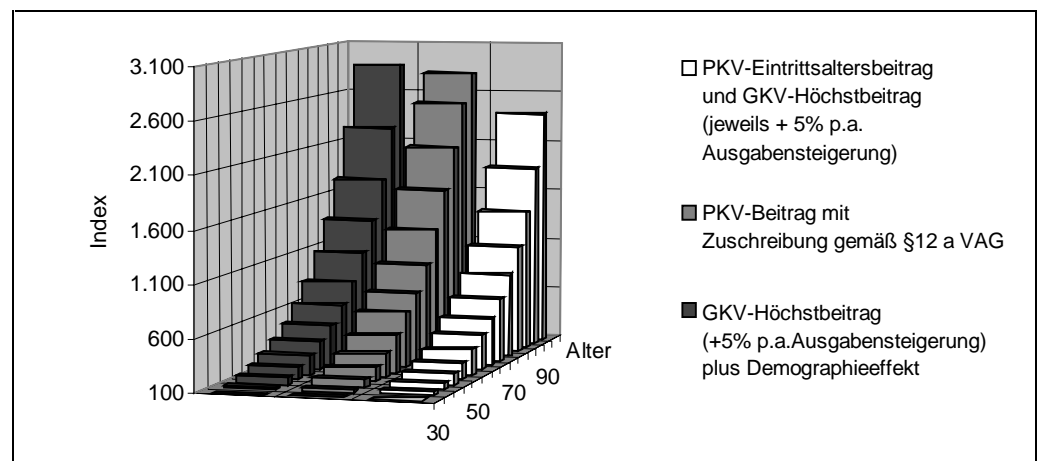


Abbildung 26: Zukünftige Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung (Mann, Eintrittsalter 30)<sup>284</sup>

Wie Simulationsrechnungen – zurückgegriffen wird im folgenden auf ein Modell des PKV-Verbands<sup>285</sup> – zur zukünftigen Beitragsentwicklung in einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung für mit 30 bzw. 50 Jahren in die Krankenvollversicherung eingetretene Männer in den Abbildungen 26 und 27 beispielhaft zeigen, führt das Kalkulationsmodell der PKV einschließlich der gesetzlichen Zuschreibungen dazu, daß

- die Beiträge bis zum 64. Lebensjahr stark ansteigen, und zwar überproportional zur zugrunde liegenden Ausgabenentwicklung. Dieser Effekt ist umso größer, je jünger die versicherte Person ist (weil sie im Vergleich zu ei-

282) Vgl. Wewers (1994); Behne (1995); PKV-Verband (1996).

283) Verstetigung in diesem Sinne würde dann Lösung des sog. mathematischen Altenproblems bedeuten.

284) In Anlehnung an PKV-Verband (1996).

285) Vgl. PKV-Verband (1996). Zur Modellbeschreibung vgl. S. 294 ff. (Anhang II).

nem älteren Versicherten erst später von den Zuschreibungen gemäß § 12 a VAG profitieren kann).

- die Beiträge ab dem 65. Lebensjahr mit einer Rate, die zu Beginn nur knapp über der Kostensteigerungsrate und mit höherem Alter zunehmend unter derselben liegt, ansteigen und sich sogar dem Eintrittsaltersbeitrag wieder nähern (sich also verstetigen).

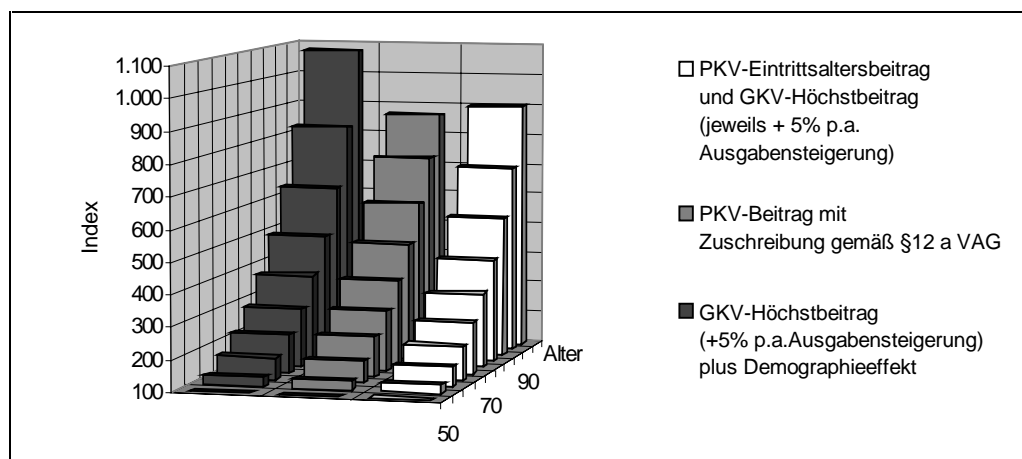


Abbildung 27: Zukünftige Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung (Mann, Eintrittsalter 50)<sup>286</sup>

Im Relativpreismodell – also im Vergleich zwischen den Finanzierungsalternativen GKV und PKV – führt dies auf der Grundlage identischer Ausgabensteigerungsraten in beiden Systemen zu folgenden Ergebnissen (vgl. Abbildung 28):<sup>287</sup>

1. In der Phase des aktiven Erwerbslebens liegen – ohne Berücksichtigung des Demographie-Effekts in der GKV – die Prämiensteigerungsraten der PKV über denen der GKV. Das bedeutet, daß sich in dieser Zeit der Relativpreis zu Lasten der PKV verändert. Dies gilt altersunabhängig.

Mit Berücksichtigung des Demographie-Effekts in der GKV gilt dies auch weiterhin für jüngere Versicherte. Für ältere Versicherte bleibt die Relativpreisposition im Zeitablauf relativ stabil.

2. In der Phase des Rentenalters verändert sich die Relativpreisposition – bei Vergleich mit dem GKV-Beitrag sowohl ohne als auch mit Demographie-

286) In Anlehnung an PKV-Verband (1996).

287) Änderungen der Rahmenbedingungen, wie z. B. die sozioökonomische Situation des Entscheidungsträgers oder Änderungen des Beitrags- und Leistungsrechts in der GKV, werden hierbei ausgeblendet.

Effekt – wieder zugunsten der PKV, und dies mit zunehmendem Alter immer deutlicher.<sup>288</sup>

Diese Auswirkungen sind bei älteren Versicherten größer als bei jüngeren: Jüngere Personen erreichen tendenziell ihre – bei Vertragsabschluß mit der Entscheidung zugunsten der PKV gegebene – Relativpreisposition, wenn überhaupt, erst in sehr hohem Alter. Dagegen ist für ältere Personen sogar eher eine Verbesserung der Relativpreisposition im Vergleich zu derjenigen bei Vertragsabschluß zu verzeichnen.

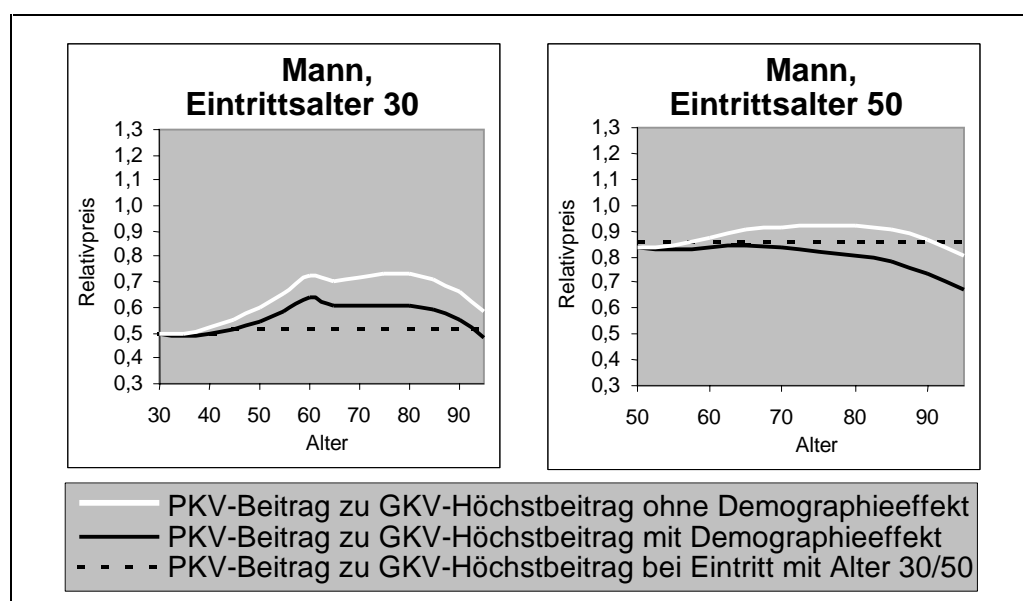


Abbildung 28: Zukünftige Entwicklung der Relativpreisposition zwischen GKV und PKV am Beispiel einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung

288) Für die Betrachtung der Entwicklung des Relativpreises im Alter spielt die Beitragsbemessung für die Rentner in der GKV, die während ihres aktiven Erwerbslebens überwiegend freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (das ist die Gruppe der wahlberechtigten Entscheidungsträger) waren, eine wichtige Rolle. Für diese Personengruppe gilt mit Einführung des Gesundheitsreformgesetzes folgendes: Ein Rentner, der in der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens – das Erwerbsleben beginnt mit der erstmaligen Aufnahme der Erwerbstätigkeit und endet mit der Stellung des Rentenantrags – mehr als ein Zehntel dieses Zeitraums freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse war, bleibt dies auch als Rentner. Er kann nicht Mitglied der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) werden. Im Gegensatz zum Rentner, der Pflichtmitglied in der KVdR wird und dessen Beitragsbemessungsgrundlage im wesentlichen die Altersrente und die Bezüge aus einer betrieblichen Altersversorgung bilden, werden bei freiwillig versicherten Rentnern auch Miet-, Zins- und sonstige Einkünfte in die Beitragsbemessung einbezogen. Für viele wahlberechtigte Entscheidungsträger gilt daher schon bei heutigem Beitragsrecht, daß er aufgrund der fehlenden Zugangsmöglichkeit zur Krankenversicherung der Rentner nicht mit einer Senkung seines Krankenversicherungsbeitrags rechnen kann.

Mit Blick auf das zukünftige Wahlverhalten – Transparenz auf der Kundenseite über die erläuterten komplexen Zusammenhänge vorausgesetzt – ergeben sich folgende Konsequenzen: Für Singles und Doppelverdiener wird es zwar zu einer Verschlechterung der Relativpreisposition in der Phase des aktiven Erwerbslebens kommen, die Wahl eines leistungsorientierten PKV-Tarifs ist aber aufgrund des weiterhin bestehenden Beitragsabstands zur GKV (gegebenenfalls einschließlich der Beiträge für private Zusatzversicherungen) auch zukünftig individuell-ökonomisch.

Diese Sichtweise berücksichtigt allerdings nicht mögliche Veränderungen der sozialökonomischen Situation im Zeitablauf durch Gründung einer Familie, die viele junge Entscheidungsträger zum Zeitpunkt ihrer Wahlentscheidung berücksichtigen wollen. Hier gilt, daß der (jüngere) Entscheidungsträger in der Familienphase mit einer verschlechterten Relativpreisposition gegenüber der PKV rechnen muß. Insoweit gilt die lange Jahre von der PKV mit Bezug auf ihre leistungsorientierten Vollschutztarife erfolgreich umgesetzte Werbeaussage, "billiger und besser" als die GKV zu sein, zumindest zukünftig nicht mehr uneingeschränkt für alle Zielgruppen in jeder Lebensphase. Insbesondere Entscheidungsträger mit Familie (oder entsprechender Perspektive) werden in der Familienphase höhere Beiträge als in der GKV zu entrichten haben.

#### **3.4.3.4 Exkurs: Angebotspolitische Maßnahmen der PKV zur Verstetigung der Beitragsentwicklung im Alter und ihre Auswirkungen auf Relativpreise und Wahlverhalten**

##### **3.4.3.4.1 Neue Tarifierungs- und Kalkulationsmodelle als Rahmenbedingung für die Angebotspolitik**

In der wissenschaftlichen Literatur und der politischen Diskussion werden vor allem Finanzierungs- und Kalkulationsmodelle untersucht und diskutiert, die die Auswirkungen der zukünftigen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen auf den Beitragsverlauf im Alter begrenzen. Kennzeichnend für diese Modelle ist somit die Akzeptanz von – auch für die Zukunft erwarteten – Ausgabensteigerungen. Zu diesen Modellen zählen Umlageverfahren (die jeweils jüngere Generation unterstützt durch höhere Beiträge die jeweils ältere) genauso wie Kombinationen aus Anwartschaftsversicherungen und Todesfallversicherungen, bei denen die hohen Kosten in den letzten Jahren vor dem Tod aus der Kalkulation der substitutiven privaten Krankenversicherung herausgenommen und durch eine zusätzliche Todesfallversicherung abgedeckt werden. Auch dynamische Kalkulationsmodelle, die die (potentiellen) Ausgabensteigerungsraten in der Zukunft bereits heute in der Beitragskalkulation berücksichtigt wissen wollen, gehören in diese Kategorie.<sup>289</sup>

---

289) Einen Überblick über die diskutierten Modellen geben u. a. PKV-Verband (1996) und Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 75 ff.

Für die aktuelle Diskussion besonders bedeutsam ist in diesem Zusammenhang der Vorschlag der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, der zur Finanzierung zusätzlicher Rückstellungen zur Beitragsentlastung im Alter auf der Basis des bestehenden Anwartschaftsdeckungsverfahrens einen obligatorischen Beitragszuschlag für Neuverträge<sup>290</sup> von 10% auf die Bruttoprämien in die Kalkulation der substitutiven Krankheitskostenversicherung miteinrechnen will.<sup>291</sup> In dieselbe Richtung zielen auch die sog. Beitragsentlastungsmodelle. Sie stellen Produktmodifikationen der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch Änderung des Prämieeinhebungssystems dar. Beitragsentlastungsmodelle unterscheiden sich in Ziel und Wirkungsweise nicht wesentlich vom Modell des obligatorischen Beitragszuschlags. Im Vergleich zu diesen gibt es allerdings einen entscheidenden Unterschied, der die Beitragsentlastungskomponente aus angebotspolitischer Sichtweise interessant macht: Ihr Abschluß ist für den Nachfrager freiwillig (und auch über eine Kündigung entscheidet der Käufer selbst).

Alle Modelle können die Zielsetzung einer Begrenzung des Beitragsverlaufs im Alter bzw. eine gleichmäßige Beitragsbelastung über alle Lebensphasen letztlich nur dann erreichen, wenn in jüngeren Jahren ein höherer Beitrag gezahlt wird als beim gegenwärtigen Kalkulationsverfahren der PKV. Diese Tatsache sowie die daraus resultierenden Folgen für die Relativpreisposition der PKV sollen im folgenden am Beispiel der fakultativ abschließbaren Beitragsentlastungsmodelle verdeutlicht werden.

---

290) Für bestehende Verträge werden Übergangsregelungen vorgeschlagen.

291) Konkret schlägt die Kommission hierzu die Einfügung eines Absatzes 5 in das VAG vor, der folgenden Wortlaut hat: "In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341 f Abs. 3 HGB jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12 a Abs. 2 a zu verwenden. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 178 a Abs. 4 Satz 3 VVG, in denen der Tarif bedingungsgemäß spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres endet." Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 19 und S. 101.

### **3.4.3.4.2 Modifikation des Prämieeinhebungssystems durch Beitragsentlastungsmodelle**

#### **3.4.3.4.2.1 Das Prämieeinhebungssystem in der substitutiven privaten Krankenversicherung**

Prämieeinhebungssysteme legen den quantitativ-zeitlichen Zusammenhang zwischen den unter Versicherungsschutz fallenden Krankheitskosten einerseits und den als Deckungsbeitrag von den Versicherungsnehmern erhobenen Prämien andererseits fest.<sup>292</sup>

Das Prämieeinhebungsverfahren in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen substitutiven Krankenversicherung ist durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren beschrieben. Die vorschüssig erhobenen jährlichen Nettoprämien (gegebenenfalls mit dem Recht auf Beitragsrückerstattung) sind so zu bemessen, daß – bezogen auf die gesamte erwartete Vertragsdauer – der Barwert der erwarteten Prämieinnahmen eines Kollektivs gleichartiger Risiken die für dieses Kollektiv erwarteten Leistungsausgaben genau deckt. Es gilt die Äquivalenzgleichung Leistungsbarwert = Prämienbarwert. Die Berechnung des Leistungsbarwerts ist durch die Anwendung der Rechnungsgrundlagen Risikoprämie, Rechnungszins und Ausscheideordnung (Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeit) entsprechend der Kalkulationsverordnung eindeutig festgelegt.<sup>293</sup>

Auch unter der Voraussetzung, daß die Prämien nicht mit dem Alter steigen dürfen, sind allerdings die äquivalenten Nettoprämien in den einzelnen Versicherungsjahren nicht eindeutig festgelegt. Die Äquivalenzgleichung Leistungsbarwert = Prämienbarwert hat daher theoretisch unendlich viele Lösungen in Form von Prämienzahlungsmodalitäten, solange die Prämie über die erwartete Vertragsdauer entweder konstant bleibt oder sinkt.<sup>294</sup> Vor diesem Hintergrund zulässiger Modifizierungen ausschließlich auf der Nettoprämienseite<sup>295</sup>, die den identischen Leistungsbarwert repräsentieren, sind daher auch Krankheitskostenversicherungen nach Art der Lebensversicherung zu sehen, deren integraler Bestandteil eine – im weiteren genauer zu besprechende – Beitragsentlastungskomponente ist.

---

292) Vgl. Farny (1995), S. 58 ff.

293) Vgl. Bohn (1995), S. 1099.

294) Vgl. ebenda.

295) Art und Umfang der Tarifleistungen werden also nicht verändert und entsprechen insofern der Art nach den Leistungen des SGB V.

#### **3.4.3.4.2.2 Begriff, Wirkungsweise und Ziel von Beitragsentlastungsmodellen**

Bei Krankheitskostentarifen mit Beitragsentlastungskomponente handelt es sich um eine einheitliche Krankheitskostenversicherung mit gegenüber Krankheitskostentarifen ohne Beitragsentlastung modifizierter Beitragszahlungsweise.<sup>296</sup> Die Beitragsentlastungskomponenten sind daher Besondere Bedingungen, Vereinbarungen bzw. integrierte Bestandteile von Krankheitskostentarifen. Sie können nicht eigenständig abgeschlossen werden und sind keine Tarife.<sup>297</sup>

Modifizierte Beitragszahlung im Rahmen von Beitragsentlastungsmodellen bedeutet, daß der Kunde durch Zahlung eines Zusatzbeitrags in jüngeren Jahren eine weitere Deckungsrückstellung für das Alter anspart. Deren Abbau ab einem bestimmten Lebensalter ermöglicht – im Vergleich zur Situation ohne die vertragliche Vereinbarung der Beitragsentlastungskomponente – eine reduzierte Beitragsbelastung für den Krankenversicherungsvertrag im Alter.<sup>298</sup>

Ziel der Beitragsentlastungskomponenten ist es, dem Versicherten durch eigenverantwortliche, freiwillige Zusatzbeiträge – trotz den aufgrund des derzeitigen PKV-Kalkulationsmodells notwendigen und infolge der Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen unvermeidlichen Beitragsanpassungen – eine angemessene Beitragsgestaltung im Alter zu ermöglichen. Beitragsentlastungskomponenten fangen, im Gegensatz zu den üblichen Alterungsrückstellungen, somit gerade nicht das Risiko der altersbedingten Erhöhung der Krankheitskosten auf. Sie führen vielmehr zu einer garantierten Beitragsentlastung im Alter, die sich durch eine Überschußbeteiligung noch erhöht.<sup>299</sup>

#### **3.4.3.4.2.3 Arbeitgeberzuschußfähigkeit von Beitragsentlastungsmodellen**

Grundsätzlich spielt die Frage des Arbeitgeberzuschusses für Beitragsentlastungskomponenten nur für Arbeitnehmer, die ihren Arbeitgeberzuschuß noch nicht ausgeschöpft haben, eine Rolle. Für die Zielgruppe der Selbständigen und Beamten ist die Arbeitgeberzuschußfähigkeit dagegen ohne Bedeutung.

Die Attraktivität der Beitragsentlastungskomponenten in der Zielgruppe der Arbeitnehmer hängt wesentlich davon ab, ob diese für sich und ihre zuschußberechtigten Familienangehörigen für die abgeschlossenen Krankheitskostentarife einschließlich der Besonderen Bedingungen zur Beitragsentlastung im Alter einen Arbeitgeberzuschuß erhalten.

---

296) Vgl. Bohn (1995), S. 1099.

297) Vgl. Graalman/Wasem (1996), S. 255.

298) Vgl. ebenda, S. 252.

299) Vgl. ebenda.



In der jüngsten Vergangenheit ist es in dieser Frage zu grundlegenden Meinungsunterschieden gekommen.<sup>300</sup> Diese – eher wissenschaftlich-theoretische Diskussion – wird überlagert durch die pragmatische Übereinkunft zwischen dem PKV-Verband und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Diese Übereinkunft hat zwar keinen Gesetzescharakter. In der Praxis wird aber zur Zeit regelmäßig danach verfahren.<sup>301</sup> Danach sind Krankheitskostenversicherungen mit Beitragsentlastungskomponenten unter folgenden Mindestvoraussetzungen arbeitgeberzuschußfähig:<sup>302</sup>

- Beitragsentlastungsvereinbarungen sind immer integrierte Bestandteile ("Besondere Bedingungen") von Krankheitskostentarifen und keine selbständigen Tarife.
- Die Beiträge für derartige Entlastungsvereinbarungen sind damit keine Zusatzbeiträge selbständiger Art.
- Die Beitragszahlungen müssen sich auf die gesamte Versicherungsdauer erstrecken.<sup>303</sup>
- Bei Kündigung der Krankheitskostentarife gibt es keine Ersatzleistungen<sup>304</sup> (Ausnahme: beitragsfreies Krankenhaustagegeld bzw. Pflegezusatzversicherung).

#### **3.4.3.4.3 Wirkung von Beitragsentlastungsmodellen auf die Relativpreisposition der PKV**

Die Auswirkungen der Beitragsentlastungskomponenten auf die Prämienentwicklung hängt von der individuell vereinbarten Beitragsentlastung ab. Dabei ist die einheitliche Krankheitskostenversicherung mit Beitragsentlastungskomponente – dem Kalkulationsmodell der PKV entsprechend – vom Eintrittsalter und Geschlecht abhängig. Daneben ist zu beachten, daß für sie die Zuschreibungsregelungen gemäß § 12 a VAG gelten.

---

300) Vgl. zur Darstellung der Auseinandersetzung Graalman/Wasem (1996), S. 253 ff.

301) Der "Kompromiß" zwischen PKV-Verband und BDA verankert aufgrund seines fehlenden Gesetzescharakter keinen Rechtsanspruch des Kunden. Er kann wieder geändert oder sogar aufgehoben werden. Dies könnte z. B. bei Umsetzung des Vorschlags der Unabhängigen Expertenkommission eines obligatorischen 10%-Zuschlags auf die Bruttoprämien in der substitutiven Krankheitskostenversicherung geschehen. Es kommt hinzu, daß für Arbeitgeber, die nicht dem BDA angeschlossen sind, die Übereinkunft nicht bindend ist. Vgl. ebenda, S. 254.

302) Vgl. ausführlich Graalman (1997), S. 92 ff.

303) Es ist also eine lebenslange Beitragszahlung notwendig, so daß auch im Rentenalter Beiträge zur Krankheitskostenversicherung mit Beitragsentlastungskomponente entrichtet werden müssen.

304) So sind z. B. Barauszahlungen ausgeschlossen.

Mit Bezug auf § 12 a VAG wurde bereits dargelegt, daß es aufgrund dieser Vorschriften zu einer Quersubvention älterer Versicherter kommt und die individuelle Beitragsentwicklung dabei stark von der Altersposition des Versicherten im Kollektiv geprägt ist.<sup>305</sup> Dies gilt für Krankheitskostenversicherungen mit Beitragsentlastungskomponente noch verstärkt, jedenfalls solange diese freiwillig (und damit regelmäßig "nur" von einem Teil der Versicherten) und nicht mit gleichem Leistungsumfang (gleicher Entlastungsbetrag) abgeschlossen werden. Denn gemäß der Umlageregelung des § 12 a Abs. 3 VAG werden 50% der Überzinsen nur für die Versicherten verwendet, die das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben. Da die Alterungsrückstellung der Krankheitskostenversicherungen mit Beitragsentlastung höher sind als die ohne, fallen dort auch höhere zu verteilende überrechnungsmäßige Zinserträge an. Weil jedoch in den relativ neuen Tarifen mit Beitragsentlastungskomponente auf absehbare Zeit noch keine älteren Personen versichert sind – die meisten Unternehmen beschränken die Vereinbarung der Beitragsentlastungskomponenten auf das Eintrittsalter 55 –, wird der Überschußanteil gemäß § 12 a Abs. 3 VAG auf die älteren Personen mit Krankheitskostenversicherungen ohne Beitragsentlastungskomponente verteilt. Dies führt dazu, daß nicht nur die jüngeren Versicherten die älteren quersubventionieren, sondern zusätzlich diejenigen Versicherten, die keine Beitragsentlastungskomponente abgeschlossen haben, davon profitieren, daß andere eine eigenverantwortliche Vorsorge treffen.<sup>306</sup>

Vor diesem Hintergrund führen Beitragsentlastungskomponenten – in Abhängigkeit vom Modellrahmen und hier vor allem von der Höhe der gewählten Beitragsentlastung – regelmäßig dazu, daß sie das sog. mathematische Altenproblem (also die zur Ausgabensteigerung überproportionalen Beitragssteigerungen älterer Versicherter) weitgehend lösen.

Beispielhaft zeigen dies Simulationsrechnungen des PKV-Verbands<sup>307</sup> – dargestellt in den Abbildungen 29 und 30 auf S. 123 – für einen 30- bzw. 50-jährigen Mann, deren Beiträge sich ab Alter 65 nicht nur (wieder) dem ursprünglichen Eintrittsaltersbeitrag nähern, sondern teilweise sogar deutlich unter dem jeweiligen Eintrittsaltersbeitrag liegen.

---

305) Vgl. S. 113 ff.

306) Wechseln zudem Versicherte, die Tarife mit Beitragsentlastung abgeschlossen haben, später (frühestens allerdings mit dem 65. Lebensjahr) in den Standardtarif, so kommen sie durch die eigenverantwortlich finanzierten Beitragsentlastungsbeträge tendenziell seltener in den Genuß der Beitragsbegrenzung auf den GKV-Höchstbetrag als Versicherte, die individuell Vorsorge getroffen haben. Vgl. zum Ganzen Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 53 ff.

307) Zum Modellrahmen vgl. S. 294 ff. (Anhang II).

Krankheitskostenversicherungen mit integrierten Beitragsentlastungsmodellen ermöglichen insoweit sogar die Näherung an weitergehende Zielvorstellungen der Altersprämiovorsorge, z. B. die Angleichung an die individuelle Einkommensentwicklung oder an die allgemeine Inflationsrate.

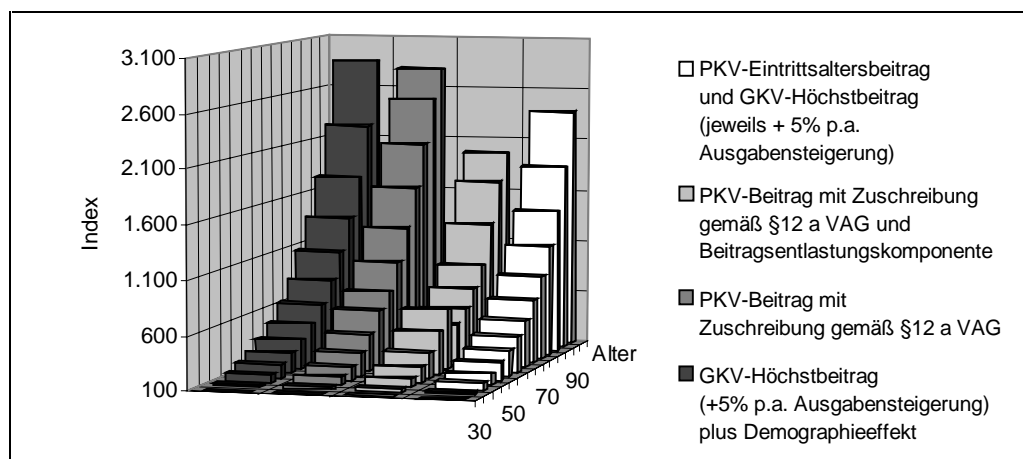


Abbildung 29: Zukünftige Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung mit Beitragsentlastungskomponente (Mann, Eintrittsalter 30)<sup>308</sup>

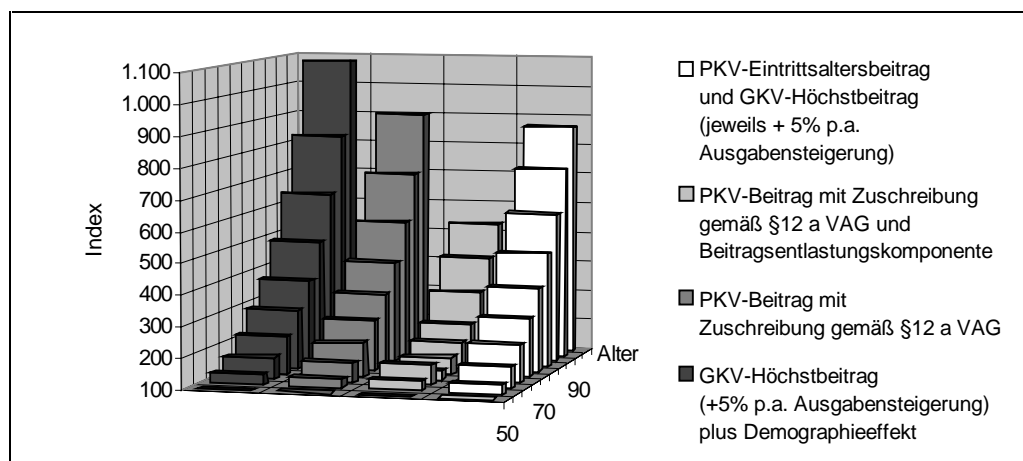


Abbildung 30: Zukünftige Beitragsentwicklung eines Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung mit Beitragsentlastungskomponente (Mann, Eintrittsalter 50)<sup>309</sup>

308) In Anlehnung an PKV-Verband (1996).

309) In Anlehnung an PKV-Verband (1996).

Wie Abbildung 31 verdeutlicht, lassen sich aus den Modellrechnungen mit Blick auf die zukünftige Entwicklung der Relativpreisposition zwischen GKV und PKV folgende Ergebnisse ableiten:

1. In der Phase des Rentenalters verändert sich der Relativpreis – bei Vergleich einer Krankheitskostenversicherung einschließlich Beitragsentlastungskomponente mit dem GKV-Höchstbeitrag sowohl ohne als auch mit Demographie-Effekt – stark zugunsten der PKV und dies mit zunehmendem Alter immer deutlicher. Dabei verbessern sowohl jüngere als auch ältere Versicherte ihre Relativpreisposition gegenüber der Situation bei Vertragsabschluß. Allerdings sind die positiven Veränderungen bei älteren Versicherten deutlicher als bei jüngeren.

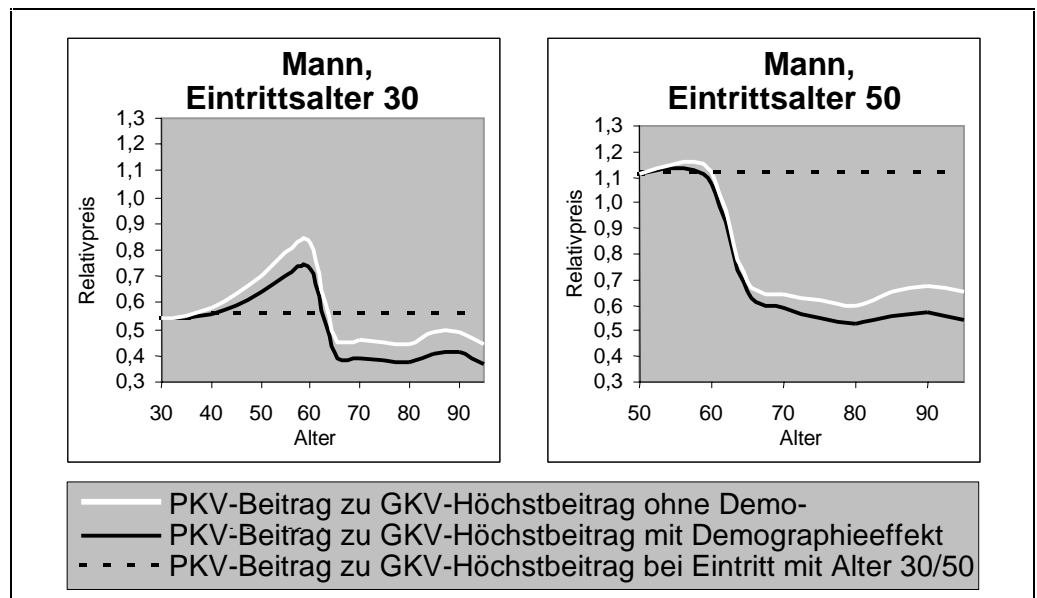


Abbildung 31: Zukünftige Entwicklung der Relativpreisposition zwischen GKV und PKV am Beispiel einer Krankheitskostenvollversicherung ohne Selbstbeteiligung mit Beitragsentlastungskomponente

2. Diese Verbesserungen werden allerdings durch deutliche Verschlechterungen des Relativpreisverhältnisses zu Lasten der PKV in der Phase des aktiven Erwerbslebens "erkauft". Denn der Beitragsanteil für die zusätzliche Beitragsermäßigung im Alter verteuert in den hier dargestellten Beispielen den Versicherungsschutz – im Vergleich zu Tarifen mit identischem Leistungsumfang, aber ohne Vereinbarung eines Beitragsentlastungsmodells – in der Phase des aktiven Erwerbslebens um bis zu 20% (30jähriger Mann) bzw. bis zu knapp 40% (50jähriger Mann).

Die Folge ist, daß in der Phase des aktiven Erwerbslebens die Prämiensteigerungsraten der PKV für beide Personengruppen über denen der GKV (ohne und mit Berücksichtigung des Demographie-Effekts) liegen – und zwar deutlicher als ohne die Vereinbarung eines Beitragsentlastungsmodells. Das bedeutet, daß sich in dieser Phase der Relativpreis zu Lasten der PKV verändert.

#### **3.4.3.4.4 Exkurs: Zum Einfluß von Krankheitskostenversicherungen mit Beitragsentlastungsmodellen auf das Wahlverhalten von Entscheidungsträgern unterschiedlicher Zielgruppen**

Kern der Modelle ist eine im Vergleich zu Krankheitskostentarifen ohne Beitragsentlastungskomponente andere Verteilung der Beitragsbelastung im Zeitablauf, nämlich eine höhere Beitragsbelastung für die Krankenversicherung in der Phase des aktiven Erwerbslebens und eine deutlich niedrigere im Rentenalter. Dieser veränderte Beitragsverlauf kann die Wahlentscheidung zugunsten des privaten Krankenversicherungsschutzes beeinflussen. In diesem Zusammenhang spielen folgende Überlegungen eine Rolle:

Nachteilig wirkt sich bei Krankheitskostenversicherungen mit Beitragsentlastungskomponente zunächst aus, daß diese in der Phase des aktiven Erwerbslebens den Preis für den Krankenversicherungsschutz erhöhen. Dies führt – wie oben gezeigt – zu einer Verschlechterung des Relativpreisverhältnisses gegenüber der GKV. Diesem Nachteil steht dann aber eine deutliche Verbesserung der Relativpreisposition der PKV in der Rentnerphase gegenüber.<sup>310</sup>

Die Veränderung des Relativpreisverhältnisses ist aber nun bei Angestellten und Arbeitern durch die Arbeitgeberzuschußfähigkeit der Beiträge zum privaten Krankenversicherungsschutz einschließlich der darin integrierten Beitragsentlastungsmodelle geprägt. Denn der Arbeitnehmer trägt im Rahmen des maximalen Arbeitgeberzuschusses während des aktiven Erwerbslebens "nur" 50% des Zusatzbeitrags für die Beitragsentlastungskomponente, während ihm in der Rentnerphase die garantierte Beitragsentlastung einschließlich der Überschußanteile voll zugute kommen. Der Selbständige dagegen muß die Beitragsentlastung im Alter zu 100% eigenfinanzieren.

---

310) Dies gilt insbesondere für Modelle, die im Rentenalter eine dynamische Beitragsentlastung ohne erhöhte Prämienzahlung vorsehen. Eine Dynamisierung der Beitragsentlastung ist deshalb wichtig, weil ab Wirksamwerden der Beitragsentlastung eine individuelle Dynamisierung (gegen entsprechend erhöhte Prämie) aufgrund eines höheren Krankenversicherungsbeitrages nicht mehr möglich ist, andererseits aber auch nach Wirksamwerden der Beitragsentlastung, also regelmäßig nach dem 65. Lebensjahr, weitere Ausgaben- und damit Beitragssteigerungen zu erwarten sind.

Bei grundsätzlicher Akzeptanz eigenverantwortlicher Vorsorge auch hinsichtlich der Bezahlbarkeit des Krankenversicherungsschutzes im Alter ergeben sich daraus für Arbeitnehmer im Vergleich zu individuellen Vorsorgemaßnahmen zur Reduzierung der Beitragsbelastung außerhalb der privaten Krankenversicherung, z. B. durch Abschluß einer privaten Rentenversicherung, deutliche Vorteile des krankenversicherungsinternen Beitragsentlastungskonzepts. Dies liegt daran, daß für Vorsorgemodelle außerhalb der Krankenversicherung regelmäßig eben kein Arbeitgeberzuschuß gezahlt wird.<sup>311</sup>

Neben der bereits oben angesprochenen grundsätzlichen Problematik der nicht verursachungsgerechten Überzinsbeteiligung nach § 12 Abs. 3 VAG<sup>312</sup>, liegt ein Nachteil des Modells für arbeitgeberzuschußberechtigte Privatversicherte allenfalls in der zur Zeit zum Erhalt des Arbeitgeberzuschusses notwendigen lebenslangen Beitragszahlung. Denn unterstellt man alternativ, daß auch eine Krankheitskostenversicherung mit Beitragsentlastungskomponente, deren Beitragszahlung mit Beginn der Beitragsentlastung endet, arbeitgeberzuschußberechtigt wäre, ist der Beitrag für die lebenslang zu bedienende Beitragsentlastungskomponente bei identischem Entlastungsbetrag durch die längere Beitragszahlungsdauer zwar niedriger, andererseits hätte der angestellte Versicherungsnehmer aber auf die höhere Beitragsbelastung des Modells mit "abgekürzter" Beitragszahlungsdauer in der aktiven Erwerbsphase auch einen höheren Arbeitgeberzuschuß bekommen.<sup>313</sup> Für den angestellten Versicherungsnehmer wäre damit regelmäßig eine Beitragsentlastungskomponente mit "abgekürzter" Beitragszahlungsdauer vorteilhaft, da sich der Beitragsunterschied zum Modell mit "lebenslanger" Beitragszahlung in der Erwerbsphase durch den Arbeitgeberzuschuß reduziert und er im Rentenalter überhaupt keine Beiträge zur Beitragsentlastungskomponente mehr zahlen muß.

---

311) Da es sich bei der Beitragsentlastungskomponente um einen Kapitalbildungsprozeß handelt, der mit einer privaten Rentenversicherung ohne Beitragsrückgewähr und ohne Rentengarantiezeit vergleichbar ist, müßte Letztgenannte eine doppelt so hohe Verzinsung erreichen, um auf eine gleich hohe garantierte Rente zu kommen. Dies ist aber aufgrund vergleichbarer Kapitalanlagestrategien und -grundsätze unrealistisch.

312) Diese Regelung führt – wie bereits ausgeführt – regelmäßig zu einer deutlichen Benachteiligung von Versicherten, die individuelle eigenfinanzierte Vorsorgemaßnahmen tätigen, und bevorteilen damit Personenkreise, die entsprechende Maßnahmen nicht getätigt haben. Auch vor diesem Hintergrund ist der Unabhängigen Expertenkommission zuzustimmen, die vorschlägt, die nicht verursachungsgerechte Überzinsbeteiligung nach § 12 a Abs. 3 VAG innerhalb von 25 Jahren abzubauen und in gleichem Maße die Direktgutschrift nach § 12 a Abs. 2 VAG zu erhöhen. Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 62 f.

313) Die Unabhängige Expertenkommission fordert in ihrem Gutachten die Arbeitgeberzuschußfähigkeit von Tarifen mit Beitragsentlastungskomponente unabhängig davon, ob die Beitragszahlung in diesen Tarifen mit Rentenbeginn endet oder eine lebenslange Beitragszahlung vorgesehen ist. Dies wird unter anderem damit begründet, daß es die Versicherungsnehmer durch Wahl eines umfangreichen Krankenversicherungsschutzes ohnehin in der Hand haben, die Zahlung eines höheren Arbeitgeberzuschusses bis zum durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag auszulösen und insoweit der "Schutz" des Arbeitgebers allein in dieser betragsmäßigen Begrenzung des Versicherungsschutzes liegt. Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 54 f.

Der Nachteil einer lebenslangen Beitragszahlung läßt sich allerdings durch vom Versicherungsnehmer selbst initiierte vertragliche Änderungen vermeiden. Er könnte nämlich – im Rahmen der maximal möglichen Beitragsentlastung – deren Höhe so wählen, daß bei Kündigung der Beitragsentlastungskomponente bei Rentenbeginn die dann gewählte Beitragsentlastung genau auf dem von ihm gewünschten Niveau liegt.<sup>314</sup> Zwar müßte er in diesem Fall – wie oben beschrieben – eine im Vergleich zur lebenslangen Beitragszahlung höhere Prämie bei identischem Entlastungsbetrag zahlen. Diese höhere Prämie ist aber – soweit sich der Gesamtbeitrag für den Krankenversicherungsschutz innerhalb des maximal arbeitgeberzuschußfähigen Betrags gemäß § 257 SGB V bewegt – nur zu 50% vom arbeitgeberzuschußberechtigten Versicherungsnehmer zu tragen. Im Rentenalter wäre der Versicherungsnehmer dann hinsichtlich der Beitragsentlastungskomponente beitragsfrei.

Auch für den Selbständigen kann es ein wichtiges Argument sein, bereits in seiner aktiven Erwerbsphase die Bezahlbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge im Alter sicherzustellen. Insofern erscheinen auch für diese Personengruppe Finanzierungsmodelle sinnvoll, die nicht mit einer lebenslangen Beitragszahlung verbunden sind. Dies ist zwar – wie oben beschrieben – eigen-initiativ auch innerhalb der Krankenversicherung möglich. Jedoch gibt es auf dem Markt Anlageprodukte, die von vorneherein die Beitragszahlungsdauer auf den Rentenbeginn begrenzen und insoweit transparenter sind als die oben beschriebene krankenversicherungsinterne Lösung. In Verbindung mit der Tatsache, daß für Selbständige die Arbeitgeberzuschußfähigkeit krankenversicherungsinterner Modelle keine Rolle spielt, spricht einiges dafür, daß diese Personengruppe eigenfinanzierte Beitragsentlastungsmaßnahmen außerhalb der Krankenversicherungslösung anstrebt.

Ein Nachteil von Krankheitskostenversicherungen mit integrierter Beitragsentlastungskomponente liegt weiterhin darin, daß diese bei Tod des Versicherungsnehmers insgesamt endet und insofern eventuelle Erträge aus nun freiwerdenden Deckungsrückstellungen zugunsten der Versichertengemeinschaft verfallen. Individuelle Ansprüche, wie sie beispielsweise bei Abschluß einer kapitalbildenden Lebensversicherung den Bezugsberechtigten oder bei Sparprozessen den Erben zustehen, gibt es im Rahmen der Krankenversicherung nicht. Insofern sind bei (frühzeitigem) Tod die für die Beitragsentlastungskomponente gezahlten Beitragsanteile verloren.<sup>315</sup>

---

314) Da sich bei vorzeitiger Kündigung zum Rentenbeginn ein aufgrund der nun nicht mehr lebenslangen Beitragszahlungsdauer niedrigerer Entlastungsbetrag ergibt, muß bei dieser Vorgehensweise die vertraglich vereinbarte Beitragsentlastung so hoch angesetzt werden, daß sich zum Zeitpunkt der Kündigung der Beitragsentlastungskomponente genau der gewünschte Entlastungsbetrag ergibt.

315) Dem steht gegenüber, daß die Produkte, die Leistungen bei Tod der versicherten Person vorsehen, unter sonst identischen Bedingungen teurer sind als der Prämienanteil für eine Beitragsentlastungskomponente. Dies liegt daran, daß bei der Kalkulation dieser Produkte – anders als bei den Beitragsentlastungskomponenten – keine Storni auf-

Im Ergebnis erscheinen Krankheitskostenversicherungen mit integrierten Beitragsentlastungsmodellen in erster Linie für Angestellte mit nicht ausgeschöpftem Arbeitgeberzuschuß auch unter Beachtung der oben angesprochenen Nachteile interessant. Für Selbständige ohne Arbeitgeberzuschuß überwiegen dagegen im Vergleich mit anderen Finanzierungsalternativen wohl regelmäßig die Nachteile der krankensicherungsinternen Lösung mit Beitragsentlastungskomponenten. Für diese Personengruppe erscheinen andere Sparprozesse, die auf Umlageelemente verzichten, die Beitragszahlungsdauer von vorneherein auf den Rentenbeginn begrenzen und den Verlust der angesparten Mittel bei frühzeitigem Tod vermeiden, bedarfsgerechter.

### 3.4.3.5 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

1. Das dynamische Wachstum der Versicherungsleistungen mit seinen im Vergleich zur GKV überproportionalen Steigerungsraten hat in den letzten Jahren zu einer verschlechterten Relativpreisposition der substitutiven privaten Krankenversicherung im Vergleich zur GKV im Neugeschäft und – wegen der geringer werdenden Mittel zur Dämpfung eigentlich notwendiger Beitragsanpassungen – auch im Bestandsgeschäft geführt. Im Neugeschäft ist das inzwischen erreichte Beitragsniveau in den leistungsorientierten Vollschutztarifen ohne oder mit geringen Selbstbeteiligungen offensichtlich für viele Entscheidungsträger zu hoch.<sup>316</sup> Zusätzlich hat die Problematik der Altersbeiträge der PKV das Wahlverhalten der Entscheidungsträger zu Lasten der PKV beeinflußt und insoweit zur schwachen Neugeschäftsentwicklung in den letzten Jahren beigetragen. Dadurch konnten die PKV die in den 80er Jahren erzielten Marktanteilsgewinne nicht weiter fortschreiben. Vielmehr befindet sich die PKV seit Anfang der 90er Jahre in einer Stagnationsphase, deren Folge Verfehlungen unternehmerischer Zielsetzungen insbesondere im Neugeschäft sind.
2. Die zukünftige Marktposition der PKV im Vergleich zur GKV ist nun von der zukünftigen Beitragsentwicklung der beiden Krankenversicherungssysteme GKV und PKV abhängig. Szenarien dazu vergleichen regelmäßig die zukünftige Prämienentwicklung für leistungsorientierte PKV-Tarife ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung mit der Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags. Dabei gehen sie meist von zwei Annahmen aus. Zum einen wird unterstellt, daß die Steigerungsrate der Ausgaben im Gesundheitswesen und damit auch der Versicherungsleistungen in GKV und PKV auch zukünftig über der allgemeinen Inflationsrate liegen wird. Zum anderen

---

grund frühzeitigen Todes und damit auch keine Erträge aus freiwerdenden Deckungsrückstellungen prämiemindernd berücksichtigt werden können.

316) Zwar ist der Relativpreisvergleich der PKV-Neugeschäftsbeiträge und des GKV-Beitrags kein ausreichendes Maß für die grundsätzlich auf Langfristigkeit angelegte Entscheidung zwischen GKV und PKV, weil die Relativpreisposition zwischen PKV und GKV während der Vertragsdauer nicht stabil ist. Dennoch spielen die Neugeschäftsbeiträge im Entscheidungszeitraum eine dominante Rolle.



wird eine identische Steigerungsrate in GKV und PKV angenommen. Unter diesen Annahmen wird – auf der Grundlage der politisch initiierten Maßnahmen zur Verstetigung der Beitragsentwicklung älterer Versicherte in der PKV sowie gegebenenfalls zusätzlicher individueller Sparprozesse der Versicherten über Beitragsentlastungsmodelle – die Gefahr negativer Relativpreisentwicklungen im Rentenalter zu Lasten der PKV spürbar reduziert. Dies hat allerdings zur Folge, daß für die gesetzlich vorgeschriebenen § 12 a VAG-Zuschreibungen der größte Teil der Kapitalanlageerträge benötigt werden, so daß diese Beträge in der Phase des aktiven Erwerbslebens zur "Abfederung" von auch zukünftig zu erwartenden Beitragsanpassungen nicht mehr zur Verfügung stehen.<sup>317</sup> Werden durch individuelle Sparprozesse im Rahmen von Beitragsentlastungsmodellen zusätzliche Mittel zur Verstetigung der Beitragsentwicklung im Alter durch den Versicherten aufgebracht, so müssen diese Altersentlastungsbeträge in jüngeren Jahren vorfinanziert werden. In beiden Fällen kommt es dadurch tendenziell im Neugeschäft und während der Vertragslaufzeit gerade im aktiven Erwerbsleben der Entscheidungsträger zu einer Relativpreisverschiebung zu Lasten der PKV.

3. Die Verschlechterung der Relativpreisposition im Neugeschäft und in der Phase des aktiven Erwerbslebens, auch bei identischen Steigerungsraten der Versicherungsleistungen in GKV und PKV hat vermutlich unterschiedliche Auswirkungen, auf das Wahlverhalten der verschiedenen Zielgruppen der PKV. Nachfragehemmend dürfte eine derartige Entwicklung besonders auf alleinverdienende Entscheidungsträger mit Familie (oder einer entsprechenden Perspektive) wirken. Relativ unbeeindruckt von den steigenden Beiträgen in leistungsorientierten Tarifen scheinen dagegen zunächst Singles und Doppelverdiener zu sein, weil ihr Beitragsabstand zur GKV zwar sinkt, sie aber immer noch weniger für ihren besseren Versicherungsschutz zahlen als in der GKV. Auch in dieser Zielgruppe ergibt sich allerdings dann ein Marktproblem für leistungsorientierte Tarife, wenn – wie für die letzten Jahren nachweisbar – die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen in der PKV auch zukünftig höher als in der GKV sind. Für Entscheidungsträger mit Familie würden weiterhin oberhalb der GKV liegende Steigerungsraten der Versicherungsleistungen in der PKV die beschriebene – auch bei identischen Raten bereits bestehenden – Problematik der Beitragsbelastung in der Familienphase noch verschärfen.

---

317) Sollen weiterhin Mittel zur Abmilderung von Beitragsanpassungen im Bestand eingesetzt werden, so können die erforderlichen Mittel (insbesondere bei etablierten Versicherten) aus in der Vergangenheit aufgebauten Mitteln aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) kommen. Der (weitere) Aufbau von RfB-Mitteln ist dagegen – u. a. wegen der § 12 a VAG-Zuschreibungen aus dem Kapitalanlageergebnis – zukünftig im wesentlichen nur noch aus einem positiven Verlauf des Risikogeschäfts möglich.

4. Aus diesen Szenarien lassen sich folgende Zielsetzungen für angebotspolitische Aktivitäten in der PKV ableiten:

- Realisierung von Ausgabensenkungspotentialen

Das aktuell erreichte Beitragsniveau in den leistungsorientierten Produkten legt die Verbesserung der Relativpreisposition bei den Neugeschäftsbeiträgen nahe.<sup>318</sup> Dazu sind preislich attraktive Marktleistungsbündel notwendig. Dadurch ergibt sich in der Angebotspolitik eine Notwendigkeit zu preis- und leistungsmäßig stärker differenzierten, zielgruppenorientierten Produktkonzepten.<sup>319</sup>

Diese Notwendigkeit zur Reaktion seitens der PKV wird vermutlich mittelfristig auch durch die zu erwartenden Reaktionen des Umlageverfahrens GKV auf das Änderungsrisiko zusätzlich verstärkt. So wird die PKV davon ausgehen müssen, daß die für das Änderungsrisiko in der GKV verantwortlichen Risikoursachenkomplexe einschließlich des Demographieeffekts nicht ohne weiteres in Beitragssteigerungen umgesetzt werden können. Wäre der GKV die Überwälzung der ausgabenerhöhenden Wirkungen des Änderungsrisikos ausschließlich über die Beitragsseite möglich, so würde dies die produktpolitischen Aktivitäten der PKV hemmen, weil sie möglicherweise auch ohne Produktmodifikationen eine verbesserte Marktposition im Vergleich zur GKV erreichen könnte. Realistischer ist aber, daß die GKV dem Änderungsrisiko mit einer Mischung aus weiteren Leistungseinschnitten und (möglichst moderaten) Beitragssatzerhöhungen begegnet.

- 
- 318) Ergänzend können Ziele zur Entwicklung der Altersbeiträge hinzukommen. Als Zielrichtung für produktpolitische Aktivitäten ist z. B. vorstellbar, die Relativpreise weitgehend so zu stabilisieren, daß nicht nur eine Verfestigung der Beiträge – gemessen am Eintrittsaltersbeitrags – erreicht wird, sondern sich die Beitragsentwicklung der individuellen Einkommensentwicklung oder der allgemeinen Inflation annähert.
- 319) Gerade in Zeiten eines harten Verdrängungswettbewerbs um bereits privat krankenversicherte Kunden dürfte dem Beitragsvergleich eine wichtige Rolle zukommen. Zur Erfüllung unternehmensindividueller Wachstumsziele sind sowohl zur Neukundengewinnung als auch zur Bestandssicherung preisorientierte Produktkonzepte notwendig. Im Neugeschäft können durch das Angebot neuer bzw. veränderter Produktkonzepte Akquisitionspotentiale sowohl bei GKV-Mitgliedern als auch bei bereits anderweitig PKV-Versicherten geschaffen und ausgeschöpft werden. Im Bestandsgeschäft können bereits gewonnene Kunden durch das Angebot neuer bzw. veränderter Produktkonzepte gegen Abwerbung durch Mitbewerber gesichert werden. Welche der beiden Zielrichtungen angebotspolitischer Aktivitäten dominiert, hängt von der jeweiligen Ausgangslage des Unternehmens im Markt ab. So ist die Angebotspolitik neu gegründeter Krankenversicherungsunternehmen stärker dadurch bestimmt, durch die Gewinnung von Neukunden seine Wachstumsziele zu erreichen, während etablierte Unternehmen daneben sicherlich der Absicherung von bereits gewonnenen Kunden einen hohen Stellenwert einräumen.

So wird sich bei Absenkung des Leistungsniveaus in der GKV zugunsten eines sozialpolitisch akzeptablen Beitrags auch bei identischen Ausgabensteigerungsraten in GKV und PKV die Relativpreisposition zu Lasten leistungsorientierter PKV-Tarife verändern. Zumindest der preissensible wahlberechtigte Entscheidungsträger, der den Leistungsprogrammen der beiden Systeme indifferent gegenübersteht, wird daher bei verschlechterter Relativpreisposition der PKV eher eine Entscheidung zugunsten der GKV treffen.

- Begrenzung überproportionaler Anstiege der Versicherungsleistungen

Geht man nun zukünftig von der Existenz preis- und leistungsmäßig differenzierter Produktkonzepte aus, so wird die PKV ihre Marktposition nur dann wieder ausbauen können, wenn es hier in allen Produktkonzepten gelingt, die dynamischen Anstiege der Versicherungsleistungen in den letzten Jahren zumindest auf die Rate zurückzuführen, mit der auch die Ausgaben in der GKV steigen. Gelingt dies nicht, so fördert dies nicht nur die rasche Verdrängung der bisherigen leistungsorientierten Produktkonzepte. Auch preisorientierte Produktkonzepte versprechen dann nur zeitlich begrenzte Wachstumsimpulse. Dies liegt daran, daß das Beitragsniveau preisorientierter Krankenversicherungsprodukte zwar vergleichsweise niedrig ist. Langfristig oberhalb der Steigerungsraten in der GKV wachsende Versicherungsleistungen vermindern aber auch hier den Beitragsabstand zur GKV und führen somit zu einer verschlechterten Marktposition dieser Tarife. Preislich attraktive Produkte ließen sich in dieser Situation dann nur durch immer weitergehende Leistungseinschnitte darstellen. Im Vergleich zur GKV überproportional steigende Versicherungsleistungen in PKV-Tarifen würden dann letztlich in einer "negativen Produktmodifikationsspirale" münden.

Beide Zielsetzungen erfordern die Einflußnahme der PKV auf die für Niveau und Änderungsdynamik der Versicherungsleistungen verantwortlichen Risikoursachensysteme sowie eine entsprechende – durch die Marktakzeptanz der wahlberechtigten Entscheidungsträger getragene – Umsetzung in der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte.

### **3.4.4 Relativpreise und Wahlverhalten beihilfeberechtigter Entscheidungsträger**

#### **3.4.4.1 Grundlagen der Beihilfe**

##### **3.4.4.1.1 Die Beihilfe im Rahmen der Beamtenversorgung**

Die Versorgung der Beamten, deren Familienangehörigen und Hinterbliebenen wird auf der Grundlage des sog. Alimentationsgrundsatzes, der das Sozialverhältnis zwischen dem Beamten und seinem Dienstherrn festschreibt, geregelt. Dies bedeutet, daß ein Beamter – im Gegenzug zu seinen besonderen Pflichten – Fürsorge und Schutz durch seinen Dienstherrn genießt. Die drei wesentlichen Bestandteile der Verpflichtung des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten sind:

- die Besoldung,
- die Beamtenversorgung (Pensionsansprüche) und
- die Beihilfe (in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen).

Im folgenden wird auf die Beihilfavorschriften des Bundes<sup>320</sup> Bezug genommen. Diese gelten jedoch aufgrund entsprechender Bestimmungen in den Landesbeamtengesetzen auch in nahezu allen Bundesländern.<sup>321</sup>

##### **3.4.4.1.2 Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige**

Zum Personenkreis der beihilfeberechtigten Personen gehören folgende wesentliche Gruppen:

- Beamte und Richter,
- Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie
- Witwen, Witwer und Waisen der obengenannten Personen,

solange sie Dienstbezüge, Ruhegehalt, Witwen-, Witwer- oder Waisenbezüge erhalten.<sup>322</sup>

---

320) Genauer handelt es sich hier um die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen. Diese sind aufgrund des § 200 des Bundesbeamtengesetzes als allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 79 Bundesbesoldungsgesetz (Fürsorgepflicht des Dienstherrn) erlassen worden.

321) Zu den nachfolgenden Ausführungen, die die Beihilfavorschriften nur soweit darstellen, wie es für den Fortgang dieser Arbeit notwendig ist, vgl. u. a. Schröder/Nitze (1998).

322) Auch während einer Beurlaubung wegen Kindererziehung oder der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger besteht grundsätzlich Anspruch auf Beihilfe.

Der Beihilfeberechtigte hat – außer für sich selbst – Anspruch auf Beihilfe für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Dies sind der Ehepartner unter der Voraussetzung, daß dieser nicht selbst beihilfeberechtigt ist und gewisse Einkommensgrenzen nicht überschreitet<sup>323</sup> sowie die Kinder, soweit sie besoldungsrechtlich im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten berücksichtigt sind. Dies ist regelmäßig bis zum 18. Lebensjahr, bei Berufs- bzw. Studiausbildung bis zum 27. Lebensjahr des Kindes der Fall.

### 3.4.4.1.3 Beihilfebemessungssätze und beihilfefähige Aufwendungen

Die Beihilfeberechtigten erhalten von den beihilfefähigen Aufwendungen einen bestimmten Prozentsatz (= Bemessungssatz) als Beihilfe. Bei der Beihilfe handelt es sich daher um eine teilweise (prozentuale) Erstattung.

Das Beihilfebemessungssystem ist personenbezogen, das heißt für jede beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Person gelten bestimmte Beihilfebemessungssätze (vgl. Abbildung 32).

Beihilfeberechtigte Personen	erhalten Beihilfen für		
	sich	die Ehefrau	die Kinder
	in Höhe von ...% der beihilfefähigen Aufwendungen		
Aktive Beamte mit weniger als zwei berücksichtigungsfähigen Kindern	50	70	80
Aktive Beamte mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern	70	70	80
Ruhestandsbeamte und Beamtenwitwen	70	70	80
Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind	80	—	—

Abbildung 32: Beihilfebemessungssätze nach den Beihilfevorschriften des Bundes<sup>324</sup>

323) Im Bund und in den einzelnen Ländern gelten unterschiedliche Grenzen. Im allgemeinen wird bei einem Gesamtbetrag der Einkünfte im Vorvorkalenderjahr der Stellung des Beihilfeantrags von mehr als 35.000 DM keine Beihilfe gewährt.

324) Schröder/Nitze (1998), S. 81. Zu den Ausnahmen von dieser Systematik vgl. ebenda, S. 81 ff.

Beihilfen werden nur in den ausdrücklich genannten Fällen, hauptsächlich in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, soweit es sich um sog. beihilfefähige Aufwendungen handelt, gewährt. Nach den Beihilfavorschriften (BhV) erhalten die beihilfeberechtigten Personen Beihilfen zu den notwendigen Aufwendungen, soweit sich diese in einem angemessenen Umfang halten,

- in Krankheitsfällen (§ 6 BhV),
- bei Sanatoriumsbehandlung (§ 7 BhV),
- bei Heilkuren (§ 8 BhV),
- bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 9 BhV),
- bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen (§ 10 BhV),
- in Geburtsfällen (§ 11 BhV),
- in Todesfällen (§ 11 und 16 BhV),
- bei Auslandsbehandlung (§ 13 BhV),
- bei Empfängnisregelung und in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation<sup>325</sup>.

Beihilfen werden in den genannten Fällen nicht zu den tatsächlichen, sondern "nur" zu den beihilfefähigen Aufwendungen gewährt. Der Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen ist dabei durch eine Reihe von Vorschriften in vielen Fällen enger gefaßt als der Begriff der tatsächlichen Aufwendungen. So unterliegt die Beihilfefähigkeit neben bestimmten Einschränkungen u. a. hinsichtlich Notwendigkeit, Angemessenheit und vorheriger Anerkennung der Aufwendungen vor allem auch bestimmten Höchstgrenzen. Im Krankheitsfall sind u. a. folgende Aufwendungen beihilfefähig<sup>326</sup>:

- Arzthonorare: persönliche ärztliche Leistungen i. d. R. bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ, überwiegend medizinisch technische ärztliche Leistungen bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ, Laboruntersuchungen bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ,
- Zahnarztekosten: persönliche zahnärztliche Leistungen i. d. R. bis zum 2,3fachen Satz der GOZ, Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen zu 66 2/3 %, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik nur zu 50%,

---

325) Gemäß Artikel 2 der Verwaltungsvorschrift vom 19.4.1985, Gemeinsames Ministerialblatt S. 290, zitiert nach ebenda, S. 106.

326) Auch hier wird auf die Beihilfavorschriften des Bundes Bezug genommen. In den einzelnen Bundesländern gelten zum Teil andere Regelungen, z. B. bei der Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen im Krankenhaus. Vgl. hierzu auch Fußnote 345 auf S. 144.

- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel: hier gelten an die Regelungen in der GKV angelehnte Festbeträge und Zuzahlungen,
- Stationäre Krankenhausbehandlung: allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen (gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen sowie gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer abzüglich eines Betrags von 29 DM täglich),
- Heilpraktiker: Leistungen des Heilpraktikers bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), höchstens jedoch bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ für vergleichbare ärztliche Leistungen.

Die obige, nicht abschließende Definition der beihilfefähigen Aufwendungen im Krankheitsfall läßt einerseits die Zielvorstellung erkennen, den Beihilfeberechtigten im Krankheitsfall Privatpatientenstatus zukommen zu lassen. Besonders deutlich wird dies beim Liquidationsrahmen (GOÄ/GOZ) und bei der Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen im Krankenhaus. Andererseits wird deutlich, daß bestimmte Aufwendungen im Krankheitsfall nicht bzw. nur zum Teil beihilfefähig sind.<sup>327</sup> Beide Sachverhalte haben – wie im folgenden gezeigt wird – Auswirkungen auf die Gestaltung des Versicherungsschutzes.

### **3.4.4.2 Die Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV**

#### **3.4.4.2.1 Rahmenbedingungen**

Die teilweise (prozentuale) Erstattung der beihilfefähigen Aufwendungen führt dazu, daß in Krankheitsfällen nach Gewährung der Beihilfe eine finanzielle Lücke zu Lasten des Beihilfeberechtigten verbleibt. Diese ergibt sich zum einen unter einem quantitativen Aspekt durch die Beihilfebemessungssätze und zum anderen unter einem qualitativen Aspekt aus der Definition der beihilfefähigen Aufwendungen.

Bezogen auf den ersten Aspekt kann der Beamte – wie in Abbildung 33 dargestellt – eine private Krankheitskostenvollversicherung (als Prozenttarif) abschließen, die entsprechend dem sich aus den Beihilfavorschriften ergebenden Bemessungssatz die verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen mit der entsprechenden Restquote auf 100% übernimmt. Unter Beachtung des zweiten, qualitativen Aspektes ist es bedeutsam, daß auch bei einem quantitativ auf den betreffenden Bemessungssatz abgestimmten Prozenttarif der privaten Krankenversicherung eine Kostenlücke verbleibt, wenn es um nicht beihilfefähige Aufwendungen geht. Diese Lücke der "dem Grunde nach" nicht beihilfefähigen Aufwendungen kann der Beamte bei vielen privaten Krankenversicherungsun-

---

327) Auch bei den in den Beihilfavorschriften aufgeführten weiteren Leistungsarten gibt es Begrenzungen, die dazu führen, daß die tatsächlichen Aufwendungen nicht unerheblich über den beihilfefähigen Aufwendungen liegen können. Zu den Höchstgrenzen im Beihilferecht vgl. im Überblick Schröder/Nitze (1998), S. 271 ff.

ternehmen mit sog. Beihilfeergänzungstarifen schließen (vgl. Abbildung 33). Für einen derartigen beihilfekonformen privaten Krankenversicherungsschutz (mit oder ohne Beihilfeergänzungstarif) haben sich – wie bereits dargelegt<sup>328</sup> – über 90% der Beamten entschieden.

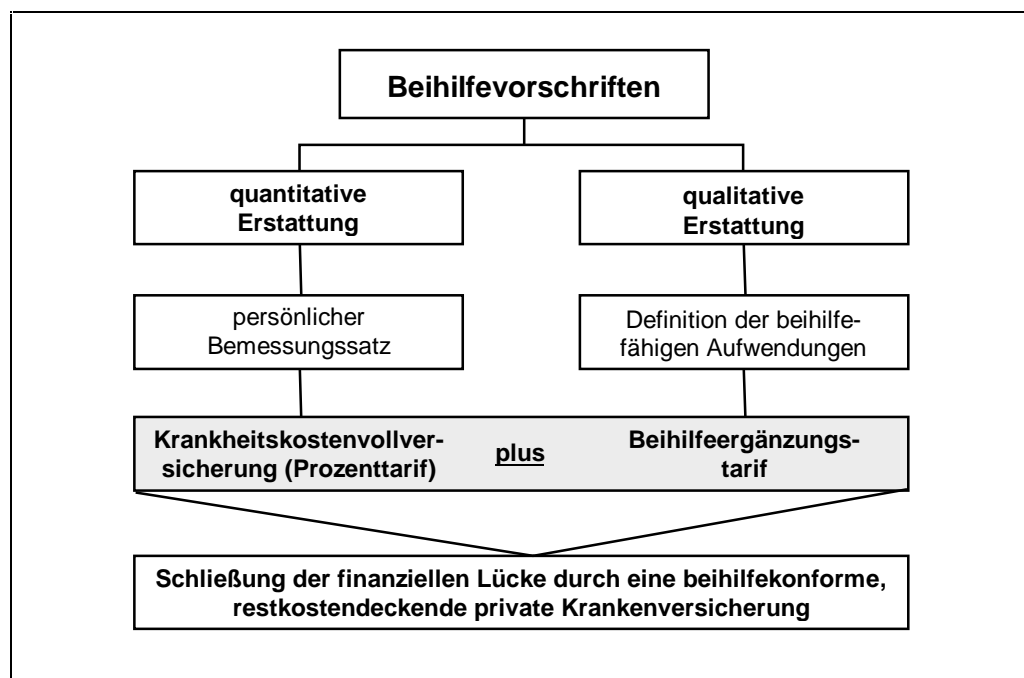


Abbildung 33: Privater Krankenversicherungsschutz für Beihilfeberechtigte

Einer gesetzlichen Krankenkasse können Beamte ausschließlich als freiwillige Mitglieder angehören. Aufgrund des seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes 1989 fehlenden eigenständigen Beitrittsrechts nach § 9 SGB V ist eine freiwillige Mitgliedschaft seither nur dann noch möglich, wenn Beamte vor Eintritt der Versicherungsfreiheit bereits Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse waren. Da die meisten Beamten durch Ausbildung oder Studium zumindest vorübergehend gesetzlich krankenversichert waren, könnten sie regelmäßig von ihrem Besitzstandswahrungs- bzw. Bleiberecht in der GKV Gebrauch machen.<sup>329</sup>

Gesetzliche Kassen können allerdings keine beitragsreduzierenden Teilkostentarife mit dem Ziel der Aufstockung der gemäß der persönlichen Bemessungssätze bestehenden Beihilfeansprüche anbieten. Denn das Sozialgesetzbuch sieht außer der Beitragsdifferenzierung bei Krankengeldern (§§ 241 - 248 SGB V) und der Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V für die beihilfeberechtigten Beschäftigten der Krankenkassen (sog. Dienstordnungsangestellte) keine weiteren Tatbestände für eine entsprechende Beitragsdifferenzierung vor.

328) Vgl. S. 85.

329) Vgl. hierzu S. 34.



Übt der Beamte dennoch sein faktisches Wahlrecht zugunsten der GKV aus, so entfällt für ihn und seine Familienangehörigen der Beihilfeanspruch auf alle von der GKV als Sachleistung oder (im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips) als Geldleistung erbrachten Leistungen. Die beihilfefähigen Aufwendungen beschränken sich dann auf die Leistungen, die von der GKV nicht abgedeckt werden. Grundlage für die Beihilfeberechnung sind in diesem Fall grundsätzlich die beihilfefähigen Aufwendungen, vermindert um die Kassenleistung.<sup>330</sup>

#### **3.4.4.2.2 Die Entwicklung der Relativpreise zwischen GKV und PKV und ihre Auswirkungen auf das Wahlverhalten aus Single-, Familien- und Rentnerperspektive**

Auch die Beiträge in den privaten Krankheitskostentarifen für beihilfeberechtigte Personen sind in den letzten Jahren im Vergleich mit den GKV-Beiträgen überdurchschnittlich stark gestiegen. Abbildung 34 auf S. 138 macht dies am Beispiel der Entwicklung der Neugeschäftsbeiträge der Debeka deutlich. Dort stiegen die Beiträge in Abhängigkeit von der Höhe des Beihilfeanspruchs und des daraus abzuleitenden beihilfekonformen privaten Restkostentarifs im Zeitraum von 1991 bis 1998 jahresdurchschnittlich zwischen 7,7% und 8,3% für Männer bzw. zwischen 6,7% und 7,4% für Frauen. Diese Beitragssteigerungsraten liegen damit in Größenordnungen, wie sie im selben Zeitraum auch für Vollkostentarife für nicht-beihilfeberechtigten Personen festzustellen sind.<sup>331 332</sup>

---

330) Der hiernach verbleibende Betrag wird dann gemäß der Beihilfavorschriften des Bundes auf 100% der beihilfefähigen Aufwendungen aufgestockt. In den Beihilfavorschriften einiger Bundesländer ist dagegen bei diesem Sachverhalt eine Erhöhung des persönlichen Beihilfebemessungssatzes auf 100% nicht vorgesehen. Wird hier vom Entscheidungsträger ein dem PKV-Schutz vergleichbarer Leistungsstandard (z. B. die privatärztliche Behandlung sowie Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt) gewünscht, so ist der Abschluß einer Zusatzversicherung notwendig.

331) Vgl. hierzu S. 103 ff., insbesondere Abbildung 24 auf S. 104.

332) Die durchschnittliche jährliche Beitragssteigerungsrate für Kinder liegt dagegen im Vergleichszeitraum mit rund 4,3% nicht nur unter der jährlichen Steigerungsrate des GKV-Höchstbeitrags in diesem Zeitraum von 5,0%, sondern insbesondere auch deutlich unter derjenigen für nicht-beihilfeberechtigte Kinder (6,8%). Eine Begründung hierfür ist schwierig. Da aber vermutlich das Änderungsrisiko als Erklärungsansatz ausscheidet, weil es in den Tarifen für beihilfeberechtigte Kinder im selben Maße wirken dürfte wie in Tarifen für nicht-beihilfeberechtigten Kinder, könnte ein Grund für die vergleichsweise niedrigen durchschnittlichen Steigerungsraten eine bewußt vorsichtige, zukünftige Beitragsanstiege auf niedrigem Niveau haltende Erstkalkulation der Beiträge in den Tarifen für nicht-beihilfeberechtigte Kinder sein.

	Monatsbeiträge in DM			Monatsbeiträge in DM			Durchschnittliche Jahressteigerung der Neuzugangsbeiträge in %		
	Stand: 01.01.1991			Stand: 01.07.1998			(für 7,5 Jahre)		
	Mann EA* 33	Frau EA 33	Kind	Mann EA 33	Frau EA 33	Kind	Mann EA 33	Frau EA 33	Kind
Beihilfean- spruch: 50% Tarif:P30+P20/ Z30+Z20/BE	136,70	183,40		248,60	312,70		8,30	7,37	
Beihilfean- spruch: 70% Tarif: P30/Z30/ BE	96,60	127,10		168,80	206,50		7,73	6,68	
Beihilfean- spruch: 80% Tarif:P20/Z20/ BE			32,80			45,10			4,34

\* EA = Eintrittsalter  
Versicherer: Debeka

Abbildung 34: Beitragsentwicklung einer Krankheitskostenvollversicherung (Prozenttarif) für beihilfeberechtigte Personen (1991-1998)

Dadurch ist es – wie in der Zielgruppe der nicht beihilfeberechtigten Personen – in den vergangenen Jahren auch bei den beihilfeberechtigten Personen tendenziell zu einer Veränderung der Relativpreisposition zulasten der PKV gekommen. Dies hat allerdings keine Auswirkungen auf das Wahlverhalten der Entscheidungsträger gehabt, denn seit Anfang der 90er Jahre sind – mit nur geringen Schwankungen – über 90% der Beamten privat vollversichert. Dazu folgender Erklärungsansatz:

Schon bei isolierter Betrachtung des Beitragsvergleichs (also ohne Berücksichtigung von Zusatzversicherungen bei GKV-Wahl) zeigt sich, daß

- in einer "Single"-Situation während des aktiven Erwerbslebens der Beitrag für den PKV-Schutz bei 50%igem Beihilfeanspruch regelmäßig deutlich unter dem entsprechenden GKV-Beitrag liegen dürfte. Abbildung 35 auf S. 140 zeigt hier beispielhaft für 33jährige ledige Beihilfeberechtigte, daß bereits ab einem monatlichen Bruttoeinkommen von rund 1900 DM (Männer) bzw. 2400 DM (Frauen) monatlich der alternativ zu zahlende GKV-Beitrag die PKV-Prämie übersteigt,

- in einer (bereits bestehenden oder geplanten) Familiensituation für den Entscheidungsträger kaum Situationen entstehen können, in denen der PKV-Beitrag für die gesamte Familie über den GKV-Beitrag (sogar ohne Berücksichtigung von Zusatzversicherungen) steigt. Abbildungen 35 und 36 machen am Beispiel eines 33jährigen männlichen Entscheidungsträgers deutlich, daß in Abhängigkeit von der Höhe des Beihilfeanspruchs – Beihilfeberechtigte mit weniger als zwei Kindern haben selbst einen Beihilfeanspruch von 50%, mit mindestens 2 Kindern dagegen einen in Höhe von 70% – auch in typischen Familiensituationen, in denen die Ehefrau nicht berufstätig und damit nicht selbst (privat oder gesetzlich) krankenversichert ist, die private restkostendeckende Vollkostenversicherung dem alternativen GKV-Schutz "nur" bei monatlichen Bruttoeinkommen von unter rund 3.500 DM bis 3.800 DM unterlegen ist.<sup>333</sup> Hier ist also allenfalls denkbar, daß sich die Entscheidung zugunsten der PKV bei einer langandauernden Aufgabe der Berufstätigkeit des Ehepartners für Beihilfeberechtigte in niedrigeren Besoldungsgruppen als nachteilig herausstellt.

Der Vorteil der privaten Versicherungslösung gegenüber dem GKV-Schutz liegt im wesentlichen in den "Familienkomponenten" der Beihilfevorschriften begründet. So ist zu berücksichtigen, daß

- der Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten selbst in der Familienphase von 50% (ohne Kinder) auf 70% (ab 2 Kindern) steigt,
- der Beihilfebemessungssatz des berücksichtigungsfähigen Ehepartners unabhängig von der Kinderanzahl 70% sowie
- derjenige für die berücksichtigungsfähigen Kinder, ab dem 1. Kind, 80% beträgt.

---

333) Diese Familiensituationen sind noch die für die PKV ungünstigsten. Unterstellt man im Lebenszyklus, daß die Ehefrau zumindest teilweise selbst berufstätig und damit eigenständig krankenversichert ist, so ist sie im Kalkül eines wahlberechtigten Entscheidungsträgers irrelevant. Denn ist der Ehepartner wegen Aufnahme einer eigenen Berufstätigkeit beim Entscheidungsträger nicht mehr berücksichtigungsfähig, so entfällt der Beihilfeanspruch des Ehepartners. Da die Kinder eines beihilfeberechtigten Entscheidungsträgers – unabhängig vom Krankenversicherungsstatus von dessen Ehepartner – regelmäßig weiterhin einen Beihilfeanspruch haben, ist zu überlegen, wieviele Kinder der Entscheidungsträger in den in den Abbildungen 35 und 36 dargestellten Situationen versichern kann, ohne daß sich bei identischer Einkommenssituation die Entscheidungslage verschlechtert. Das Ergebnis: Bei Wegfall des PKV-Beitrags für die Ehefrau (206,50 DM monatlich) kann der Entscheidungsträger rein rechnerisch rund 4,6 Kinder (zum Beitrag von 45,10 DM monatlich) privat versichern, ohne daß sich die GKV-Wahl für ihn "rechnet". Da aber Familien mit mehr als vier Kindern eher die Ausnahme darstellen dürften, verbessert sich die Entscheidungslage des Beihilfeberechtigten bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch den Ehepartner gegenüber den dargestellten Familiensituationen, in denen der Ehepartner nicht selbst berufstätig ist.

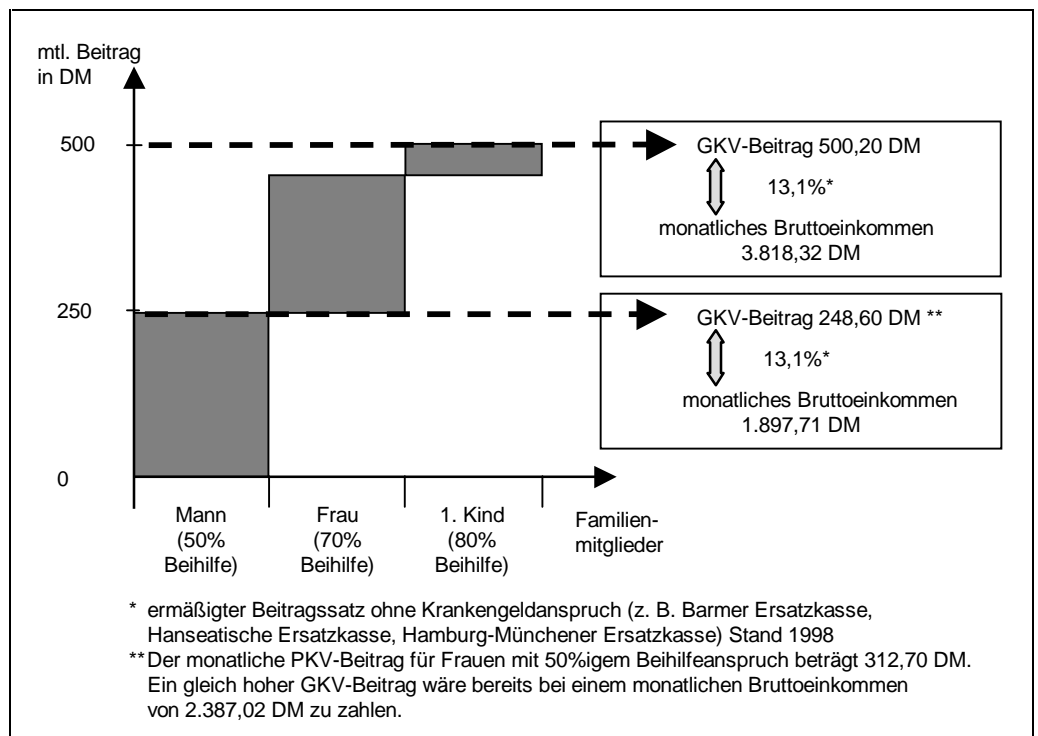


Abbildung 35: Die Entscheidungssituation eines beihilfeberechtigten männlichen Entscheidungsträgers in der Single- und in der "Kleinfamilien"-Phase (Ehefrau nicht berufstätig, weniger als 2 Kinder)

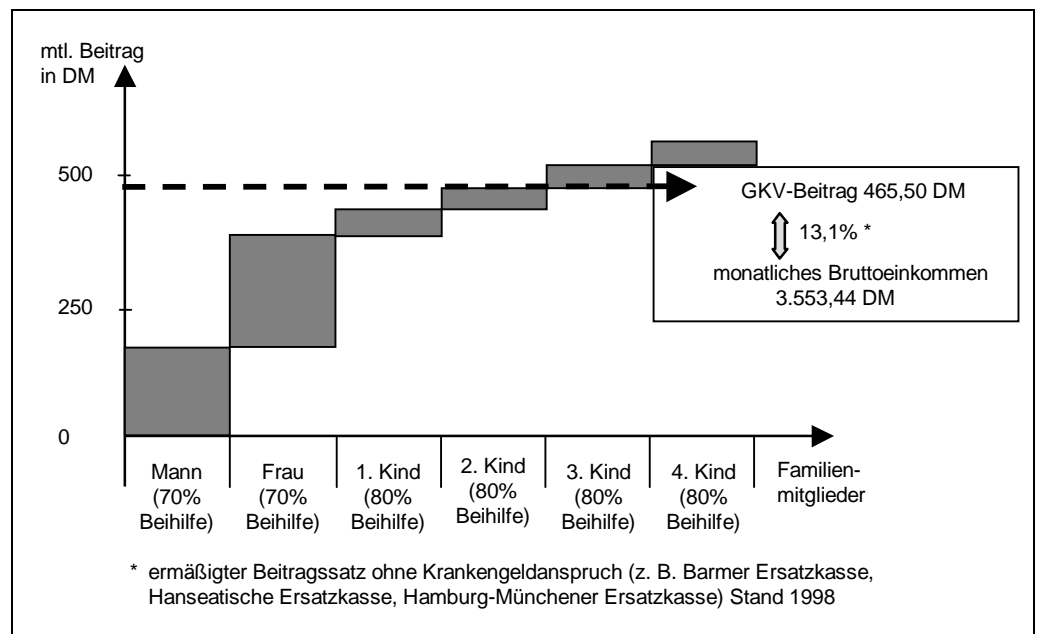


Abbildung 36: Die Entscheidungssituation eines beihilfeberechtigten männlichen Entscheidungsträgers in der "Großfamilien"-Phase (Ehefrau nicht berufstätig, mindestens 2 Kinder)

Darüber hinaus hat das Beihilferecht im Pensionsalter eine "automatische Beitragsentlastungskomponente" eingebaut hat. Denn mit Erreichen des Pensionsalters liegt der Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten und des berücksichtigungsfähigen Ehepartners bei 70%, so daß sich also für den Beihilfeberechtigten selbst in der Regel der Beihilfebemessungssatz (wieder) von 50% auf 70% erhöht.<sup>334</sup>

Vor dem geschilderten Hintergrund "lohnt" sich mit Blick auf das Wahlverhalten der beihilfeberechtigten Entscheidungsträger eine GKV-Mitgliedschaft nur

- für Beamte mit relativ niedrigem Einkommen, weil dann der einkommensabhängige GKV-Beitrag relativ gering ist und/oder
- bei hohen PKV-Prämien aufgrund schlechter Gesundheitsverhältnisse.

Ein relativ niedriges Einkommen beziehen unter anderem Beamtenanwärter.<sup>335</sup> Deren Wahlverhalten (offensichtlich zugunsten der PKV) wird aber dadurch beeinflusst, daß PKV-Unternehmen beitragsreduzierte Beamtenanwärter-Tarife ohne Alterungsrückstellung bzw. mit Alterungsrückstellung Null anbieten.<sup>336</sup> Hierzu ein Beispiel: Wie bereits gezeigt, kostet eine beihilfekonforme restkostendeckende private Vollkostenversicherung für 33jährige Beihilfeberechtigte mit 50%igem Beihilfeanspruch bei der Debeka monatlich 248,60 DM (Männer) bzw. 312,70 DM (Frauen).<sup>337</sup> Sofern sich diese Personen noch in der Ausbildung befinden (z. B. als Referendare), hätten sie bei Eintrittsalter 25 in Tarifen für Beamtenanwärter<sup>338</sup> monatlich 79,00 DM (Männer) bzw. 113,80 DM (Frauen) zu zahlen.<sup>339</sup> Die Folge ist, daß sich ein alternativer GKV-Schutz auch ohne Berücksichtigung der Leistungsunterschiede zwischen PKV und GKV für Beamtenanwärter regelmäßig nicht "rechnet". Denn erst bei Bruttoeinkommen von

---

334) Es ist davon auszugehen, daß zumindest in den letzten Jahren vor Erreichen des Pensionsalters ein Beihilfebemessungssatz von 50% zur Anwendung kommt, weil in dieser Lebensphase Kinder des Beihilfeberechtigten regelmäßig nicht mehr berücksichtigungsfähig sind.

335) Beamtenanwärter sind Personen, die nach Beendigung ihrer Ausbildung bzw. ihres Studiums und vor endgültiger Übernahme in das Beamtenverhältnis eine Referendar- oder Beamtenanwärterzeit absolvieren. Für diese Beamtenanwärter gelten zwar dieselben Beihilfavorschriften wie für Beamte, jedoch erhalten sie in dieser Zeit vergleichsweise geringe Bezüge.

336) Beamtenanwärtertarife sind Krankenversicherungsprodukte "nach Art der Lebensversicherung" mit begrenzter Laufzeit. Aufgrund der begrenzten Laufzeit sind die Tarife ohne Alterungsrückstellung bzw. mit Alterungsrückstellung Null gerechnet. Sie entsprechen insofern Risikotarifen.

337) Vgl. Abbildung 34 auf S. 138.

338) Tarifkombination P 30A + P 20A/Z 30A + Z 20A/BE A der Debeka (Stand: 1.7.1998).

339) Die entsprechenden monatlichen Beiträge bei Eintrittsalter 33 betragen 92,80 DM (Männer) und 171,30 DM (Frauen). Diese Angaben dienen "nur" zur Verdeutlichung des Beitragsunterschieds zwischen den Tarifen für Beamte und denen für Beamtenanwärter bei identischem Eintrittsalter. In der Praxis dürfte das Eintrittsalter von Beamtenanwärtern eher, wie im obigen Beispiel, bei 25 Jahren liegen.

unter 603,05 DM (Männer) bzw. 868,70 DM (Frauen) wäre der GKV-Beitrag günstiger als die PKV-Prämie.<sup>340</sup>

Im Ergebnis bedeutet dies, daß der Verzicht auf die Bildung von Alterungsrückstellungen das Angebot preislich attraktiver Krankheitskostentarife ermöglicht, die in einem akzeptablen Verhältnis zu den relativ geringen Bezügen während der Beamtenanwärterzeit stehen. Eine frühe Wahlentscheidung des Beihilfeberechtigten zugunsten der PKV wird darüber hinaus dadurch gefördert, daß Beamtenanwärtertarife zum Zeitpunkt der Übernahme in das Beamtenverhältnis einen Übergang in die regulären Beamtentarife ohne Gesundheitsprüfung vorsehen.<sup>341</sup>

Auch der zweite Sachverhalt – hohe PKV-Prämien aufgrund schlechter Gesundheitsverhältnisse – blieb aufgrund der erleichterten Aufnahmebedingungen der PKV für Beamte auf Einzelfälle beschränkt und hat sich in der Vergangenheit nicht zu Lasten des PKV-Marktanteils auswirken können. So wurde gesetzlich versicherten Beamten durch drei befristete Öffnungsaktionen in den Jahren 1987, 1989 und 1990 der Übertritt zur PKV mit aufsichtsbehördlicher Genehmigung erleichtert. Die Aufnahmebedingungen sahen vor, daß Krankenversicherungsanträge nicht abgelehnt wurden. Auch Leistungsausschlüsse wegen Vorerkrankungen wurden nicht vorgenommen. Allenfalls konnten Risikozuschläge bis höchstens 100% des Tarifbeitrags erhoben werden.<sup>342</sup> In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, daß die erleichterten Aufnahmebedingungen für neu verbeamtete Personen weiterhin gelten, wobei die Bedingungen erst jüngst weiter verbessert wurden. So haben 24 PKV-Anbieter von Beihilfetarifen hierzu erklärt, im Neugeschäft den maximalen Risikozuschlag auf 50% des Tarifbeitrags zu begrenzen.<sup>343</sup>

Im Ergebnis ist der hohe Anteil der PKV-versicherten Beamten<sup>344</sup> damit zu erklären, daß aus Sicht des Beamten bei Eintritt in das Beamtenverhältnis nur schwer Situationen unter der Single-, Familien- und Rentnerperspektive denkbar sind, die einen höheren Beitrag zur PKV als zur GKV wahrscheinlich erscheinen lassen. Folgende Rahmenbedingungen sind dafür "verantwortlich", daß das

---

340) Die entsprechenden "Grenz-Bruttoeinkommen" bei Eintrittsalter 33 liegen bei 708,40 DM (Männer) und 1307,63 DM (Frauen).

341) Dabei fällt zum Zeitpunkt der Wahlentscheidung offensichtlich nicht ins Gewicht, daß bei der Beitragsberechnung bei Übertritt vom Beamtenanwärtertarif in den Beamtentarif das dann erreichte Eintrittsalter (und nicht das bei Eintritt in den Beamtenanwärtertarif) zugrundegelegt wird, eben weil bisher keine Alterungsrückstellungen gebildet wurden.

342) Vgl. PKV-Verband (1997b), S. 121 f.

343) PKV-Verband (1997d).

344) Die Frage, warum der Marktanteil nicht 100% beträgt, läßt sich wie folgt beantworten: Die GKV-versicherten Beamten dürften sich in erster Linie aus den Bundesbahn- und Bundespostbeamten zusammensetzen. Diese sind nicht beihilfeberechtigt und in der Regel Mitglieder der jeweiligen Betriebskrankenkassen. Die Überlegungen zu den beihilfeberechtigten Beamten gelten also für oben genannte Personengruppen nicht. Ihr Entscheidungskalkül ist mit dem von Angestellten und Arbeitern zu vergleichen.

beobachtete Wahlverhalten zugunsten der PKV regelmäßig individuell-ökonomisch ist:

- Die Beschreibung der beihilfefähigen Aufwendungen im Beihilferecht heben auf die hohen Leistungsstandards und die Prinzipien der Leistungsgewährung in der privaten Krankenversicherung ab.
- Die Sozialgesetzgebung erlaubt keine auf die Bedürfnisse von beihilfeberechtigten Beamten abgestellte beitragsreduzierte Mitgliedschaft in der GKV.
- Die "Sozialkomponenten" im Beihilferecht, insbesondere die an der Familien- und Rentnersituation orientierten Beihilfebemessungssätze, überwiegen bei der Wahlentscheidung die "klassischen" Vorteile (z. B. der beitragsfreien Familienversicherung) der GKV in diesen Phasen.
- Die PKV fördert durch zielgruppengerechte Produktangebote (z. B. Beihilfeergänzungs- und Beamtenanwärtertarife) sowie erleichterte Aufnahmebedingungen die Wahlentscheidung zugunsten der PKV.

Ein sich zugunsten der GKV entwickelndes Wahlverhalten der Entscheidungsträger ist daher auch zukünftig nur dann zu erwarten, wenn sich die beschriebenen Rahmenbedingungen – insbesondere zu den drei erstgenannten Punkten – grundlegend ändern.

### **3.4.4.3 Aspekte der zukünftigen Produktgestaltung für beihilfeberechtigte Entscheidungsträger**

In der Zielgruppe der beamteten Entscheidungsträger hat sich der Relativpreis im Neugeschäft zu Lasten der PKV verändert. Dies blieb allerdings ohne Auswirkung auf das Wahlverhalten der Entscheidungsträger, weil sozial- und beihilferechtlichen Regelungen in den verschiedenen Lebenssituationen und -perspektiven des Beamten (Single-, Familien- und Rentnerphase) dazu führten, daß die PKV im Relativpreismodell die günstigere Alternative darstellt. Insoweit erscheint hier zur Erreichung unternehmerischer Zielsetzungen unter den heutigen Rahmenbedingungen keine Einflußnahme auf die die Änderungsdynamik verursachenden Risikoursachenkomplexe notwendig. Allerdings darf nicht verkannt werden, daß weiterhin im Vergleich zur GKV überproportionale Ausgaben- und Beitragssteigerungen mittelfristig eine entsprechende Einflußnahme der PKV zur Stabilisierung der Marktposition notwendig machen könnten.

Produktpolitische Aktivitäten der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden auch zukünftig vermutlich in erster Linie durch Änderungen im Beihilferecht ausgelöst. Bereits in der jüngeren Vergangenheit wurden Eingriffe des Gesetzgebers in das Leistungsprogramm der GKV, z. B. im Rahmen der Gesundheitsreformgesetze, in das Beihilferecht übertragen und führten seitens der PKV zur Entwicklung von Beihilfeergänzungstarifen, die diese Leistungseinschnitte

auffangen. Auch zukünftig sind bei weiteren Leistungskürzungen entsprechende Tarifkonzepte zur Deckung der entstehenden Lücken zu erwarten. Ähnliches gilt auch für durch Ausgabensenkungsziele der Beihilfeträger motivierte Leistungsänderungen (z. B. der in einigen Bundesländern bereits vollzogene Wegfall der Beihilfefähigkeit für stationäre Wahlleistungen).<sup>345</sup> Auch hier hat es und wird es auch in Zukunft entsprechende bedarfsgerechte Angebote der PKV-Unternehmen geben.

Derartige Entwicklungen werden aber aus Sicht der Entscheidungsträger auch zukünftig die dargelegte grundsätzliche Überlegenheit der Finanzierungsalternative PKV nur unwesentlich tangieren, weil sie den Relativpreisvorsprung der PKV kaum verringern. Marktanteilsverluste der PKV in der Zielgruppe der Beamten erscheinen daher eher unwahrscheinlich. Bezogen auf die Wachstumsziele ist sogar zu erwarten, daß moderate Leistungseinschnitte in das Beihilferecht eher wachstumsfördernd wirken. Dazu ein Beispiel: Der Wegfall der Beihilfefähigkeit stationärer Wahlleistungen im Krankenhaus führt dazu, daß ein Teil der Entscheidungsträger (nämlich die leistungsorientierten) seine – bisher "nur" entsprechend seines persönlichen Beihilfesatzes bestehende – Restkostendeckung auf 100% aufstockt. Daraus resultieren dann höhere Prämieinnahmen beim Krankenversicherer. Der andere Teil der Entscheidungsträger wird sich aus Gründen der Prämienminimierung mit einer Absicherung der stationären Regelleistungen im Krankenhaus begnügen. Dies hat Prämienmindereinnahmen bei den privaten Krankenversicherern zur Folge. In der Zielgruppe der Beamten ist nun – u. a. begründet durch die Rahmenbedingungen des Beihilferechts – eine Präferenz zu umfassendem Vollversicherungsschutz zu vermuten. Daher erscheint es plausibel, daß per Saldo die Prämienmehrereinnahmen die Mindereinnahmen übersteigen.

Aus Sicht der privaten Krankenversicherer deutlich anders zu bewerten wären dagegen – vor allem mit Blick auf mögliche Marktanteilsverluste der PKV in der Zielgruppe der Beamten – grundlegende Änderungen des Beihilferechts. Eine solche Änderung wäre z. B. die Umstellung der Beihilfe auf einen Arbeitgeberschuß für Beihilfeberechtigte. Denn hieraus ergäbe sich dann ein – dem nicht beihilfeberechtigten Nachfrager vergleichbarer – grundlegend veränderter Entscheidungsraum für die Zielgruppe der Beamten mit möglicherweise entsprechenden Marktanteilsverschiebungen zugunsten der GKV. Entsprechende Änderungsvorschläge zum Beihilferecht werden zwar von Zeit zu Zeit auch in die politische Diskussion eingebracht, eine rasche Umsetzung erscheint aber eher unwahrscheinlich.

---

345) Vgl. zum Wegfall der Beihilfefähigkeit von Wahlleistungsaufwendungen im Krankenhaus in den Ländern Berlin (mit Wirkung zum 1.4.1998) und Schleswig-Holstein (mit Wirkung zum 1.3.1998) u. a. PKV-Verband (1998), S. 43 ff. In Bremen und Hamburg sowie im Saarland wurde die Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen bereits vor einigen Jahren abgeschafft. Vgl. hierzu und zu den Plänen weiterer Bundesländer zur Abschaffung der Beihilfe für Wahlleistungsaufwendungen o.V. (1998a), S. 24.



Aktuell erkennbar sind vielmehr die Bestrebungen der Beihilfeträger, Einfluß auf die Leistungsseite zu nehmen und so – bei grundsätzlichem Fortbestehen der Rahmenbedingungen des Beihilferechts – zu Einsparungen in den öffentlichen Haushalten zu kommen. Angesprochen sind hier spezielle Vergütungsregelungen für Beihilfeberechtigte, z. B. durch Senkung des Steigerungssatzes der Gebührenordnungen.<sup>346</sup> Diese Bestrebungen werden von der PKV nachdrücklich unterstützt. Denn sie dienen zum einen mittelfristig der Sicherung der Marktposition in einer wichtigen Zielgruppe und bieten zum anderen die Chance eines Einstiegs zu direkten vertraglichen Vereinbarungen mit Leistungserbringern.<sup>347</sup> Entsprechende Produktangebote der PKV-Unternehmen, die die mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungsregelungen widerspiegeln und insoweit auch die Vertragsbeziehung des Krankenversicherers mit seinem Kunden modifizieren, dürften dann relativ schnell auf den Markt kommen.

### 3.5 **Im Überblick: Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung und ihre Zuordnung zu den Ansatzpunkten Versicherungsnehmer bzw. Leistungserbringer**

Die Erhaltung bzw. Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der PKV-Unternehmen, insbesondere in den nicht-beihilfeberechtigten Zielgruppen, macht es notwendig, über Instrumente zur Einflußnahme auf die Risikoursachenkomplexe nachzudenken. Deren Einsatz hat das Ziel, Anreize zur kostengünstigen und zugleich qualitätsgesicherten medizinischen Versorgung der Versicherten zu setzen, um dadurch die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen zu begrenzen. Instrumente zur zielgerichteten Ausgaben- und Qualitätssteuerung, die vor oder unmittelbar bei der Leistungserbringung wirken, werden seit geraumer Zeit verstärkt im Zusammenhang mit Managed-Care-Konzepten – deren Ursprung in den USA liegt und die dort eine große Bedeutung erlangt haben<sup>348</sup> – auch in Deutschland diskutiert.

Wie in Abbildung 37 dargestellt, lassen sich die Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung nach strukturorientierten und prozeßorientierten Maßnahmen differenzieren.<sup>349</sup> Strukturorientierte Instrumente betreffen insbesondere die Einflußnahme auf das Verhalten von Leistungserbringer und Nachfrager durch Anreizsysteme.<sup>350</sup> Prozeßorientierte Instrumente setzen vor allem am Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Pflege im Behandlungsfall an. Sie können nach ihrem Einsatzzeitpunkt im Behandlungsprozeß weiter unterschieden werden in In-

---

346) Vgl. u. a. Hess (1997), S. A-11.

347) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 230 ff.

348) Managed Care hat sich in den USA von einem äußerst geringen Marktanteil in den 70er Jahren mit heute über 50% (in manchen Märkten sogar 75%) Marktanteil) zur vorherrschenden Organisationsform im Krankenversicherungssystem entwickelt. Vgl. Sigma (1998), S. 21.

349) Vgl. Boetius (1996), S. 24.

350) Vgl. ebenda, S. 33.

strumente zur prospektiven Entscheidung über Leistungen (z. B. Einholung einer Zweitmeinung vor Operationen), Instrumente zur begleitenden Steuerung von Leistungsprozessen (insbesondere Disease und Case Management) und Instrumente zur (meist nachgängigen) Information und Kommunikation über das Leistungsgeschehen. Durch die Verbesserung der Qualität des Behandlungsprozesses sollen mit diesem Instrumentarium letztendlich Ausgabensenkungspotentiale ausgeschöpft werden.<sup>351</sup>

Weiter können die Instrumente danach differenziert werden, ob die Einflußnahme schwerpunktmäßig beim versicherten Patienten oder beim Leistungserbringer ansetzt. Bei strukturorientierten Maßnahmen auf der Versichertenseite stehen Anreize zu kostenbewußtem Verhalten durch Gestaltung risikoadäquater Versicherungsverträge im Mittelpunkt. Konkret geht es dabei in erster Linie um Selbstbeteiligungsregelungen und verhaltensorientierte Tarifierungsmodelle zur Förderung von Präventionsaktivitäten. Auf der Leistungserbringerseite steht hier die Auswahl effizient arbeitender Leistungserbringer und deren Vergütung im Vordergrund.

Als Ansatzpunkt für prozeßorientierte Instrumente werden meist die Leistungserbringer gesehen.<sup>352</sup> Dies liegt daran, daß zwar einerseits bei bereits begonnenem Behandlungsprozeß Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Leistungen regelmäßig in Interaktion zwischen versichertem Patienten und Arzt getroffen wird. Andererseits dürfte allerdings zumindest unter den heutigen Rahmenbedingungen den Leistungserbringern im konkreten Behandlungsfall – und hier setzen prozeßorientierte Instrumente regelmäßig an – die entscheidende Steuerungsfunktion zuzusprechen sein.<sup>353</sup> Dem versicherten Patienten kommt hier häufig eine eher "mitwirkende" – in Abbildung 37 auf S. 147 durch ein (X) gekennzeichnete – Rolle zu, deren Ausfüllung durch den Versicherten vor allem durch Anreizsysteme sichergestellt werden soll.

Bezogen auf die Zuordnung einzelner Instrumente zu bestimmten Risikoursachenkomplexen sei auf folgendes hingewiesen: Alle Instrumente entfalten ihre Wirkungen auf der jeweiligen individuellen Beziehungsebene zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer bzw. zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer. Insofern entsteht durch die Ansatzpunkte der Instrumente – Versicherungsnehmer und Leistungserbringer – eine unmittelbare Einflußnahme auf die entsprechenden Risikoursachenkomplexe "Verhalten des Versicherungsnehmers" bzw. "Verhalten der Leistungserbringer".

---

351) Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 51 ff.

352) Vgl. u. a. ebenda, S. 55.

353) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 74 ff.

Instrument		Ansatzpunkt	
		Versicherungsnehmer	Leistungserbringer
strukturorientiert	Selbstbeteiligungsregelungen	X	
	Förderung von Vorsorgeaktivitäten	X	
	Auswahl und Honorierung der Leistungserbringer		X
prozeßorientiert	Einflußnahme auf das Vorgehen der Leistungserbringer bei Diagnose, Therapie und Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospektive Entscheidung über Leistungen</li> <li>• Begleitende Steuerung von Leistungsprozessen</li> <li>• Information und Kommunikation über das Leistungsgeschehen</li> </ul>	(X)	X

Abbildung 37: Instrumente und Ansatzpunkte zur Kosten- und Qualitätssteuerung

So wirken die beiden beim Versicherungsnehmer ansetzenden - im folgenden Kapitel 4 näher untersuchten - strukturorientierten Instrumente (Selbstbeteiligungsregelungen und verhaltensorientierte Tarifierung zur Förderung von Vorsorgeaktivitäten) unmittelbar auf den Risikoursachenkomplex "Verhalten des Versicherungsnehmers" und zielen hier konkret auf die Vermeidung bzw. Eindämmung des internen moralischen Risikos durch die Gestaltung entsprechender risikoadäquater Versicherungsverträge ab. Selbstbeteiligungsregelungen nehmen in diesem Zusammenhang sowohl auf das Ex-ante- als auch das Ex-post-moralische-Risiko Einfluß. Verhaltensorientierte Tarifierungsmodelle setzen dagegen "nur" beim Ex-ante-moralischen-Risiko an.

Auswahl und Honorierung von Ärzten als strukturorientierte Instrumente mit Ansatzpunkt beim Leistungserbringer haben das Ziel, z. B. durch Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer, unnötige angebotsinduzierte Nachfrageausweitungen (externes moralisches Risiko) zu vermeiden. Sie nehmen damit unmittelbar Einfluß auf das Verhalten der Leistungserbringer im Behandlungsfall.

Ähnliches gilt für die leistungserbringerorientierten prozeßbezogenen Instrumente, die wie die zuvor genannten strukturorientierten Instrumente in Kapitel 5

eingehend behandelt werden. Sie sind ebenfalls Steuerungsinstrumente, allerdings mit einem anderen Schwerpunkt: Durch sie werden Informationen bereitgestellt, die für die Entscheidung über Leistungen sowie die Begleitung und Auswertung von Behandlungsprozessen notwendig sind. Prozeßorientierte Instrumente fördern damit die effiziente Erbringung der Leistungen. Sie wirken dabei nicht nur auf den die wesentliche Steuerungsfunktion im Behandlungsprozeß innehabenden Leistungserbringer, sondern üben durch die Interaktion zwischen Leistungserbringer und versichertem Patienten im Behandlungsfall auch auf den Letztgenannten Einfluß aus.

Aus den obigen Erläuterungen läßt sich zunächst ableiten, daß dem Krankenversicherer aufgrund der Tatsache, daß ihm zwecks Einflußnahme auf die Risikoursachensysteme "nur" die individuellen Steuerungsebenen Versicherungsnehmer und Leistungserbringer zur Verfügung stehen, eine direkte Einflußnahme auf andere Risikoursachenkomplexe wie den medizinisch-technischen Fortschritt oder die altersspezifische Morbidität nicht möglich ist. Dies heißt aber nicht, daß der Krankenversicherer überhaupt keinen Einfluß auf diese Risikoursachensysteme hat und sie insoweit als exogen vorgegeben akzeptieren muß. Denn bei entsprechender Einflußnahme auf beide Akteure, Versicherungsnehmer und Leistungserbringer, durch deren Zusammenwirken im Behandlungsfall die wesentlichen Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Leistungen und die daraus entstehenden Kosten getroffen werden, ist zu erwarten, daß die Instrumente – neben ihrem Einfluß auf die Risikoursachenkomplexe "Verhalten von Versicherungsnehmer" und "Verhalten der Leistungserbringer" – mittelbare Auswirkungen auf andere Risikoursachenkomplexe, insbesondere auch auf den medizinisch-technischen Fortschritt und die altersspezifische Morbidität, haben.

- 4 Instrumente zur Einflußnahme auf die Risikoursachenkomplexe und ihre Umsetzung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte –Ansatzpunkt Versicherungsnehmer**
- 4.1 Versicherungsnehmerorientierte Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung**
- 4.1.1 Selbstbeteiligungsregelungen**
- 4.1.1.1 Formen der Selbstbeteiligung in der Krankheitskostenversicherung**
- 4.1.1.1.1 Grundformen**

Grundformen der Selbstbeteiligung sind die absolute und die relative (prozentuale) Abzugsfranchise sowie die Entschädigungslimitation (Leistungsbegrenzung). Sie stellen quantitative Beschränkungen des Versicherungsschutzes dar und bewirken, wie in Abbildung 38 verdeutlicht wird, eine Aufteilung der – qualitativ unter den Versicherungsschutz fallenden – Krankheitskosten zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer. Der Teil, den der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist die Selbstbeteiligung.<sup>354</sup> Die Definition der quantitativen Versicherungsleistungen aus einem Schaden durch sog. Transformationsregeln ist Gegenstand der materiellen Produktgestaltung in der substitutiven privaten Krankheitskostenvollversicherung.

Die Berechnung der Versicherungsleistung bei Krankheitskostenversicherungen mit quantitativen Selbstbeteiligungen erfolgt zweistufig: Zunächst werden die Versicherungsleistungen nach der Grundversicherungsform – dies ist in der Krankheitskostenvollversicherung die unbegrenzte Interessenversicherung – ermittelt. Anschließend werden auf diese Rechengröße die Selbstbeteiligungsregeln angewendet und die Entschädigung berechnet.<sup>355</sup>

Bei der absoluten Abzugsfranchise wird der Schaden in der Form aufgeteilt, daß der Versicherungsnehmer Krankheitskosten bis zu einem festen absoluten Betrag (der sog. Franchise) selbst zu tragen hat. Darüber hinaus leistet der Versicherer zu 100%. Bezugsgröße für die Franchise ist regelmäßig das Versicherungs- oder Kalenderjahr. Die Krankheitskosten innerhalb eines Jahres werden zusammengerechnet und die Selbstbeteiligung dann einmalig von den Gesamtkosten abgezogen. Solange die jährlichen Krankheitskosten die Franchise nicht überschritten haben, ist die Intensität des Versicherungsschutzes – dies ist die

---

354) Vgl. Pokora (1968), S. 5.

355) Zu den Transformationsregeln bei Versicherungen mit Selbstbeteiligungen vgl. Farny (1995), S. 331.

Relation der Versicherungsleistungen zum Schaden in Form der entstandenen Krankheitskosten – Null. Bei Krankheitskosten oberhalb der Selbstbeteiligung ist die Intensität größer als Null und konvergiert mit wachsenden Krankheitskosten gegen 1.

Bei der prozentualen Abzugsfranchise hat der Versicherungsnehmer einen festgelegten Prozentsatz an den Krankheitskosten selbst zu zahlen. Die Intensität des Versicherungsschutzes beträgt dementsprechend bei reiner Anwendung der relativen Abzugsfranchise immer 1 minus dem prozentualen Selbstbeteiligungssatz. Eine absolute Begrenzung der Selbstbeteiligung fehlt.

Bei der Entschädigungslimitation hat der Versicherte den Teil der Krankheitskosten selbst zu tragen, der bestimmte vertraglich festgelegte Höchstsätze übersteigt. In der Krankheitskostenvollversicherung gelten derartige Höchstsätze – zusätzlich zu eventuell vereinbarten absoluten oder relativen Selbstbeteiligungen – für eng abgegrenzte Leistungsbereiche wie z. B. für Sehhilfen.<sup>356</sup> Übersteigen die Krankheitskosten diese Höchstsätze nicht (und fallen die Krankheitskosten auch nicht in eine vereinbarte absolute oder relative Abzugsfranchise), beträgt die Intensität des Versicherungsschutzes 1 bzw. 100%. Bei Krankheitskosten oberhalb der Höchstsätze ist die Intensität kleiner als 1, wobei wegen der Entschädigungsbegrenzung auf die vertraglich festgelegten Höchstsätze die Intensität des Versicherungsschutzes mit wachsenden Krankheitskosten sinkt.

#### **4.1.1.1.2 Sekundäre Selbstbeteiligungsformen**

##### **4.1.1.1.2.1 Selektive Leistungsausschlüsse (qualitative Leistungsbegrenzungen)**

Selektive Leistungsausschlüsse haben zur Folge, daß der Versicherungsnehmer die Kosten für die ausgeklammerten Leistungsarten zu 100% selbst zu tragen hat. Insofern handelt es sich wirtschaftlich für diese Leistungsarten dann um eine hundertprozentige Selbstbeteiligung. Sie zwingen den Kunden dazu, die Mittel zur Deckung dieser Krankheitskosten im Schadenfall selbst bereitzustellen (partielle Selbstdeckung).

Formal ist der selektive Leistungsausschluß von den Grundformen der Selbstbeteiligung – auch wenn das wirtschaftliche Ergebnis teilweise identisch ist – streng zu trennen. Denn sie sind unterschiedlichen risikopolitischen Instrumenten zuzuordnen. Krankheitskosten, die selektiven Leistungsausschlüssen unterliegen, sind überhaupt nicht Gegenstand der Versicherung. Es findet für diese Leistungsbereiche kein Transfer einer Schadenverteilung statt. Insofern stellen selektive Leistungsausschlüsse qualitative Beschränkungen des Versicherungsschutzes dar (vgl. Abbildung 38 auf S. 151). Die Festlegungen zur qualitativen

---

356) Vgl. hierzu auch Abbildung 41 auf S. 168 mit weiteren Beispielen.

Ausgestaltung des Versicherungsschutzes sind Gegenstand der materiellen Produktgestaltung in der Krankheitskostenvollversicherung.

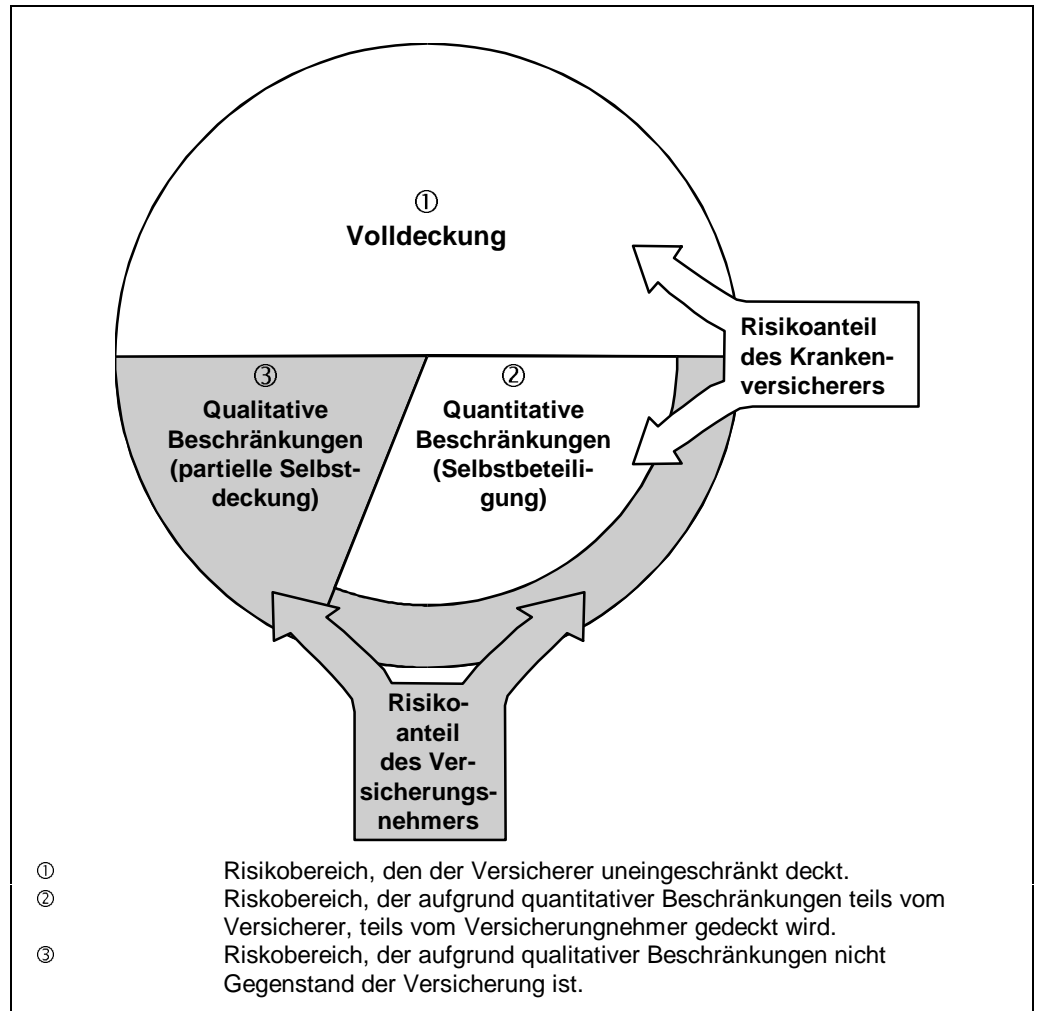


Abbildung 38: Zur Unterscheidung zwischen Selbstbeteiligung und partieller Selbstdeckung<sup>357</sup>

#### 4.1.1.1.2.2 Beitragsrückerstattung

Bei der Beitragsrückerstattung wird dem Versicherungsnehmer im Falle der Nichtinanspruchnahme der Krankenversicherung nach Ende eines Kalenderjahres ein Teil der auf diesen Zeitraum entfallenden Prämien zurückgezahlt. Unterschieden wird zwischen der vom Gewinn des Krankenversicherungsunterneh-

357) In Anlehnung an eine entsprechende Abbildung aus Pokora (1968), S. 6.

mens (erfolgs)unabhängigen und der (erfolgs)abhängigen Beitragsrückerstattung.<sup>358</sup>

Die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung ist eine Tarifleistung des Krankenversicherungsunternehmens. Sie wird mit ihrem Erwartungswert in der Prämienbemessung berücksichtigt und erhöht insoweit die Prämie. Sie ist damit ein Instrument der nachträglichen (sekundären) Prämiendifferenzierung bzw. der sogenannten Erfahrungstarifizierung. Der individuelle Schadenverlauf – rückwirkend wiederum gemessen an der Leistungsfreiheit in einem oder mehreren Jahren – führt zur vom Gewinn des Unternehmens unabhängigen und insofern garantierten Rückerstattung von Prämienanteilen.

Die Mittel für eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung werden den Versicherten bei Leistungsfreiheit aus den erwirtschafteten Jahresüberschüssen nachträglich rückerstattet. Die Höhe der Beitragsrückerstattung kann nicht vertraglich festgelegt werden, weil sie – im Gegensatz zur erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung – als gewinnabhängige Größe nicht in voraus bestimmbar ist. In der Praxis wird sie jedoch von den Unternehmen regelmäßig in Höhe einer bestimmten Anzahl von Monatsbeiträgen im voraus in Form einer Absichtserklärung angekündigt.

Die Beitragsrückerstattung erzielt durch die Ankündigung (erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung) bzw. Zusage (erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung) der Rückzahlung von Prämienteilen bei Schadenfreiheit die Wirkung eines Selbstbeteiligungseffekts. Der Versicherungsnehmer kann seine Rechnungsbelege solange sammeln, bis sie die angekündigte oder zugesagte Rückerstattungshöhe überschreiten. Die Beitragsrückerstattung wirkt dann im Ergebnis wie eine absolute Abzugsfranchise in gleicher Höhe: Krankheitskosten unterhalb des Beitragsrückerstattungsanspruchs trägt der Versicherte selbst. Sind die Krankheitskosten höher als die Beitragsrückerstattung und nimmt der Versicherte die Versicherungsleistung in voller Höhe in Anspruch, so verliert er dafür "im Gegenzug" seinen gesamten Beitragsrückerstattungsanspruch. Im Verlust dieses Anspruchs ist die maximale Selbstbeteiligung des Versicherten zu sehen.

Aus wirtschaftlicher Sicht entspricht daher der Verlust einer Beitragsrückerstattung einer quantitativen Selbstbeteiligung. In theoretischer Sichtweise ist die Beitragsrückerstattung allerdings kein Instrument zur Festlegung von quantitativen Versicherungsleistungen durch Transformationsregeln<sup>359</sup>, sondern ein Instrument der Prämiendifferenzierung und damit der Preispolitik.

---

358) Vgl. zu den nachfolgenden Ausführungen zur Beitragsrückerstattung u. a. Farny (1995), S. 61 ff.

359) Deshalb wird die Beitragsrückerstattung hier auch unter den sekundären Selbstbeteiligungsformen behandelt.



## 4.1.1.2 Bewertung

### 4.1.1.2.1 Selbstbeteiligungen und ihre dynamischen Steuerungswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherungsnehmer

Bei Ex-ante- und/oder Ex-post-Einfluß des Versicherungsnehmers auf die Krankheitskostenverteilung ist die Höhe der Krankheitskosten vom Deckungsgrad des Versicherungsschutzes abhängig. Diese versicherungsbedingten Verhaltensänderungen der Versicherungsnehmer wurden als internes moralisches Risiko bezeichnet.<sup>360</sup>

Der Krankenversicherer versucht, dem internen moralischen Risiko durch Selbstbeteiligungsinstrumente im Rahmen von Tarifierungsmaßnahmen zu begegnen. Berücksichtigt der Krankenversicherer beispielsweise im Falle des Ex-ante-moralischen-Risikos, daß dieses mit steigendem Deckungsgrad zunimmt, so ist er bestrebt, diesen Effekt mit überproportional zum Deckungsgrad steigenden Versicherungsprämien zu kompensieren. Im Idealfall gelingt ihm eine vollkommene Äquivalenztarifierung, und jedes Risiko wird gemäß seinem Schadenerwartungswert tarifiert.<sup>361</sup>

Ähnliches gilt für die Tarifierung bei internem Ex-post-moralischem-Risiko. Idealerweise hat hier die Entschädigungsfunktion folgende Gestalt: Sie ist monoton steigend, so daß ein positiver Zusammenhang zwischen der Handlung des Versicherten und der Versicherungsleistung besteht. Des weiteren verläuft sie ausschließlich oder zum überwiegenden Teil konvex. Dies bedeutet, daß bei geringfügigen Schadenfällen die versicherungsinduzierten Anreizverzerrungen möglichst eng zu begrenzen sind und Versicherungsschutz für Bagatellschäden daher mit spürbaren Selbstbeteiligungen verbunden sein sollte, während bei schwerwiegenden Schäden die Risikoübernahme durch den Krankenversicherer im Vordergrund steht.<sup>362</sup>

Derartige Selbstbeteiligungsregelungen in substitutiven Krankenversicherungsprodukten führen zu überproportionalen Inanspruchnahmereduzierungen der Versicherten nach Gesundheitsleistungen. Dies ist – mit unterschiedlichen Stärken – bei allen Selbstbeteiligungsformen beobachtbar.<sup>363</sup>

---

360) Vgl. S. 66 ff.

361) Vgl. Nell (1993), insbesondere S. 223.

362) Vgl. ebenda.

363) Absolute Abzugsfranchise: Knappe u. a. weisen signifikante dynamische Nachfrageraktionen erst bei einer Größenordnung der jährlichen Selbstbeteiligung von 500 DM nach. Vgl. Knappe u. a. (1981), S. 7 f. Nach Zweifel/Waser führen schon kleinere Selbstbeteiligungen von 250 DM zu deutlichen dynamischen Effekten. Diese sind um so stärker ausgeprägt, je höher die absolute Abzugsfranchise gewählt wird. Vgl. Zweifel/Waser (1987), S. 44.

Prozentuale Abzugsfranchise: Zweifel/Waser kommen wie beim absoluten auch beim prozentualen Selbstbehalt zu dem Ergebnis, daß dessen dynamischer Effekt mit der Höhe der prozentualen Franchise steigt. Vgl. ebenda, S. 31.

Die Inanspruchnahmeunterschiede werden hier in Abbildung 39 am Beispiel eines Krankheitskostentarifs für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie mit zwei verschiedenen prozentualen Abzugsfranchisen dargestellt. Hier zeigt sich bei einem Beitragsvergleich, daß beim Tarif Z 80/60 (Erstattung für Zahnbehandlung 80%, für Zahnersatz und Kieferorthopädie 60%) im Vergleich mit dem Tarif Z 100/80 (Erstattung für Zahnbehandlung 100%, für Zahnersatz und Kieferorthopädie 80%) einer 20% (Zahnbehandlung) bzw. 25% (Zahnersatz und Kieferorthopädie) niedrigeren prozentualen Erstattungssätzen durchschnittlich knapp 35%<sup>364</sup> (und damit überproportional) niedrigere Versicherungsprämien gegenüberstehen.

	Tarif Z100/80*		Tarif Z80/60*		Beitragsersparnis Z80/60 zu Z100/80	
	Monatsbeitrag in DM		Monatsbeitrag in DM		in %	
Eintrittsalter	männliche	weibliche	männliche	weibliche	männliche	weibliche
Kinder 0-14	35,30	35,30	23,00	23,00	34,8	34,8
Jugendliche 15-20	66,10	66,10	39,75	43,05	39,9	34,9
Erwachsene 21-64	89,30	133,65	58,05	86,98	35,0	34,9

Stand: 1.10.1998  
 Versicherer: Alte Oldenburger  
 \*Tarifkurzbeschreibungen:  
 Z100/80: Zahnbehandlung/Zahnersatz und Kieferorthopädie: 100%/80%  
 Z80/60: Zahnbehandlung/Zahnersatz und Kieferorthopädie: 80%/60%

Abbildung 39: Statischer und dynamischer Effekt von Selbstbeteiligungen am Beispiel zweier Krankheitskostentarife für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie mit unterschiedlichen prozentualen Abzugsfranchisen

Beitragsrückerstattung: Nach Schulenburg wirkt eine Beitragsrückerstattung ähnlich wie eine absolute Abzugsfranchise. Vgl. Schulenburg (1987), S. 25 f. Zweifel/Waser weisen nach, daß durch die geringere Korrelation von Krankheitsrisiko und finanziellem Risiko die Beitragsrückerstattung aus Sicht des Versicherungsnehmers einer finanziell gleichartigen absoluten Abzugsfranchise überlegen ist. Vgl. Zweifel/Waser (1987), S. 25.

364) Bei männlichen Jugendlichen sogar knapp 40%.

Dieser Effekt der überproportional zur Versicherungsdeckung sinkenden Prämienhöhe beruht auf folgendem Sachverhalt:

Unmittelbar einsichtig ist, daß sich die Prämie proportional mit der Versicherungsdeckung ändert. Im obigen Beispiel entspräche dies einer Prämienreduktion im Tarif Z 80/60 gegenüber dem Tarif Z 100/80 zwischen 20% und 25%. Dieser Effekt wird auch als statisch bezeichnet, da er auch bei konstanter Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und somit unveränderten Krankheitskosten entsteht.<sup>365</sup> Insofern werden durch Selbstbeteiligungen Finanzierungswirkungen im Sinne einer anderen Kostenverteilung erzielt, indem Krankheitskosten auf den Versicherten verlagert werden ohne Erstattungsanspruch gegen einen Krankenversicherer.

Die über den statischen Effekt hinausgehende Prämienenkung bei aufgrund von Selbstbeteiligungen reduzierter Versicherungsdeckung resultiert nun aus einer verminderten Inanspruchnahme der Versicherungsnehmer. Dieser Sachverhalt wird auch als dynamischer Effekt bezeichnet.

In der wissenschaftlichen Literatur wird allerdings diskutiert, in welchem Maße das Verhalten des Versicherungsnehmers einerseits und Selbstselektionseffekte andererseits für die reduzierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Selbstbeteiligungstarifen verantwortlich ist.<sup>366</sup> So wird im Zusammenhang mit dynamischen Effekten von Selbstbeteiligungsmodellen argumentiert, daß diese nur von Personen mit objektiv niedrigem Krankheitsrisiko gewählt würden mit der Folge, daß in Selbstbeteiligungstarifen eine automatische Selbstselektion guter Risiken eintrete, der einen großen Teil der dynamischen Entlastung von Selbstbeteiligungen erkläre. Im Ergebnis würden dann "nur" objektiv gute Risiken (also Personen mit guter körperlicher Disposition wie z. B. junge, gesunde Männer) Tarife mit höherer Selbstbeteiligung wählen.

Aus den Überlegungen zum Einfluß von Verhalten und Disposition des Versicherungsnehmers<sup>367</sup> läßt sich allerdings bereits plausibel ableiten, daß Inanspruchnahmeunterschiede aufgrund von Selbstbeteiligungsregelungen regelmäßig sowohl verhaltens- als auch dispositionsbedingt sein dürften. Dies aber bedeutet, daß dem dynamischen Effekt von Selbstbeteiligungen – zumindest zum Teil – Verhaltensänderungen des Versicherungsnehmers aufgrund von Änderungen des Deckungsgrades zugrunde liegen.<sup>368</sup> Diese theoretischen Überle-

---

365) Zusätzlich sind – insbesondere bei absoluten Abzugsfranchisen – mit dem statischen Effekt geringere Schadenregulierungskosten verbunden, da die Abwicklung von Leistungsfällen unterhalb der (absoluten) Franchise durch den Versicherer entfällt.

366) Vgl. z. B. Schmid-Grotjohann (1994), S. 134.

367) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 66 ff., vor allem Abbildung 13 auf S. 67.

368) Im einzelnen werden u. a. genannt: Reduzierung der überhöhten Anspruchsmoralität, Verbesserung des Gesundheitsbewußtseins durch Hinwendung zu einer gesünderen Lebensweise und Nutzung von Krankheitsvorsorgemaßnahmen, höhere Compliance, d. h. verbesserte willentliche Mitwirkung am Heilungsprozeß, aktiveres Informationsverhalten bezüglich gesundheitlicher Fragestellungen. Vgl. Rau (1992), S. 24 f.

gungen werden auch durch empirische Studien, bei denen die zu beobachtenden Personen durch Zufallsverfahren bestimmten Krankenversicherungstarifen zugeteilt wurden, bestätigt. Denn auch hier führen Selbstbeteiligungsregelungen – bei durch die zufällige Zuordnung der Personen zu unterschiedlichen Selbstbeteiligungsstufen ausgeschalteten Risikoselektionseffekten – zu Inanspruchnahmeverschiebungen.<sup>369</sup>

Selbstbeteiligungsregelungen haben insofern durch ihre Einflußnahme auf das Inanspruchnahmeverhalten – neben den Finanzierungswirkungen des statischen Effekts – allokativ wünschenswerte Steuerungswirkungen.<sup>370</sup> Diese bestehen zum einen darin, daß das Angebot von Selbstbeteiligungsregelungen die Allokation der Versicherungskosten auf die einzelnen Wirtschaftssubjekte nach Maßgabe der dort vorliegenden Risiken fördert. Zum anderen führen sie über Veränderungen der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu Einsparungen im Gesundheitssystem insgesamt.

Wichtig ist an dieser Stelle, daß die grundsätzliche Bedeutung und Wirkung von Selbstbeteiligungsregelungen bei Vorliegen der beschriebenen deckungsgradabhängigen Inanspruchnahmeunterschiede immer gegeben ist, also auch dann, wenn im Zeitablauf keine Änderungsrisiken (Verhalten von Versicherungsnehmer und Leistungserbringer, medizinisch-technischer Fortschritt, wachsende alterspezifische Morbidität, etc.) in der PKV wirken. Insoweit ist die Realisierung bereits bestehender Ausgabensenkungspotentiale erster Ansatzpunkt für das Verhalten der Versicherten steuernde Selbstbeteiligungsmodelle.

---

369) So zeigt das im Zeitraum von 1976 bis 1991 von der Rand-Corporation durchgeführte Health Insurance Experiment (HIE), das nach übereinstimmender Auffassung in der Literatur eine hervorgehobene Rolle einnimmt, deutlich niedrigere Gesamtkosten der (zufällig zugeordneten) Versicherten mit Selbstbeteiligung gegenüber den Versicherten ohne Selbstbeteiligung. Vgl. zum HIE-Experiment u. a. Baumann/Stock (1996), S. 73 ff. und S. 175 ff. Für die PKV könnte der dynamische Effekt durch folgende Überlegungen und entsprechende Berechnungen noch weiter untersucht werden: Versichertenkollektive in verschiedenen Selbstbeteiligungstarifen, in denen Reduktionen der Krankheitskosten festgestellt wurden, bestehen regelmäßig aus (mehr oder weniger) langjährigen Bestandskunden sowie aus Neuzugängen. Wählt man in Simulationsrechnungen verschiedene Selbstbehaltsstufen, errechnet anhand von Leistungsdaten der Vergangenheit die durchschnittlichen Kopfschäden bei identischem fiktiven Selbstbeteiligungsniveau, und zwar getrennt für den Bestand und den Neuzugang beispielsweise der letzten drei Jahre, so ist "nur" der Unterschied zwischen den aufgrund des dispositionsbedingten Selbstselektionseffekt guter Risiken zu erwartenden höheren Reduktionsfaktoren in den einzelnen Selbstbeteiligungshöhen im Neugeschäftskollektiv im Vergleich zu denen des Bestandes dispositionsbedingt. Zu begründen ist dieser zu erwartende Effekt damit, daß mit zunehmender Verweildauer der Risiken im Bestand die dispositionsbedingten Selbstselektionseffekte abnehmen.

370) Vgl. Rau (1992), S. 24.

#### **4.1.1.2.2 Selbstbeteiligungen und ihr Einfluß auf weitere Risikoursachenkomplexe**

Durch Selbstbeteiligungsregelungen wird – als Folge eines geänderten Inanspruchnahmeverhaltens des Versicherungsnehmers – teilweise ein indirekter Einfluß auf den Leistungserbringer und damit auch auf die Schnelligkeit und Intensität einer Diffusion des medizinisch-technischen Fortschritts in das private Krankenversicherungssystem vermutet.<sup>371</sup> Eine Bewertung dieser Vermutung ist vor dem Hintergrund des nach wie vor vorherrschenden Vollversicherungsschutzes ohne signifikante Selbstbeteiligungen zur Zeit kaum möglich. Allerdings erscheint es plausibel, daß ein Einfluß auf andere Formen des Änderungsrisikos von der Marktdurchdringung der Selbstbeteiligungstarife abhängt. Denn je häufiger Leistungserbringer damit rechnen müssen, auf die Kosten einer Behandlung angesprochen zu werden, um so eher ist zu erwarten, daß neue und im Zweifel teure Therapien – jedenfalls dann, wenn auch "konventionelle", preisgünstigere Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen – nicht mehr so rasch auch eingesetzt werden.

#### **4.1.2 Förderung von Vorsorgeaktivitäten**

##### **4.1.2.1 Begriff und Formen der Vorsorgemaßnahmen**

Vorsorgemaßnahmen lassen sich – wie in Abbildung 40 auf S. 158 dargestellt – grundlegend danach unterscheiden, ob sie primär gesundheitsorientiert oder in erster Linie krankheitsbezogen sind.<sup>372</sup> Krankheitsorientierte Vorsorgeaktivitäten werden regelmäßig unter dem Begriff Prävention zusammengefaßt. Dabei werden unter Prävention regelmäßig vorbeugende Maßnahmen im Sinne der Krankheitsverhütung verstanden.

Wie Abbildung 40 weiter zeigt, werden Präventionsmaßnahmen weiter zum einen maßnahmenbezogen in Verhaltens- und Verhältnisprävention differenziert. Unter Verhaltensprävention wird die Einwirkung auf die Lebensweise des einzelnen Menschen oder Gruppen verstanden. Zu unterscheiden ist dann zwischen präventiven Maßnahmen, die potentiell jeden betreffen können und insofern bevölkerungsorientiert sind, sowie Maßnahmen, die sich an besondere Risikogruppen wenden. Dagegen zielt Verhältnisprävention auf die Gestaltung bzw. Veränderung der Lebensumwelt ab.<sup>373</sup>

---

371) "Auch könnte eine Selbstbeteiligung den Patienten ermuntern, gelegentlich mit dem Arzt über die Kostenseite der Behandlung zu sprechen, wodurch auch dieser zur Anwendung kostensparender Behandlungsmethoden veranlaßt wird." Vgl. Schulenburg (1981), S. 56.

372) Vgl. hierzu und zur folgenden Definition und Einteilung von Vorsorgemaßnahmen Schröder (1995), S. 331 ff.

373) Vgl. Sachverständigenrat (1994), Randnummer 220, S. 190 f.

Zum anderen können präventive Aktivitäten nach ihrem Interventionszeitpunkt in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden werden.

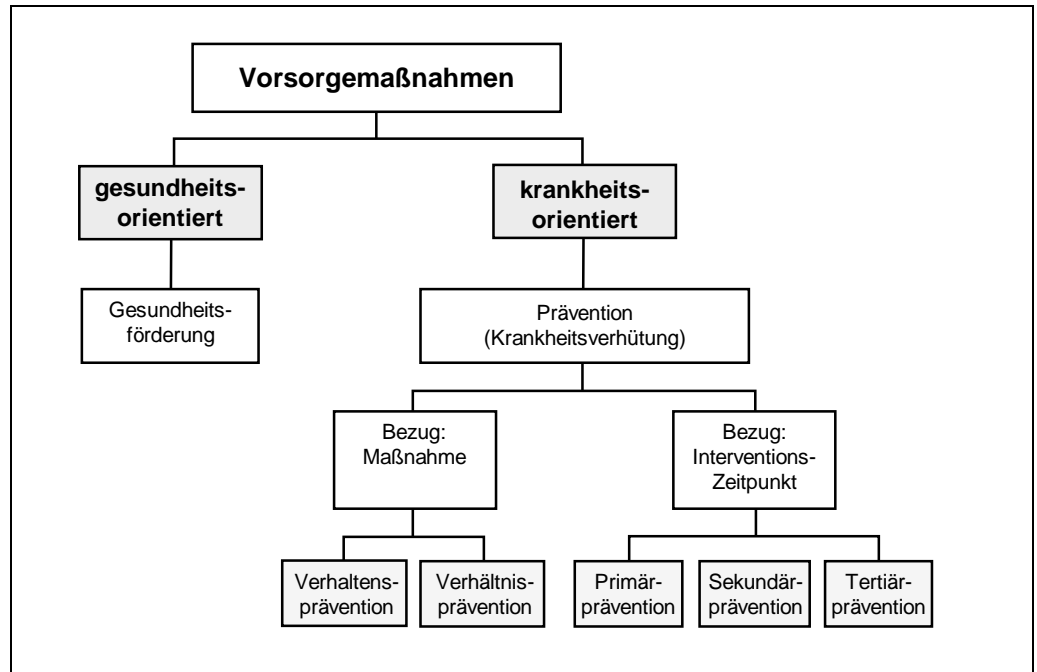


Abbildung 40: Einteilung von Vorsorgemaßnahmen

Primärprävention bedeutet Schadenverhütung und zielt darauf ab, die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheitsfällen zu vermindern und damit Krankheitskosten zu senken. Primärprävention wendet sich also im Vorfeld von Krankheit – sei es durch Intervention auf die Lebensweise des Individuums oder durch Einwirkung auf die Lebensumwelt – an den "gesunden" Menschen. Ausgehend von umfassenden sozialepidemiologischen Analysen ist die Beeinflussung von Risikofaktoren<sup>374</sup>, die mit bestimmten Erkrankungen in Zusammenhang stehen, der Ansatzpunkt primärpräventiver Maßnahmen. Wirksamkeitsvoraussetzung primärpräventiver Interventionen ist – neben dem Bestehen eines signifikanten Zusammenhangs zwischen dem Risikofaktor und der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheitsfällen – die Zugänglichkeit des Risikofaktors für Verhaltensänderung im Sinne primärpräventiver Maßnahmen.

374) Schröder (1995, S. 332) definiert den Begriff Risikofaktor als "ein kalkulierbares Risiko einer Person mit einem bestimmtem Merkmal, in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden." Über den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Erkrankung, ausgedrückt durch die Erkrankungswahrscheinlichkeit, können daher keine deterministischen Aussagen sondern nur Wahrscheinlichkeitsaussagen getroffen werden. So macht etwa das Vorliegen bestimmter kardiovaskulärer Risikofaktoren das Eintreten des Herzinfarkts mehr oder weniger wahrscheinlich; für den Einzelnen läßt sich aber eben nicht sicher voraussagen, ob und wann überhaupt ein Herzinfarkt tatsächlich eintreten wird. Vgl. Laaser/Wenzel (1997), S. 54.

Sekundärprävention bedeutet Aufdeckung von Krankheitsbildern in einem möglichst frühen Stadium. Ziel sekundärpräventiver Maßnahmen ist es, das Fortschreiten von Erkrankungen zu verhindern bzw. zu bremsen.<sup>375</sup> Typische sekundärpräventive Maßnahmen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Tertiärprävention wird meist mit Rehabilitation gleichgesetzt. Ziel tertiärpräventiver Maßnahmen ist es daher, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor allem bei chronischen Erkrankungen zu verhindern und die Gesundheit weitestgehend wiederherzustellen. Im Sinne von Rehabilitation dient tertiäre Prävention der Verhinderung von Rückfällen sowie der Wiedereingliederung in den Beruf.<sup>376</sup>

Gesundheitsorientierte Vorsorgemaßnahmen sind regelmäßig Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung zielt – im Gegensatz zur Prävention, die in erster Linie beim Individuum ansetzt – auf die Schaffung gesundheitsfördernder sozialer Systeme. Daher ist weder Gesundheitsförderung durch Intervention auf der Individualebene – also bei der um Gesundheit bemühten Person – ausreichend, noch stellen gesundheitsorientierte Maßnahmen ein Handlungsfeld einzelner Organisationen wie z. B. Krankenkassen bzw. -versicherungen, dar. Gesundheitsförderung basiert vielmehr darauf, durch Kooperation einer Reihe von Organisationen und Institutionen die Menschen – mit deren aktiven Einbeziehung – zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit zu befähigen.<sup>377</sup>

Grundlegend geht Gesundheitsförderung dabei von einem positiven Gesundheitsbegriff aus, der mehr beinhaltet als die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung.<sup>378</sup> Gesundheit ist danach ein Prozeß, dem ein dynamisches Gleichgewicht zwischen physikalischen, biologischen, psychischen und sozialen Schutz-, Abwehr- und Anpassungsmechanismen auf der einen und potentiell pathogenetische Einflüsse der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt auf der anderen Seite immanent ist.<sup>379</sup> Gesundheit ist insofern als ganzheitliches Phänomen zu sehen und bedeutet umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Dazu ist es notwendig, daß "sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.

---

375) Vgl. Schröder (1995), S. 332.

376) Vgl. ebenda.

377) Vgl. ebenda, S. 335 f.

378) Vgl. Troschke (1995), S. 4.

379) Vgl. Schröder (1995), S. 333.

In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.<sup>380</sup>

#### 4.1.2.2 Bewertung

Zentrale Zielsetzung von PKV-Unternehmen bei der Aufnahme von Vorsorgeleistungen in ihr Krankenversicherungsprodukt bzw. der Belohnung individueller, vom Versicherungsnehmer selbst zu zahlenden Vorsorgemaßnahmen ist die Senkung der Leistungsausgaben und damit der Krankenversicherungsbeiträge. Diese Zielsetzung führt unmittelbar zu Fragen der Kosten-Nutzen-Messung von Vorsorgemaßnahmen. Im Rahmen dieser Arbeit werden ausschließlich die finanziellen Aspekte von Kosten und Nutzen der Vorsorgeleistungen auf der Individualebene mit Bezug auf das Versicherungsverhältnis zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer betrachtet.<sup>381</sup>

Eine Kosten-Nutzen-Messung aus versicherungstechnischer Sicht bedeutet konkret, die Auswirkung von Vorsorgemaßnahmen auf den Schadenerwartungswert unter Berücksichtigung möglicher Veränderungen der Lebenserwartung zu quantifizieren. Erhöhend auf den Schadenerwartungswert wirken die Kosten für die Durchführung der Präventionsmaßnahmen, gegebenenfalls die zusätzlichen Kosten der Folgebehandlung bei Diagnose einer Krankheit durch die Präventionsmaßnahme sowie die Kosten der Behandlung unerwünschter Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen (z. B. bei Impfschäden). Darüber hinaus ist gemäß des Kalkulationsprinzips der PKV eine mögliche, den Schadenerwartungswert erhöhende Verlängerung der Lebenserwartung durch Vorsorgemaßnahmen zu kalkulieren. Dem gegenüberzustellen sind die schadenerwartungswertmindernden Einsparungen durch die infolge der Vorsorgemaßnahmen nun nicht mehr notwendigen Behandlungskosten.

Diese Analysen erscheinen in erster Linie für spezifisch und genau definierte Einzelmaßnahmen, wie z. B. für primärpräventive Aktivitäten zur Beeinflussung identifizierter Risikofaktoren, grundsätzlich durchführbar. Dies bedeutet nicht, daß andere Vorsorgemaßnahmen, insbesondere auch der Gesundheitsförderung, keine kostensenkenden Wirkungen haben. Es dürfte jedoch schwierig sein, deren versicherungstechnische Auswirkungen zu quantifizieren. Denn das Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen ist gerade nicht der einzelne Mensch, sondern

---

380) Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung, zitiert nach Bauer/Gutzweiler (1994), S. 83.

381) Daneben spielen grundsätzlich zum einen auf individueller Ebene auch nicht-monetäre Aspekte, wie z. B. ein Mehr an Zeit für Beruf, Familie und Freizeit oder auch der psychosoziale Nutzen der Gesundheitsmehrung in Form von Schmerzfreiheit oder Entlastung der Psyche, eine Rolle. Kollektiv sind darüber hinaus Erwägungen bei der Messung und Beurteilung von Vorsorgemaßnahmen, wie z. B. die Verbesserung des Wachstums und der Struktur einer Volkswirtschaft durch den besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung, von Bedeutung. Vgl. hierzu Sachverständigenrat (1994), Tabelle 25, S. 192.



die Schaffung gesundheitsorientierter Lebensumwelten im Rahmen einer Kooperation mit anderen Institutionen. Daraus folgt, daß es sich gerade bei den Gesundheitsförderungsmaßnahmen regelmäßig nicht um Heilbehandlungen handelt, die der Krankenversicherer im Rahmen des Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsprinzips gegenüber dem Versicherungsnehmer erbringen und für die er die entstehenden Kosten kalkulatorisch im Schadenerwartungswert berücksichtigen kann.

Beschränkt man nun in der Konsequenz die Vorsorgemaßnahmen auf (primär-) präventive Aktivitäten, so sind dennoch auch hier eindeutige Aussagen über deren versicherungstechnische Auswirkungen schwierig. Denn eine Präventionsmaßnahme ist letztendlich nur dann eindeutig schadenmindernd und damit beitragsenkend, wenn die ausgabensenkenden (und beitragsmindernden) Effekte der Präventionsaktivitäten den gegenläufigen ausgabenerhöhenden (und beitragssteigernden) Effekt einer erhöhten Lebenserwartung überkompensieren und damit die zu erwartenden Gesundheitsausgaben – über den gesamten Lebenszyklus des Versicherten betrachtet – sinken. Präventionsaktivitäten zu identifizieren, die diese Voraussetzung erfüllen, ist schwierig. Als ein plausibles Beispiel können hier Maßnahmen der Zahnprophylaxe angeführt werden.<sup>382</sup>

Wegen der im Hinblick auf ihre ausgabensenkenden Effekte meist fehlenden Eindeutigkeit ist bei Bewertung präventiver Maßnahmen zu berücksichtigen, daß Aufwendungen und Erträge (als monetär bewerteter Nutzen) der Prävention je nach zu vermeidender Morbidität und Mortalität unterschiedliche zeitliche und strukturelle Muster und unterschiedliche ökonomische Ergebnisse aufweisen. So treten die Wirkung und damit die Erträge einer verstärkten Prävention, beispielsweise von chronischen Erkrankungen, vor allem auch von Herz-Kreislaufkrankungen, erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung (zum Teil von Jahrzehnten) auf. Insoweit sind Analysen zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen aufgrund der langen Untersuchungszeiträume methodisch nicht unproblematisch. Bisherige Untersuchungen lassen allerdings den Schluß zu, daß insbesondere Maßnahmen zur Prävention chronischer Erkrankungen – auch im Vergleich zu kurativen Alternativen – um so weniger effizient sind, je größer die zeitlichen Verzögerungen zwischen Aufwendungen und Erträgen sind und/oder je höher der verwendete Diskontierungssatz ist, weil zukünftige Aufwendungen und Erträge bei ihrer Gegenüberstellung auf die Gegenwart abzudiskontieren sind. Insoweit verspricht die Vermeidung von früh auftretenden chronischen Erkrankungen eine günstige Kosten-Nutzen-Bilanz.<sup>383</sup> In diesem Zusammenhang ist allerdings bedeutsam, daß auch Vorsorgeaktivitäten, deren positive Effekte sich erst langfristig zeigen, für private Krankenversicherer in Deutschland durchaus interessant sein können. Denn anders als in den wegen ihrer Bindung an das Arbeitsverhältnis des Versicherungsnehmers häufiger eher kurz- bis mittelfristig angelegten Versicherungsverträge in amerikanischen

---

382) Vgl. Nell (1993), S. 142 f.

383) Vgl. Sachverständigenrat (1994), Randnummern 223 bis 225. Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 69 ff.

MCO's entsteht in der PKV – aufgrund ihres Kalkulationsprinzips und hier besondere wegen der fehlenden Möglichkeit zur Mitnahme der Alterungsrückstellungen bei einem Versichererwechsel – regelmäßig eine deutlich langfristige Bindung des Versicherungsnehmers an "sein" Krankenversicherungsunternehmen. Dies hat zur Folge, daß auch zeitlich verzögerte Erträge von Präventionsmaßnahmen beim in Vorsorgemaßnahmen investierenden Krankenversicherer entstehen.<sup>384</sup>

Im Ergebnis legen die vorangegangenen Ausführungen nahe, sich aus versicherungstechnischer Sicht bei der Förderung von Vorsorgemaßnahmen – sei es durch Aufnahme in das Leistungsprogramm oder der Belohnung individuell durchgeführter Aktivitäten – in erster Linie auf primärpräventive Aktivitäten zu konzentrieren, die auf der Basis ausreichend evaluierter Kosten-Nutzen-Analysen die Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmter Krankheiten und deren Kosten reduzieren. Schwerpunkte könnten hier u. a. Maßnahmen der Zahnprophylaxe sowie Aktivitäten zur Beeinflussung identifizierter Risikofaktoren sein.

Mit Blick auf die Gewinnung zusätzlicher Vollversicherungskunden sind bei Entscheidungen über die Förderung von Vorsorgemaßnahmen allerdings nicht nur die versicherungstechnischen Auswirkungen, sondern auch die Marketingwirkungen entsprechender Produktangebote zu beachten. Der Krankenversicherer steht dabei vor einem Dilemma: So erwartet der Kunde einerseits bei steigendem Gesundheitsbewußtsein in Zukunft möglicherweise verstärkt, daß sich sein Krankenversicherer als "Gesundheitsdienstleister" versteht und dieser sich mit entsprechenden Produktkonzepten positioniert. Es wäre dem Kunden dann nur schwer zu vermitteln, daß der Krankenversicherer die Aufnahme einer Vorsorgemaßnahme wegen zu geringer Nettoeffekte auf den Schadenerwartungswert, z. B. aufgrund ihrer lebensverlängernden Wirkung, nicht vornimmt. Denn es liegt ja gerade im persönlichen Interesse des Kunden, ein möglichst hohes Lebensalter zu erreichen. Andererseits stoßen entsprechende Produktangebote gegebenenfalls nicht auf entsprechende Nachfrage, eben weil der Kunde aufgrund seines gesundheitsbewußten Verhaltens Beitragsreduktionen erwartet, die versicherungstechnisch nicht darstellbar sind.

---

384) Insofern käme es hier seltener zu den im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen amerikanischer MCO's beschriebenen externen Effekten. Diese entstehen zum einen während des aktiven Erwerbslebens dadurch, daß die Versicherten aufgrund ihrer hohen Mobilität sowie der engen Anknüpfung des Versicherungsschutzes an den Arbeitsplatz verhältnismäßig häufig ihre MCO wechseln. Zum anderen scheiden die Versicherten im Rentenalter regelmäßig aus ihrer MCO aus, weil sie mit Erreichen des 65. Lebensjahres in das staatliche Medicare-Programm wechseln. Unter diesen Umständen lohnt es sich für eine MCO in der Regel nicht, in die zukünftige Gesundheit ihrer Versicherten zu investieren, zumindest dann nicht, wenn sofort relativ hohe Aufwendungen für Präventionsmaßnahmen anfallen, die von diesen Aktivitäten erhofften Erträge aber erst in fernerer Zukunft (möglicherweise dann auch noch zugunsten einer anderen MCO) zu erwarten sind. Vgl. hierzu Arnold/Jelastopulu (1996), S. 78 und Lauterbach/Arnold (1995), S. 256.

## **4.2. Umsetzung von versicherungsnehmerorientierten Instrumenten zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte**

### **4.2.1 Selbstbeteiligungsregelungen**

#### **4.2.1.1 Zur Notwendigkeit des Angebots von Selbstbeteiligungstarifen**

Selbstbeteiligungsregelungen in substitutiven Krankenversicherungsprodukten führen zu signifikanten Inanspruchnahmereduzierungen nach Gesundheits- und Versicherungsleistungen. Dies hat Auswirkungen auf die Preise von Krankenversicherungsschutz, weil bei Übernahme eines Teils des Krankheitskostenrisikos durch den Kunden bei Vereinbarung einer Selbstbeteiligung auch die Schadenerwartungswerte und in der Folge auch die Nettoprämien für den Transfer der Wahrscheinlichkeitsverteilung auf den Krankenversicherer sinken.<sup>385</sup> Unterschiedliche Schadenerwartungswerte führen somit zu differenzierten Prämien.

Entsprechend der aus dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip der Individualversicherung abgeleiteten Forderung nach Prämiendifferenzierung<sup>386</sup> bei der Beitragskalkulation ist die Berücksichtigung unterschiedlicher Schadenerwartungswerte durch das Angebot substitutiver Krankenversicherungsprodukte mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungskonzepten auch aus Wettbewerbsgründen zwingend und wird seit Jahrzehnten von den PKV-Unternehmen praktiziert. Denn unter marktwirtschaftlichen Bedingungen würde für ein Unternehmen bei fehlender oder unzureichender Prämiendifferenzierung die Gefahr einer negativen Risikoauslese bestehen, weil Risiken mit unterdurchschnittlichen Schadenerwartungswerten und im Verhältnis dazu überhöhten Prämien abwan-

---

385) In diesem Zusammenhang werden teilweise auch langfristig negative Effekte auf Schadenerwartungswert und Prämie vermutet, weil ein Versicherter, der eine Selbstbeteiligung zu tragen hat, bei gesundheitlichen Störungen möglicherweise nicht rechtzeitig Leistungen nachfragt, dadurch seinen Gesundheitszustand verschlechtert und zu einem späteren Zeitpunkt noch höhere Leistungsausgaben verursacht. Zur Überprüfung dieser Vermutung sind empirische Analysen über ausreichend lange Zeiträume notwendig, die – soweit erkennbar – aber nicht vorliegen. Allerdings bestätigt das bereits erwähnte HIE-Experiment die Vermutung nicht, da es nur in geringem Maße Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands bei Versicherten mit Selbstbeteiligungen im Vergleich zu denjenigen bei voller Kostenerstattung nachweist. Vgl. Rau (1992), S. 87 ff.

386) Prämiendifferenzierung ist die preispolitische Abstufung der Prämienforderung am Markt entsprechend dem individuellen Äquivalenzprinzip. Differenzierte Prämien liegen dann vor, wenn der individuelle Schadenerwartungswert des versicherten Einzelrisikos durch objektive und subjektive Risikomerkmale erfaßt wird und Grundlage der Prämienbemessung ist. Insofern fördern Instrumente der Prämiendifferenzierung daher die Allokation der Versicherungskosten nach Maßgabe der dort vorliegenden Risiken. Generelle Prämien ergeben sich dagegen dann, wenn die Tarifierung von versicherten Einzelrisiken in einem Kollektiv unabhängig von deren Risikomerkmale erfolgt. Die Folge sind gleiche Prämien für Risiken mit unterschiedlichen Schadenerwartungswerten. Vgl. Farny (1995), S. 56.

dern könnten. Dies liegt daran, daß diese sogenannten "guten" Risiken auf Dauer nicht bereit sind, die "schlechten" Risiken im Kollektiv mitzufinanzieren. Für Risiken mit überdurchschnittlichen Schadenerwartungswerten und im Verhältnis dazu unzureichender Prämie besteht dagegen ein Anreiz zur Zuwanderung in dieses Kollektiv. Im Ergebnis führt dies – vor allem bei hoher Wettbewerbsintensität – zu einer Beitragserhöhung beim bisherigen Versicherer mit der Gefahr des Verlusts der Konkurrenzfähigkeit. Auf der anderen Seite führt eine optimale Prämiendifferenzierung entsprechend zu Wettbewerbsvorteilen.<sup>387</sup>

Argumentationen, die – meist im Zusammenhang mit der Einführung von Selbstbeteiligungen in der GKV – hohe quantitative Selbstbeteiligungen aus sozialpolitischen Erwägungen ablehnen<sup>388</sup>, weil deren Wahl einkommensabhängig sei, und zwar um so deutlicher, je höher das Selbstbeteiligungs-niveau liege, sind nichtökonomischer Natur und damit aus Sicht der privaten Krankenversicherungsunternehmen zunächst bedeutungslos. Dies gilt auch unter Berücksichtigung von Untersuchungen, die nahelegen, daß die Wirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen erst ab einem relativ hohen Selbstbehalt zu erwarten sind.<sup>389</sup> Denn im Zusammenhang mit Fragen der Einkommensabhängigkeit von Selbstbeteiligungen ist für die PKV weniger eine mögliche Entsolidarisierung zwischen "reich und arm" zu diskutieren. Eine derartige Argumentation wäre eher in der nach dem Solidaritätsprinzip arbeitenden GKV zu führen. Entscheidender ist für die PKV die Größe der Marktpotentiale, die sich bei verschiedenen Selbstbeteiligungshöhen erschließen lassen.<sup>390</sup>

---

387) Vgl. Farny (1995), S. 55 f.

388) Vgl. z. B. Baumann/Stock (1996), S. 40.

389) Vgl. ebenda.

390) Die These, daß Prämiendifferenzierung über (hohe) Selbstbeteiligungen unsozial sei, wäre allerdings möglicherweise dann vor einem anderen Hintergrund zu diskutieren, wenn die PKV als sozialpolitisch gewollte Alternative zur GKV trotz formaler bestehender Wahlentscheidung zwischen GKV und PKV für einen immer größer werdenden Teil der wahlberechtigten Entscheidungsträger einkommensbedingt faktisch uninteressant wird. Die Bedeutung sozialpolitischer Argumente für Entwicklungen in der PKV zeigt sich u. a. am politisch initiierten Einsatz der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter.

## 4.2.1.2 **Produktkonzepte und dazugehörige Selbstbeteiligungsformen – eine Bestandsaufnahme**

### 4.2.1.2.1 **Exkurs: Bisherige Entwicklungslinien der Produktgestaltung**

Die Produktprogramme in der privaten Krankheitskostenversicherung sind einem stetigen Wandel unterworfen. Sie war bis in die 60er Jahre geprägt von Einzelleistungstarifen. Kernstück dieser Tarife war ein sogenanntes Leistungsverzeichnis, in dem erstattungsfähige Positionen (z. B. für Arztbesuche, Operationen, Hilfsmittel) bis zu einem (mit einem festgelegten Multiplikator) versehenen Geldbetrag bewertet und erstattet wurden. Die Einzelleistungstarife waren anfällig für Unterversicherung. Denn infolge Preissteigerungen reichte der Erstattungsbetrag im Zeitablauf häufig nicht mehr aus, die tatsächlichen Kosten zu decken. Daraus resultierte in der Tarifentwicklung eine Abkehr vom System der Einzelleistungstarife hin zunächst zu Stufentarifen mit automatischer Leistungsdynamik und darauffolgend zu Vollversicherungstarifen der heutigen Generation.<sup>391</sup>

Die Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre eingeführten modernen Vollversicherungstarife zeichnen sich dadurch aus, daß ihre Leistungen in einem bestimmten Prozentsatz vom Rechnungsbetrag (bis zu 100%) festgelegt wurden. Die inzwischen erreichten Leistungsstandards kamen ab Mitte der 60er Jahre in den Musterbedingungswerken zum Ausdruck, die die heute noch teilweise in Alttarifen vereinzelt anzutreffenden Grundbedingungen abgelöst haben. Auf der gemeinsamen Basis der – im Zeitablauf weiter verfeinerten und novellierten – Musterbedingungen entwickelten die Krankenversicherungsunternehmen in der Folge immer neue Tarife, um die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherungskunden zu bedienen. Besonders in den 70er und 80er Jahren beeinflussten die gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erweiterung des Leistungskatalogs in der GKV<sup>392</sup> stark die Tarifentwicklung in der PKV. Die PKV hat aus Wettbewerbsgründen ebenfalls mit einer Ausweitung des Leistungsumfangs vieler Tarife reagiert und in erster Linie in ambulanten und stationären Krankheitskostentarifen, teilweise auch im Zahnersatzbereich, unbegrenzten Versicherungsschutz angeboten. Es dominierten in allen Leistungsbereichen die 100%-Tarife.<sup>393</sup>

Die modernen Vollschutztarife boten – unabhängig von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen – einen wertbeständigen Versicherungsschutz, da Unterversicherung praktisch nicht mehr möglich war. Ihre Einführung fiel allerdings bereits in eine Zeit beginnender inflationärer Entwicklungen im Gesundheitswe-

---

391) Vgl. Kühn (1980), S. 30 f.

392) Z. B. Aufnahme von Zahnersatz in den Sachleistungskatalog der GKV, unbegrenzte Übernahme eines weiten Spektrums von Heil- und Hilfsmitteln, die Ausweitung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Rehabilitation sowie der weite Leistungsspielraum im Rahmen der Mutterschutzfristen und bei Schwangerschaftsabbruch. Vgl. hierzu Timmer (1994), S. 25.

393) Vgl. ebenda.

sen. Da jede Ausgabensteigerung ungedämpft einen 100%-Tarif belastet, folgten dem raschen Anstieg der Leistungen entsprechende Erhöhungen der Beiträge. Die PKV-Unternehmen entwickelten deshalb bereits in dieser Zeit beitrags-sparende Selbstbeteiligungstarife als Alternative zum 100%-Schutz.<sup>394</sup> Ihre Marktakzeptanz war allerdings über viele Jahre eher gering.<sup>395</sup>

Die wettbewerbsbedingten Möglichkeiten zur Beschränkung der Leistungsansprüche der Versicherten und damit auch die Marktdurchdringung von Selbstbeteiligungstarifen verbesserten sich erst mit den Beschneidungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 und das Gesundheitsstrukturgesetz 1993. In der PKV gewinnen seither Tarife mit absoluter oder prozentualer Abzugsfranchise zunächst im ambulanten Bereich und prozentualen Selbstbeteiligungen bei Zahnersatz gekoppelt mit jährlichen Höchstbegrenzungen an Bedeutung. In deren Folge gewannen auch Kompakttarife, die die Selbstbeteiligung auch auf den stationären Bereich erweiterten, an Attraktivität. Diese Leistungsbeschränkungen ließen die qualitativen Standards, die durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen geschaffen wurden, unverändert. Es ging allein um die quantitative Beschränkung der Leistungsansprüche.

In den 90er Jahren ist zudem ein gewisser Trend zur Einführung von Krankenversicherungsprodukten mit absoluten Abzugsfranchisen bis hin zu einer Größenordnung von 10.000 DM jährlich zu beobachten. Darüber hinaus werden Produktkonzepte, deren veränderte Gestaltungselemente eher an den qualitativen Leistungsaussagen anknüpfen, unter den Bezeichnungen Grundschutz- bzw. Elementartarife am Markt eingeführt.<sup>396</sup>

#### **4.2.1.2.2 Selbstbeteiligungsformen in klassischen leistungsorientierten Tarifen**

Charakteristisch für die im Markt nach wie vor vorherrschende, bereits in den 70er Jahren entwickelte Produktgeneration der klassischen, leistungsorientierten Tarife ist ihr in allen Leistungsbereichen qualitativ umfassender Versicherungsschutz ohne selektive Leistungsausschlüsse. Auch Entschädigungslimitationen werden hier nur selten und dann beschränkt auf genau definierte Leistungsarten (z. B. Begrenzung des Erstattungsbetrags für Sehhilfen, Begrenzung der Sitzungsanzahl bei Psychotherapie, Begrenzung der Erstattung für zahnärztliche Maßnahmen, insbesondere in Form sog. Zahnstaffeln in den ersten Jahren nach

---

394) Vgl. Kühn (1980), S. 30 ff.; Moser (1994a), S. 16 f.

395) Vgl. Moser (1994a), S. 17.

396) Allerdings ändert die Einführung derartiger Produktkonzepte im Ergebnis nichts an der Feststellung, daß das Krankenversicherungsangebot seit etwa Mitte der 70er Jahre keinen grundlegenden Änderungen unterworfen ist, sondern es allenfalls Produktmodifikationen gegeben hat. Durch die Einführung der modernen Vollversicherungstarife (mit und ohne Selbstbeteiligung) entwickelte sich vielmehr bereits ab Beginn der 70er Jahre eine Tariflandschaft, die schon damals strukturell fast genauso aussah wie heute. Vgl. Altenähr (1994), S. 20.

Vertragsabschluß) eingesetzt (vgl. zusammenfassend zu den Charakteristika Abbildung 41 auf S. 168).

Die dominierende Selbstbeteiligungsform in den klassischen, leistungsorientierten Tarifen sind absolute Abzugsfranchisen. Sie beziehen sich regelmäßig nicht auf einzelne tarifliche Leistungen, sondern auf gesamte Leistungsbereiche. In den 70er und 80er Jahren war die absolute Selbstbeteiligung meist nur in den ambulanten Krankheitskostentarifen zu finden. Mit der Einführung sog. Kompakttarife in den 90er Jahren ist eine Ausdehnung von absoluten Abzugsfranchisen auch auf die zahnärztlichen und stationären Leistungskomponenten festzustellen. Die Selbstbeteiligungshöhen in diesen Tarifen haben typischerweise heute eine Spannbreite von 100 DM bis unter 2.500 DM jährlich.

Dagegen ist die relative Abzugsfranchise in ihrer Reinform nur bei Zahntarifen vorzufinden. In ambulanten Tarifen wird die relative Abzugsfranchise teilweise mit einer absoluten Selbstbeteiligung kombiniert (z. B. 10% der Krankheitskosten, maximal 300 DM jährlich). Damit wird eine mögliche Unkalkulierbarkeit der Selbstbeteiligung, wie sie bei reiner Anwendung der prozentualen Selbstbeteiligung besonders bei kostenintensiven Behandlungsfällen grundsätzlich gegeben sind, ausgeschaltet. In stationären Tarifen und in Kompakttarifen ist die relative Abzugsfranchise in der Praxis ohne Bedeutung.

Die Bedeutung der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung ist mit veränderten Rahmenbedingungen kontinuierlich gesunken: Während in der Vergangenheit die Rückzahlung von bis zu sechs Monatsbeiträgen bei (mehrjähriger) Leistungsfreiheit durchaus üblich war<sup>397</sup>, haben die gesetzlichen Regelungen zur Verwendung von Kapitalerträgen zugunsten älterer Versicherter<sup>398</sup> dazu geführt, daß die Möglichkeiten der Krankenversicherer zur Zahlung erfolgsabhängiger Beitragsrückerstattung deutlich gesunken sind. Auch Produktkonzepte mit erfolgsunabhängiger Beitragsrückerstattung spielen in der Angebotspolitik privater Krankenversicherer eine untergeordnete Rolle.

---

397) Es war insofern durchaus nicht selten, daß über mehrere Jahre leistungsfrei gebliebene Angestellte mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuß zur Krankenversicherung über eine beitragsfreie Krankenversicherung verfügten. Denn während der Arbeitgeber sich regelmäßig mit 50% an der Beitragszahlung des Arbeitnehmers zur Krankenversicherung beteiligt, hat der Arbeitnehmer einen alleinigen Anspruch auf die Beitragsrückerstattung.

398) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 113.

	<b>"klassische" leistungsorientierte Tarife</b>	<b>Großschadentarife</b>	<b>Elementar- und Grundschutztarife</b>
<b>Absolute Abzugs- franchise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Bausteintarifen im ambulanten Bereich</li> <li>• in Kompaktтарifen über alle Leistungs-bereiche</li> <li>• mindestens drei Selbstbeteiligungsstufen</li> <li>• höchste Selbstbeteiligungsstufe unter 2.500 DM p.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Kompaktтарifen über alle Leistungsbereiche</li> <li>• 1 - 3 Selbstbeteiligungsstufen</li> <li>• Selbstbeteiligungsstufen von 2.500 DM p.a. bis 10.000 DM p.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Kompaktтарifen über alle Leistungsbereiche</li> <li>• 1 - 2 Selbstbeteiligungsstufen</li> <li>• höchste Selbstbeteiligungsstufe unter 2.000 DM p.a.</li> </ul>
<b>Relative Abzugs- franchise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Zahnbereich mit mindestens 2 wählbaren Stufen (10-20%; 40-50% Selbstbeteiligung)</li> <li>• in Bausteintarifen im ambulanten Bereich Kombination mit absoluter Abzugsfranchise (z. B. 10%, max. 300 DM p.a.)</li> <li>• teilweise bei Psychotherapie, Heil- und Hilfsmitteln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Zahnbereich mit einer Stufe (10-20% Selbstbeteiligung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Zahnbereich mit einer Stufe (40-50% Selbstbeteiligung)</li> <li>• teilweise bei Psychotherapie, Heil- und Hilfsmitteln (häufig auch selektiver Leistungsausschluß)</li> <li>• bei Erstbehandlung durch Facharzt bei Tarifen mit "Hausarzt-Abo"</li> </ul>
<b>Entschä- digungs- limitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Sehhilfen (Höchstbetrag p.a.), Psychotherapie (Begrenzung der Sitzungsanzahl), Zahnersatz und Kieferorthopädie (Summenbegrenzung in den ersten Jahren nach Vertragsabschluß)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Sehhilfen (Höchstbetrag p.a.), Psychotherapie (Begrenzung der Sitzungsanzahl), Zahnersatz und Kieferorthopädie (Summenbegrenzung in den ersten Jahren nach Vertragsabschluß)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Sehhilfen (Höchstbetrag p.a.), Psychotherapie (Begrenzung der Sitzungsanzahl), Zahnersatz und Kieferorthopädie (Summenbegrenzung in den ersten Jahren nach Vertragsabschluß)</li> <li>• Begrenzung der GOÄ/GOZ-Sätze auf die Regelhöchstsätze (2,5fach) oder sogar darunter (1,7fach)</li> </ul>
<b>Selektiver Leistungs- ausschluß</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehhilfen, Heilpraktikerbehandlung, ambulante Psychotherapie</li> </ul>
<b>Beitrags- rück- gewähr</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erfolgsabhängig:</b> ja, aber mit abnehmender Tendenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erfolgsabhängig:</b> keine Erfahrungswerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erfolgsabhängig:</b> keine Erfahrungswerte</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erfolgsunabhängig:</b> in seltenen Ausnahmefällen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erfolgsunabhängig:</b> nein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>erfolgsunabhängig:</b> nein</li> </ul>

Abbildung 41: Produktkonzepte in der substitutiven privaten Krankheitskostenversicherung und dazugehörige charakteristische Selbstbeteiligungsformen



#### 4.2.1.2.3 **Selbstbeteiligungsformen in Großschadentarifen**

Charakteristisch für sog. Großschadentarife sind jährliche absolute Abzugsfranchisen über den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungsbereich ab insgesamt 2.500 DM. Großschadentarife sind also Kompakttarife mit hoher absoluter Abzugsfranchise.<sup>399</sup> Es gibt zwei Entwicklungslinien von Großschadentarifen. Die eine findet ihre Grundlage in den zuvor beschriebenen klassischen leistungsorientierten Produktkonzepten und ist insofern "nur" eine Erweiterung des Produktprogramms um höhere Selbstbeteiligungsstufen. Die andere Entwicklungslinie beruht auf eigenständigen Produktkonzepten, die regelmäßig einen noch stärkeren Akzent auf einen qualitativ umfassenden Versicherungsschutz legen als dies bereits bei den klassischen Produktkonzepten der Fall ist. So findet man hier – neben dem Kernelement der hohen Abzugsfranchise – nur vergleichsweise schwache Formen der relativen Abzugsfranchise (z. B. bei Zahnersatz) oder der Entschädigungslimitation (vgl. Abbildung 41).

#### 4.2.1.2.4 **Selbstbeteiligungsregelungen in Elementar- und Grundschutztarifen**

Elementartarife<sup>400</sup> sind regelmäßig Kompakttarife mit jährlichen absoluten Abzugsfranchisen, die meist um 600 DM jährlich liegen und in der Spitze zur Zeit 2.000 DM jährlich erreichen. Wie in Abbildung 41 überblickartig dargestellt, kennzeichnet diese Produktkonzepte, daß sie im Vergleich zu den zuvor beschriebenen leistungsorientierten Tarifserien deutlich häufiger selektive Leistungsausschlüsse als Gestaltungselement einsetzen. Die Leistungsausschlüsse beziehen sich meist auf eng abgegrenzte Leistungsarten, wie z. B. den Ausschluß der Erstattung von Sehhilfen oder Heilpraktikerleistungen. Auch die häufigere Verwendung der Entschädigungslimitation (z. B. Beschränkung der Leistungserstattungen auf den Regelhöchstsatz (2,3 facher Satz) der amtlichen Gebührenordnungen oder teilweise sogar darunter (1,7 facher Satz), Beschränkung der Leistungserstattungen bei Material- und Laborkosten im Zahnersatzbereich) sowie von vergleichsweise hohen relativen Abzugsfranchisen in der zahnärztlichen Versorgung charakterisieren diese Tarifserien.

Daneben ist bei einigen Unternehmen die fehlende Abschlußmöglichkeit von stationären Wahlleistungen (Chefarztbehandlung sowie Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer) zumindest beim selben Unternehmen oder die Einschränkung der freien Arztwahl ("Hausarzt-Abo") mit dem Elementartarif verbunden. Das vergleichsweise niedrigere Leistungsniveau der Elementartarife wird auch dadurch deutlich, daß einige Anbieter zeitlich termi-

---

399) Eine feste Definition des Begriffs Großschadentarif fehlt. In der Praxis werden jedoch Kompakttarife ab der genannten Größenordnung von 2.500 DM jährlicher Abzugsfranchise als Großschadentarif bezeichnet. Die höchste jährliche Selbstbeteiligung eines Großschadentarifes beträgt zur Zeit 10.000 DM.

400) Auch für Elementar- bzw. Grundschutztarife gibt es keine feststehende Definition bzw. Leistungsbeschreibung.

nierte bzw. befristete Optionsrechte zum Umstieg auf leistungsstärkere Tarifserien tariflich verankert haben (vgl. Abbildung 41).

### **4.2.1.3 Marktakzeptanz**

#### **4.2.1.3.1 Zur Problematik der Marktdurchdringung leistungsorientierter Produkte mit hohen absoluten Abzugsfranchisen**

##### **4.2.1.3.1.1 Sozialversicherungs- und steuerrechtliche Rahmenbedingungen bei der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes als wesentlicher nachfragehemmender Faktor**

Im Zusammenhang mit der grundlegenden Entscheidung zwischen GKV und PKV sind vom Kunden im Rahmen der Gestaltung seines Versicherungsschutzes auch Entscheidungen über den quantitativen Umfang der Versicherungsleistungen zu treffen. Denn die PKV-Unternehmen bieten in der Zielgruppe der Arbeitnehmer und Selbständigen im Rahmen der klassischen leistungsorientierten Produktkonzepte bereits seit Jahrzehnten quantitative Selbstbeteiligungsregelungen – und hier hauptsächlich die absolute Abzugsfranchise – an. Neuerdings sind hier noch die Großschadentarife hinzugetreten.

Das Wahlverhalten der Kunden ist dadurch geprägt, daß zwar die angebotenen quantitativen Selbstbeteiligungsregelungen in den letzten Jahren im Neugeschäft deutlich stärker nachgefragt werden als in der Vergangenheit, wobei mit zunehmender absoluter Selbstbeteiligung die Anzahl der versicherten Personen abnimmt. Dennoch fällt die Entscheidung des Kunden nach wie vor häufig zugunsten von Tarifen ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung aus.<sup>401</sup> Eine genaue Erforschung der Gründe für dieses Wahlverhalten muß empirischen Analysen vorbehalten bleiben. Im folgenden wird versucht, das Wahlverhalten praxisnah auf der Grundlage des bereits erläuterten Relativpreismodells zu erklären.

Bei Entscheidungen zum quantitativen Umfang der Versicherungsleistungen geht es um die Bestimmung des optimalen Grades der (partiellen) Selbstdeckung von Gesundheitsausgaben durch Eigenfinanzierung. Das tatsächliche Wahlverhalten der Kunden hinsichtlich des Grades der Selbstbeteiligung orientiert sich dabei in der Praxis häufig an dem maximal zu zahlenden Beitrag unter Berücksichtigung der Selbstbeteiligung: Bei Beitragsvergleichen zwischen Tarifen mit verschiedenen Selbstbeteiligungsstufen geht man von der jeweils zu zahlenden Monatsprämie aus, zieht davon (nur bei Angestellten und Arbeitern) den Arbeitgeberzuschuß ab und addiert die durch 12 geteilten, maximal mögliche jährliche Selbstbeteiligung hinzu. Die Wahlentscheidung unter Berücksichtigung der optimalen Selbstbehaltsstufe ist dann dadurch gekennzeichnet, daß der

---

401) Vgl. u. a. Lorz (1998), S. 14.

Tarif mit der niedrigsten zu tragenden Eigenbelastung gewählt wird (vgl. hierzu auch Abbildung 42 auf S. 172).

Eventuelle Einwände gegen das dargestellte Entscheidungsverhalten, die sich darin äußern, daß der Kunde "fälschlicherweise" unterstellt, die Selbstbeteiligung jedes Jahr aufs neue auszuschöpfen<sup>402</sup>, sind nur begrenzt berechtigt. Denn die Gesundheitsausgaben bei niedrigen Selbstbeteiligungsstufen sind im Entscheidungskalkül des Kunden nicht mit Unsicherheit behaftet, weil sie im wesentlichen von seinen Entscheidungen und Präferenzen abhängig sind (z. B. Vorsorgeaufwendungen, Sehhilfen etc.). Im Bereich höherer Selbstbeteiligungsstufen drückt die Unterstellung einer sich jährlich wiederholenden Ausschöpfung der Selbstbeteiligung ein hohes Maß an Risikoaversion aus. Denn gerade der risikoscheue Entscheidungsträger begegnet der Unsicherheit darüber, ob Krankheitskosten im Rahmen der Selbstbeteiligung zu tragen sind, indem er in seinem Wahlverhalten von einer vollständigen Ausschöpfung der Selbstbeteiligung ausgeht. Begründet in der Angst vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall kann ein hoher Grad der Risikoaversität besonders bei weniger einkommensstarken und/oder vermögenden Entscheidungsträgern – beispielsweise jungen Entscheidungsträgern mit Familie oder selbständigen Entscheidungsträgern in der Existenzgründungsphase – unterstellt werden.

Zur Erklärung der Marktdurchdringung von Selbstbeteiligungsregelungen bedeutsam ist nun, daß die entscheidungsrelevanten Finanzierungsmodalitäten

- vollständige Finanzierung der Krankheitskosten über Versicherung oder
- partielle Selbstdeckung der Krankheitskosten über Eigenfinanzierung

auf der Grundlage des zuvor beschriebenen Entscheidungsverhaltens bei Arbeitnehmern und Selbständigen zu unterschiedlichen finanziellen Belastungen, und daraus abgeleitet, zu unterschiedlichen Wahlentscheidungen bei identischer Selbstbeteiligungsstufe führen.

Abbildung 42 zeigt dies am Beispiel einer Krankheitskostenversicherung mit verschiedenen Selbstbeteiligungsstufen: Während für Männer und Frauen mit Arbeitgeberzuschuß jeweils der Tarif ohne Selbstbeteiligung bei unterstellter Ausschöpfung der Selbstbeteiligung die optimale Tarifwahl darstellt, ist demgegenüber für selbständige Männer und Frauen (ohne Arbeitgeberzuschuß) jeweils der Tarif mit einer jährlichen Abzugsfranchise von 2.000 DM die günstigste Alternative.

---

402) Vgl. z. B. Völker (1991), S. 473.

		jährliche Selbstbeteiligung in DM (Tarifbezeichnung*)				
		0 (KN 0)	500 (KN 500)	1.100 (KN 1)	2.000 (KN 2)	3.000 (KN 3)
<b>Mann 30 Jahre</b>	monatlicher Beitrag in DM	435,00	360,80	286,90	179,90	160,85
	minus Arbeitgeberzuschuß (50%) in DM	217,50	180,40	143,45	89,95	80,43
	angestellt mit plus 1/12 -Selbstbeteiligung in DM	0,00	41,67	91,67	166,67	250,00
	<b>Arbeitgeberzuschuß gleich maximaler Eigenanteil in DM</b>	<b>217,50</b>	<b>222,07</b>	<b>235,12</b>	<b>256,62</b>	<b>330,43</b>
<b>Mann 30 Jahre</b>	monatlicher Beitrag in DM	435,00	360,80	286,90	179,90	160,85
	angestellt mit plus 1/12 -Selbstbeteiligung in DM	0,00	41,67	91,67	166,67	250,00
	<b>selbständig gleich maximaler Eigenanteil in DM</b>	<b>435,00</b>	<b>402,47</b>	<b>378,57</b>	<b>346,57</b>	<b>410,85</b>
<b>Frau 30 Jahre</b>	monatlicher Beitrag in DM	679,95	651,95	538,80	374,00	328,85
	minus Arbeitgeberzuschuß (50%) in DM	339,98	325,98	269,40	187,00	164,43
	angestellt mit plus 1/12 -Selbstbeteiligung in DM	0,00	41,67	91,67	166,67	250,00
	<b>Arbeitgeberzuschuß gleich maximaler Eigenanteil in DM</b>	<b>339,98</b>	<b>367,65</b>	<b>361,07</b>	<b>353,67</b>	<b>414,43</b>
<b>Frau 30 Jahre</b>	monatlicher Beitrag in DM	679,95	651,95	538,80	374,00	328,85
	angestellt mit plus 1/12 -Selbstbeteiligung in DM	0,00	41,67	91,67	166,67	250,00
	<b>selbständig gleich maximaler Eigenanteil in DM</b>	<b>679,95</b>	<b>693,62</b>	<b>630,47</b>	<b>540,67</b>	<b>578,85</b>

= optimale Alternative bei ausgeschöpfter Selbstbeteiligung

Stand: 1.10.98  
Versicherer: Central  
\*Tarifkurzbeschreibung (Kompakttarif KN):  
Ambulant: 100%  
Stationär: Chefarztbehandlung/1- oder 2-Bettzimmer  
Zahnbehandlung/Zahnersatz und Kieferorthopädie: 100% / 80%  
Selbstbeteiligung: jeweils über alle Leistungsbereiche

Abbildung 42: Einfluß des Arbeitgeberzuschusses auf das Wahlverhalten von Entscheidungsträgern bei unterschiedlichen Selbstbeteiligungshöhen

Dies liegt vor allem am Einfluß von sozial- und steuerrechtlichen Vorschriften zum Arbeitgeberzuschuß bei Arbeitnehmern. Dazu folgende Überlegungen: Angestellte und Arbeiter erhalten als Arbeitnehmer von ihrem Arbeitgeber einen Arbeitgeberzuschuß zur Finanzierung ihres privaten Krankenversicherungsschutzes. Der Arbeitgeberzuschuß beträgt 50% des zu zahlenden Beitrags für

die private Krankenversicherung, maximal aber 50% des durchschnittlichen Höchstbeitrags in der GKV. Der Arbeitgeberzuschuß zur privaten Krankenversicherung ist für den Arbeitnehmer eine steuerfreie Einnahme nach § 3 Nr. 62 Einkommensteuergesetz (EStG).<sup>403 404</sup> Eine gegebenenfalls vereinbarte Selbstbeteiligung trägt der Arbeitnehmer dagegen regelmäßig vollständig selbst.<sup>405</sup> Ausgaben im Krankheitsfall können – soweit sie innerhalb einer vereinbarten Selbstbeteiligung anfallen – zwar als außergewöhnliche Belastungen nach § 33 EStG abgesetzt werden, wenn sie zwangsläufig, notwendig und angemessen im Sinne der Einkommensteuerrichtlinie Nr. R 189 sind. Außergewöhnlich sind die Belastungen aber nur, soweit sie die Grenze der zumutbaren Belastung übersteigen.

Der steuerfreie Arbeitgeberzuschuß zur Krankenversicherung führt dazu, daß der Kunde erwartete Krankheitskosten über den Abschluß eines versicherungsmathematisch fairen Krankenversicherungsvertrages effektiv für die Hälfte der Kosten bei Eigenfinanzierung beziehen kann. Auch unter Berücksichtigung von Kosten- und Gewinnzuschlägen kann daraus geschlossen werden, daß nicht nur risikoaverse, sondern auch risikoneutrale und sogar zu großen Teilen risikoliebende Personen aus der Kundengruppe der Angestellten und Arbeiter ihren Nutzen durch Abschluß einer Versicherung ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung erhöhen können. Die Tolerierung von Prämienzuschlägen aufgrund von Kosten- und Gewinnzuschlägen oder Effizienzverlusten nimmt dabei mit dem Grad der Risikoaversion zu. Höhere Selbstbeteiligungsstufen sind für Angestellte und Arbeiter dagegen allenfalls interessant, wenn mitzuversichernde Familienangehörige eine Tarifoptimierung zur optimalen Ausschöpfung des maximalen Arbeitgeberzuschusses im Rahmen des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrages notwendig machen.<sup>406</sup>

- 
- 403) Gleiches gilt nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses für den privat vollversicherten Rentner: Der Zuschuß des Rentenversicherungsträgers zu seinem Krankenversicherungsbeitrag ist eine steuerfreie Einnahme (§ 3 Abs. 14 EStG).
- 404) Der Arbeitnehmeranteil des Krankenversicherungsbeitrags stellt grundsätzlich Vorsorgeaufwendungen für zukunftsichernde Maßnahmen dar und ist deshalb nach § 10 EStG als Sonderausgaben begrenzt abzugsfähig. Durch den Ansatz einer Vorsorgepauschale hat der Arbeitnehmer allerdings praktisch keine Möglichkeit, eigene Krankenversicherungsbeiträge über den Pauschbetrag hinaus als Sonderausgaben geltend zu machen. Krankenversicherungsbeiträge beeinflussen bei Arbeitnehmern deshalb regelmäßig nicht das zu versteuernde Einkommen. Sie werden vielmehr aus bereits versteuerten Einkünften bezahlt.
- 405) Nur wenige Arbeitgeber machen von der nach der Lohnsteuerrichtlinie R 11 gegebenen Möglichkeit Gebrauch, nach der sich der Arbeitgeber an den Krankheitskosten des Arbeitnehmers mit bis zu 1.000 DM jährlich steuerfrei beteiligen kann.
- 406) Ein weiteres Argument gegen höhere Selbstbeteiligungsstufen für Angestellte und Arbeiter ist die Tatsache, daß sich der Arbeitgeber durch seine Beteiligung an der Krankenversicherungsprämie auch am Aufbau der Alterungsrückstellung hälftig beteiligt. Dies führt dazu, daß bei späterer Wahl einer Selbstbeteiligungsstufe (z. B. bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit oder im Rentenalter) die Anrechnungsguthaben, die prämiensmindernd berücksichtigt werden können, höher sind, als wenn bereits zu Anfang ein Selbstbeteiligungstarif bestanden hätte.

Die bestehenden steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen zur Behandlung von Versicherungsbeiträgen – im Vergleich zu den nicht versicherungsfinanzierten Krankheitskosten – bei Arbeitnehmern führen dazu, daß die subjektive Risikoeinstellung als Kriterium für die Tarifwahl in dieser Zielgruppe nur eine untergeordnete Bedeutung hat. Sie unterstützen damit das Anspruchsdenken vieler Krankenversicherungskunden im Sinn einer Vollkasko mentalität. Damit ist ein überhöhtes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten nach Gesundheitsleistungen aufgrund des moralischen Risikos vorprogrammiert mit der Folge, daß grundsätzlich bestehende Ausgabensenkungspotentiale nicht realisiert werden.

In der Zielgruppe der Selbständigen ist das Wahlverhalten dagegen weitgehend unbeeinflußt von sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Anreizen. Denn Selbständige erhalten zum einen keinen Arbeitgeberzuschuß zur Krankenversicherung. Zum anderen bietet die auch hier grundsätzlich gegebene steuerliche Abzugsfähigkeit von Krankenversicherungsbeiträgen im Rahmen der Sonderausgaben regelmäßig keinen ausreichenden Anreiz zur Wahl von Tarifen ohne oder mit niedriger Selbstbeteiligung. Denn unterstellt man, daß der Sonderausgabenabzug noch nicht ausgeschöpft ist, so führt der höhere Abzugsbetrag infolge der höheren Prämie für einen Tarif ohne Selbstbeteiligung auch bei einem Steuersatz von 50% kaum zu einer anderen Wahlentscheidung. Diese Rahmenbedingungen legen für den Selbständigen daher die Wahl von Krankenversicherungstarifen mit Selbstbeteiligungen nahe.

Die Höhe der Selbstbeteiligungen hängt nun – anders als bei Arbeitnehmern, bei denen, wie oben ausgeführt, die subjektive Einstellung zum Krankheitsrisiko ein vergleichsweise eher schwaches Entscheidungskriterium darstellen dürfte – u. a. von der Risikobereitschaft der Entscheidungsträger ab. Die Risikobereitschaft wird wiederum wesentlich vom Einkommen und/oder Vermögen der Entscheidungsträger mitbestimmt. Es ist plausibel, daß mit zunehmendem, für die Finanzierung von Krankheitskosten verfügbarem Einkommen und/oder Vermögen tendenziell eine höhere Risikobereitschaft verbunden ist. Dies dürfte in erster Linie für in ihrer Berufstätigkeit etablierte Selbständige gelten. Da bei Vergleich der tatsächlich maximal zu tragenden Belastung Großschadenttarife ab einer bestimmten Selbstbeteiligungshöhe tendenziell schlechter "abschneiden"<sup>407</sup>, ist der Abschluß von Großschadenttarifen auch in dieser Zielgruppe in erster Linie von Personen mit Risikofreude zu erwarten, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen. Denn dieser Personenkreis geht am ehesten davon aus, Ersparnisse dadurch erzielen zu können, daß eine hohe Selbstbeteiligung nicht jedes Jahr erneut ausgeschöpft wird.

---

407) So "rechnet" sich im Beispiel in Abbildung 42 auf S. 172 auch für Selbständige der Tarif mit 3.000 DM jährlicher absoluter Abzugsfranchise schlechter als derjenige mit 2.000 DM.

#### 4.2.1.3.1.2 Exkurs: Vergütungspolitik gegenüber den Absatzorganen als angebotshemmender Faktor

Die grundsätzlichen Vorteile von Tarifen ohne oder mit geringen Selbstbeteiligungen auf der Nachfrageseite verbinden sich durch eine an Wachstumszielen orientierte Vergütungspolitik<sup>408</sup> auf der Angebotsseite regelmäßig mit positiven (finanziellen) Anreizen für den Vertrieb der 100%-Deckungen.

Denn in der privaten Krankenversicherung erhält das Absatzorgan Provisionen für jeden vermittelten Krankenversicherungsvertrag, sog. einzelleistungsbezogene Provisionen. Diese Provisionen bestehen regelmäßig aus einmaligen Abschlußprovisionen für Neugeschäfte und aus regelmäßig wiederkehrenden, in der Regel einmal jährlich auszuzahlenden Bestandspflegeprovisionen (Folgeprovisionen).<sup>409</sup>

Abschluß- und Folgeprovisionen ergeben sich aus dem Produkt der gemessenen Leistung (Bezugsgröße) und dem Vergütungsbetrag pro Leistungseinheit (Vergütungssatz).<sup>410</sup> In der PKV ist bei der Abschlußprovision regelmäßig der vom Kunden bei Vertragsbeginn zu zahlende eintrittsalterabhängige Beitrag pro Monat (Monatssollbeitrag) die Bezugsgröße. Der Vergütungssatz in der substitutiven privaten Krankenversicherung unterscheidet sich von Versicherer zu Versicherer. Marktüblich sind 5 bis 9 Monatsbeiträge.<sup>411</sup> Die Folgeprovision errechnet sich mit einem bestimmten Prozentsatz (Vergütungssatz) aus dem jährlich zu zahlenden Beitrag für den Krankenversicherungsvertrag (Bezugsgröße). Der Vergütungssatz liegt marktüblich bei 2 Prozent. Bei steigenden Prämien in der Krankenversicherung steigt (auch bei gleichbleibendem Vergütungssatz) die Folgeprovision.

---

408) Vergütungspolitik ist ein Instrument der Absatzpolitik des Krankenversicherers. Durch die Gestaltung der Vergütungen sollen Anreize für Zielerfüllungsbeiträge der Absatzorgane zu den Absatzzielen geschaffen werden. Vgl. Farny (1995), S. 650.

409) Als Absatzorgane werden hier komplette Vertriebsorganisationen bezeichnet. Ein Teil der eingenommenen Provisionen benötigt die Vertriebsorganisation selbst zur Kostendeckung, so daß der einzelne Vertriebsmitarbeiter regelmäßig nicht die gesamten, vom Krankenversicherer gezahlten Abschlußprovisionen erhält.

410) Vgl. Farny (1995), S. 653.

411) Hierbei handelt es sich um Durchschnittswerte für Abschlußprovisionen an Vertriebsorganisationen. An besonders große, umsatzstarke Vertriebsorganisationen oder zur Förderung bestimmter Tarife werden teilweise noch deutlich höhere Abschlußprovisionen gezahlt. Die Abschlußprovisionen als sog. unmittelbare Abschlußkosten bilden "nur" einen (allerdings bedeutsamen) Teil der gesamten Abschlußkosten eines Krankenversicherers. Durch weitere, insbesondere mittelbare Abschlußkosten, liegen die gesamten Abschlußkosten nochmals teilweise deutlich über den Abschlußprovisionen. Vgl. Scheepker (1997), S. 94 ff.

Das beschriebene prämiensbezogene Provisionssystem fördert die Wachstums- und Umsatzziele des Krankenversicherers.<sup>412</sup> Es setzt, insbesondere durch hohe Abschlußprovisionen, starke Anreize für Neugeschäftswachstum.<sup>413</sup> Die Berücksichtigung von Erhaltungszielen bezüglich des Bestandes, z. B. gemessen an der Stornoquote, findet selten Eingang in das Provisionssystem.<sup>414</sup>

Das im Markt übliche, am zu zahlenden Beitrag orientierte Provisionssystem setzt deutliche Anreize für Geschäfte mit Tarifen ohne bzw. geringer Selbstbeteiligung (an ältere Personengruppen), da dort die höchsten Abschluß- und Folgeprovisionen gezahlt werden. Die bestehenden Provisionsregelungen sind daher der Ausweitung von Tarifen mit höherer Selbstbeteiligung – und insbesondere von Großschadentarifen –, die sich eben durch relativ niedrige Monatsbeiträge auszeichnen, nicht förderlich. Es besteht somit zumindest die Gefahr, daß Absatzorgane Kunden zu Versicherungsverträgen raten, für die ein höherer Monatsbeitrag zu zahlen ist. Insofern nehmen die Absatzorgane für die Marktdurchdringung von Tarifen mit hoher Selbstbeteiligung eine Schlüsselrolle ein.

#### **4.2.1.3.1.3 Die Wahl höherer Abzugsfranchisen in leistungsorientierten Produkten – eine Lösung für die Marktprobleme der PKV bei steigenden Versicherungsleistungen und Beiträgen?**

Es erscheint ohne weitere Einflußnahme auf die Risikoursachenkomplexe plausibel, daß die Beitragssteigerungsraten in leistungsorientierten Produkten ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung auch weiterhin oberhalb der entsprechenden Erhöhungsraten der GKV liegen. So wird die PKV davon ausgehen müssen, daß sich zukünftige, durch das Änderungsrisiko in der GKV verursachte Ausgabensteigerungen nicht ohne weiteres in Beitragssteigerungen umgesetzt werden können. Realistischer ist vielmehr, daß die GKV der Herausforderung von Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen aus einer Mischung von weiteren Leistungseinschnitten und (möglichst moderaten) Beitragssatzerhöhungen begegnet. So wird sich bei Absenkung des Leistungsniveaus in der GKV zugunsten

---

412) Die Gesamtbeitragseinnahmen spielen eine wichtige Rolle in der Konkurrenzsituation zwischen den PKV-Unternehmen. Je höher sie sind, desto besser ist die Position in sog. Rankinglisten, die für das Image eines Versicherers eine hohe Bedeutung hat.

413) Gewinn und Deckungsbeitrag als Bezugsgröße für die vermittelten Geschäfte zur Förderung der Gewinnziele gibt es kaum. Auch nur vereinzelt sind einfachere Formen, die Schadenquoten oder -häufigkeiten berücksichtigen, anzutreffen. So unterscheidet etwa die DKV bei der Höhe der Abschlußprovision neben dem Alter auch nach Produktart und Beruf und versucht so über eine Risikoselektion durch die Absatzorgane die Förderung unternehmerischer Zielsetzungen. Vgl. Scheepker (1997), S. 94 f.

414) In der letzten Zeit gibt es erste Anzeichen zum Umdenken. Soweit bekannt, berücksichtigen inzwischen einige Gesellschaften die Erhaltungsziele bei der Abschlußprovision. So haben etwa BERLIN-KÖLNISCHE, GLOBALE und LVM zur Zielerreichung die Provisionshaftungszeiträume für den Außendienst auf zwei bzw. drei Jahre verlängert. Die Mannheimer Krankenversicherung AG zahlt grundsätzlich eine niedrigere Abschlußprovision. Sie fördert die Bestandserhaltung durch eine im Marktvergleich deutlich erhöhte Folgeprovision.



eines sozialpolitisch akzeptablen Beitrags die Relativpreisposition zu Lasten leistungsorientierter PKV-Tarife verändern.

Mit Blick auf die Vereinbarung höherer Abzugsfranchisen könnte sich diese Entwicklung auf das Wahlverhalten in den verschiedenen Zielgruppen der PKV wie folgt auswirken: In der Zielgruppe der Singles und Doppelverdiener könnte bei steigenden Versicherungsleistungen und Beiträgen theoretisch am ehesten ein Wahlverhalten zugunsten von Tarifen mit höherer Selbstbeteiligung zwar erwartet werden, weil sich Personen dieser Zielgruppe ein gewisses Maß an Risikofreude aufgrund ihrer Einkommens- und/oder Vermögenssituation erlauben kann. Allerdings hat aber gerade dieser Personenkreis wegen des sich – auch bei im Vergleich zur GKV überproportionalen Steigerungsraten der Versicherungsleistungen – nur sukzessive abbauenden Beitragsvorteils kurz- bis mittelfristig kaum Anreize, ihr Wahlverhalten zugunsten hoher Abzugsfranchisen zu ändern. Erst nach einigen Jahren, in denen die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen in der PKV höher als in der GKV liegen, ergibt sich dann gegebenenfalls die Notwendigkeit für die Entscheidungsträger, über die Vereinbarung einer (höheren) absoluten Selbstbeteiligung nachzudenken.

Umgekehrt sieht es bei Entscheidungsträgern mit Familie (oder entsprechender Familienperspektive) aus. Für diesen Personenkreis kann die verschlechterte Relativpreisposition der PKV aufgrund überproportional steigender Beiträge nur begrenzt durch eine Erhöhung der absoluten Abzugsfranchise "geheilt" werden. Denn gerade die Familienphase dürfte durch einen vergleichsweise hohen Grad an Risikoaversion aufgrund einer im Vergleich zur Single- oder Doppelverdienersituation niedrigeren Grenze der finanziellen Belastbarkeit gekennzeichnet sein. Dies könnte zur Folge haben, daß die Entscheidungsträger die Vereinbarung, sich möglicherweise durch ihren personenbezogene Geltung kumulierender, höherer Abzugsfranchisen aus Angst vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall scheuen. Insoweit wäre es plausibel, wenn Entscheidungsträger ohne langfristig stabile Single- oder Doppelverdienerperspektive – soweit keine anderen Produktkonzepte vorliegen – aufgrund der schlechten Relativpreisposition der PKV in der Familienphase eher eine Entscheidung zugunsten der GKV treffen würden.

Im Ergebnis führt dies dazu, daß seitens der PKV-Unternehmen das Setzen auf die Vereinbarung höherer Abzugsfranchisen durch den Versicherten kein ausreichender Lösungsansatz für die Marktprobleme der PKV bei steigenden Beiträgen und Versicherungsleistungen sein kann.

## 4.2.1.3.2 Zur Marktakzeptanz von Elementar- und Grundschutztarifen

### 4.2.1.3.2.1 Die aktuelle Situation

Durch ihren im Vergleich zu den klassischen leistungsorientierten Tarifen niedrigeren Preis sind Elementar- und Grundschutztarife aus heutiger Sicht grundsätzlich für alle Personen interessant, die einen niedrigen Preis für ihren Krankenversicherungsschutz erwarten und dafür bereit sind, in einzelnen Leistungsbereichen deutliche Leistungseinschnitte zu akzeptieren. Nachfragefördernd für diese Tarife ist es, daß diese Tarife regelmäßig auch ohne bzw. mit vergleichsweise relativ niedriger absoluter Selbstbeteiligung angeboten werden. Denn dadurch werden u. a. sozial- und steuerrechtliche Nachteile – wie sie ansonsten bei Vereinbarung hoher Abzugsfranchisen entstehen können – vermieden. Dies macht die Tarife unter Arbeitgeberzuschußaspekten in der Zielgruppe der Angestellten und Arbeiter gerade auch für jüngere Familien mit Kindern interessant. Daneben werden in der Zielgruppe der Selbständigen vor allem Personen in der Existenzgründungsphase angesprochen, die einerseits eine preislich attraktive Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung suchen, denen andererseits aber die klassischen leistungsorientierten Produkte ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung zu teuer und die Großschadentarife mit zu großen finanziellen Unwägbarkeiten verbunden sind.

Im Ergebnis deutet einiges darauf hin, daß mit dem Angebot von Elementartarifen in für die PKV wesentlichen Zielgruppen grundsätzlich Marktpotentiale erreicht und ausgeschöpft werden können, die sich mit den klassischen leistungsorientierten Produktkonzepten sowie den Großschadentarifen nicht ausreichend bedienen lassen.<sup>415</sup> Aufgrund der meist erst in den letzten Jahren erfolgten Tarifeinführung ist allerdings die zukünftige Beitragsentwicklung dieser Produkte offen. Insbesondere wird zu beobachten sein, ob der teilweise eklatante Beitragsabstand zu den klassischen leistungsorientierten Produkten mittel- und langfristig Bestand haben wird.<sup>416</sup>

Darüber hinaus ist offen, ob Kritikpunkte an Elementartarifen, die inzwischen auch öffentlichkeitswirksam kommuniziert werden<sup>417</sup>, nachfragehemmend wirken. Zu diesen Vorbehalten zählen u. a. die mangelnde Transparenz über den qualitativen und quantitativen Umfang des Versicherungsschutzes. So könnte

---

415) So hat die AXA COLONIA mit ihrem Elementartarif EL von der Einführung des Tarifs im März 1995 bis zum Oktober 1996, also innerhalb von 1 1/2 Jahren, 22.000 Personen nach diesem Tarif versichert, wovon allerdings knapp 9.000 Personen bereits (bei der AXA COLONIA in anderen Tarifen oder bei Mitbewerbern) privat krankenversichert waren. Dennoch ist die verbleibende Zahl von etwas über 13.000 Personen, die vor ihrem Wechsel zur AXA COLONIA gesetzlich krankenversichert waren, in Anbetracht der Neugeschäftssituation der PKV in diesem Zeitraum sehr hoch. Vgl. hierzu Surminski (1996), S. 650 f.

416) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 271 ff., insbesondere Abbildung 50 auf S. 273.

417) Vgl. u. a. Gaulke (1996), S. 14; o.V. (1997a), S. 95 ff.

eine gewisse Zurückhaltung bzw. Skepsis der Nachfrager gegenüber Elementartarifen aus dem Gefühl resultieren, die Bedeutung bestimmter Leistungsausschlüsse nicht umfänglich einschätzen zu können und im Falle des Falles in eine Deckungslücke "hineinzustolpern".<sup>418</sup> Eine ähnliche Gefahr mag der Kunde befürchten, wenn der Versicherungsschutz zwar qualitativ umfassend ist (also keine selektiven Leistungsausschlüsse beinhaltet), aber eine deutliche Begrenzung des Abrechnungsrahmens für (zahn)ärztliche Honorare, z. B. durch Beschränkung auf Gebührenordnungssätze unterhalb des Regelhöchstsatzes, vorsieht. Denn dann besteht die Gefahr, daß die qualitativ gedeckte Leistungsanspruchnahme durch ihre quantitative Beschränkung ein Kostenrisiko beim Versicherungsnehmer auslöst, das dieser gegebenenfalls bei Behandlungsbeginn überhaupt nicht kennt bzw. nicht richtig einschätzen kann.<sup>419</sup>

#### **4.2.1.3.2.2 Die Wahl von Elementar- und Grundschartarifen – eine Lösung für die Marktprobleme der PKV bei steigenden Versicherungsleistungen und Beiträgen?**

Unterstellt man wegen der weniger leistungsorientierten Produktgestaltung der Elementar- und Grundschartarife, daß dort interne moral-hazard-Effekte tendenziell geringer ausfallen als in den klassischen leistungsorientierten Produkten, so dürften auch die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen und Beiträge in diesen Tarifen vergleichsweise geringer ausfallen. Ob dies allerdings gewährleistet, daß die Beitragssteigerungsraten dieser Tarife nicht oberhalb derer in der GKV liegen, ist zumindest fraglich.

Lägen aber die Beitragssteigerungsraten der Elementar- und Grundschartarife nicht unterhalb derer der GKV, so versprochen auch diese preisorientierten Produktkonzepte nur begrenzte Wachstumsimpulse, weil sich auch hier die Relativpreisposition im Zeitablauf zulasten der PKV verändern würde. Diese Situation wäre besonders problematisch, da Produktmodifikationen mit weiteren Leistungseinschränkungen kaum möglich erscheinen. Denn mit den Elementartarifen bewegt sich die PKV "nur noch" auf dem Leistungsniveau der GKV.

---

418) Diese Gefahr besteht weniger bei gut abgrenzbaren Leistungspositionen wie z. B. Sehhilfen oder Heilpraktikerbehandlung. Deutlicher wird dies, wenn ein Krankenversicherer – wie die AXA COLONIA in ihrem Tarif EL verankert – Versicherungsschutz für stationäre Psychotherapie bietet, für ambulante Psychotherapie aber nicht.

419) Das Kostenrisiko realisiert sich für den Versicherungsnehmer möglicherweise erst bei Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer. Für den Fall, daß der Versicherungsnehmer die Leistungseinschränkungen zwar kennt, er deren finanzielle Wirkung aber auf den Leistungserbringer abwälzen will, macht dies Verhandlungen zwischen ihm und dem Leistungserbringer notwendig. Die Bereitschaft sowohl seitens des versicherten Patienten, eine Honorardiskussion zu beginnen, als auch das Interesse des Leistungserbringers, sich auf eine derartige Diskussion einzulassen, dürfte heute nicht besonders ausgeprägt sein.

## **4.2.2 Förderung von Vorsorgeaktivitäten**

### **4.2.2.1 Ausweitung des Leistungsprogramms um versicherungsfinanzierte Vorsorgemaßnahmen**

#### **4.2.2.1.1 Das heutige Leistungsspektrum versicherungsfinanzierter Vorsorgemaßnahmen**

Die PKV sieht in ihren klassischen Produktkonzepten zur Zeit ausschließlich Leistungen für Sekundär- und Tertiärprävention vor.<sup>420</sup> Dabei beschränken sich die Marktleistungen der PKV im Bereich der sekundären Prävention in den klassischen Produktkonzepten bisher auf die Kostenerstattung von ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchung) gemäß § 1 Abs. 1 Satz 4 Buchstabe b MB/KK. Teilweise bieten die Krankenversicherungsunternehmen darüber hinaus – abweichend von § 5 Abs. 1 Buchstabe d MB/KK – Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung in ihren Krankheitskostentarifen an, vereinzelt auch im Rahmen von speziellen "Kurtarifen". In den Leistungsfeldern der Primärprävention und der Gesundheitsförderung bot die PKV dagegen in der Vergangenheit regelmäßig keine Leistungen an. Erst in jüngster Zeit sehen sog. Zahnprophylaxetarife<sup>421</sup> primärpräventive Leistungen vor.

Deren Leistungsumfang hat folgendes Grundmuster:

- 100%ige Erstattung von Zahnbehandlungsleistungen.
- 100%ige Kostenübernahme für zahnärztliche Prophylaxeprogramme mit regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen.
- Abhängigkeit der Erstattung von Zahnersatzleistungen von der Teilnahme an den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Prophylaxeprogramms. Die Erstattung bei trotz Prophylaxe noch notwendig werdendem Zahnersatz steigt dann über mehrere Jahre von einem Basisprozentsatz (z. B. 50 oder 60%) bis auf 90% bzw. 100%.<sup>422</sup>

---

420) Vgl. hierzu auch die Darstellung des Leistungsprogramms der PKV in Abbildung 51 auf den S. 285 ff. (Anhang I).

421) Anbieter sind u. a. AXA COLONIA (Tarif Z PRO), Generali (Tarif ZVP) und Hanse-Merkur (Tarif ZV), deren Zahnprophylaxetarife eine Erweiterung der jeweiligen Bausteinserien in der Krankheitskostenvollversicherung darstellen. Vgl. Meyer (1996), S. 43. Daneben hat die GLOBALE in ihren Kompakttarif Pro ebenfalls eine Prophylaxekomponente für den Zahnbereich integriert.

422) Daneben bietet die Generali ihren im Tarif ZVP Versicherten einen Beitragsbonus für die Teilnahme am Prophylaxeprogramm. Vgl. zum Tarif ZVP der Generali vor allem Abbildung 43 auf S. 183.

#### 4.2.2.1.2 **Zur Einordnung versicherungsfinanzierter Vorsorgemaßnahmen in das risikopolitische Instrumentarium**

Durch Vorsorgemaßnahmen (z. B. Zahnprophylaxe) soll eine Erkrankung vermieden bzw. deren Eintrittswahrscheinlichkeit gesenkt und damit die potentiellen Kosten einer Heilbehandlung (hier: Zahnersatz) wenn nicht vermieden, so doch gesenkt werden. Mit Blick auf das einem Kunden zur Verfügung stehende risikopolitische Instrumentarium handelt es sich bei diesen Aktivitäten im versicherungswissenschaftlichen Sinne um Schadenverhütung. Die Mittelbereitstellung durch Krankenversicherung in Form der Erstattung entstandener Krankheitskosten ist dagegen eine Maßnahme zum Ausgleich eines wirtschaftlichen Schadens. Dies bedeutet, daß bei einem Realschaden (z. B. Verlust eines Zahns) der eingetretene wirtschaftliche Schaden (der notwendige Zahnersatz kostet Geld) ausgeglichen wird.

Sowohl Schadenverhütung als auch Versicherung sind risikopolitische Instrumente, mit denen ein Wirtschaftssubjekt das Ziel verfolgt, eine angestrebte Sicherheitslage (z. B. gemessen an seinem Vermögen), die von Risiken bedroht wird, zu gewährleisten. Die beiden risikopolitischen Instrumente sind regelmäßig mit Kosten für das Wirtschaftssubjekt verbunden. Im Fall der Schadenverhütung sind dies die Kosten für entsprechende Schadenverhütungsmaßnahmen, bei Versicherung die Prämienzahlung für den Versicherungsschutz. Vor allem in den Sachversicherungssparten besteht eine kostenwirksame Verbindung zwischen selbstfinanzierter Schadenverhütung und Versicherung. Denn dort stellt die Durchführung von Schadenverhütungsmaßnahmen (z. B. in der Feuerversicherung die Installation einer Sprinkleranlage zur Vermeidung von Bränden) ein Tarifierungsmerkmal dar und dient somit der Prämien differenzierung. Teilweise sind bestimmte Präventionsaktivitäten sogar zwingende Voraussetzung dafür, daß ein Versicherer überhaupt Versicherungsschutz anbietet.<sup>423</sup> Der Grund dafür ist, daß Schadenverhütung regelmäßig die Höhe der zu erwartenden Versicherungsleistungen wesentlich beeinflusst.

Eine Besonderheit tritt nun vor diesem Hintergrund im Zusammenhang mit versicherungsfinanzierten Schadenverhütungsmaßnahmen, wie z. B. den primärpräventiven zahnärztlichen Vorsorgeprogrammen im Rahmen von Zahnprophylaxetarifen, in der Krankenversicherung auf: Die Schadenverhütungsmaßnahmen selbst stellen hier nämlich einen Versicherungsfall dar. Dies bedeutet, daß das "Risiko" der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen auf einen Krankenversicherer abgewälzt wird. Die Kosten des Eintritts dieses Versicherungsfalles werden vom Versicherer getragen.<sup>424</sup> Im Ergebnis bedeutet dies, daß sich durch die

---

423) Ein Beispiel wäre der Einbau einer Einbruchmeldeanlage nach mehreren vorausgegangen Einbrüchen als Voraussetzung zur Deckungsübernahme durch den Versicherer in der Hausrat- oder Geschäftsinhaltsversicherung.

424) Übertragen beispielsweise auf die Feuerversicherung würde das bedeuten, daß der Feuerversicherer dem Versicherungsnehmer den Feuerlöscher oder die Sprinkleranlage bezahlt, die zur Vermeidung bzw. Verminderung der Schadeneintrittswahrscheinlichkeit und -höhe eines Brandes angeschafft werden.

nun notwendige Berücksichtigung der Vorsorgeaktivitäten in der Beitragskalkulation die Versicherungsprämie verteuert.

#### 4.2.2.1.3 Marktakzeptanz

Möglichkeiten und Grenzen der Marktdurchdringung von um versicherungsfinanzierte Vorsorgemaßnahmen erweiterten Krankenversicherungsprodukten lassen sich gut am Beispiel von Zahnprophylaxetarifen aufzeigen, weil über diese Produkte bereits erste Erfahrungen hinsichtlich ihrer Marktakzeptanz vorliegen.

Ein beispielhafter Preisvergleich zwischen konventionellen Zahntarifen mit unterschiedlichen Erstattungssätzen (insbesondere bei den Leistungen für Zahnersatz) der Generali und dem Prophylaxetarif desselben Anbieters in Abbildung 43 auf S. 183 zeigt, daß der Zahnprophylaxetarif preislich relativ nah am konventionellen Zahntarif mit hohen Erstattungsprozentsätzen und deutlich über den Beiträgen für den Tarif mit niedrigen Erstattungsprozentsätzen liegt.<sup>425</sup>

Beitragserhöhend gegenüber konventionellen Zahntarifen wirkt dabei die Kalkulation der zur Erhöhung der Erstattungsprozentsätze bei Zahnersatz nachzuweisenden fest definierten Prophylaxeprogrammen. Diese sind zwar auch in klassischen Produktprogrammen regelmäßig erstattungsfähig. Anreize in Form von Bonussystemen, die zu einer Erhöhung der Erstattungsprozentsätze bei Zahnersatz führen, fehlen jedoch hier. Daher ist davon auszugehen, daß die Inanspruchnahme der Leistungen für Zahnprophylaxe im Rahmen von entsprechenden Prophylaxetarifen höher ist als in konventionellen Zahntarifen. Beitragssenkende Wirkungen lassen sich aus den durch die regelmäßig durchgeführten Prophylaxemaßnahmen verminderten Leistungsausgaben für Zahnersatz ableiten.

---

425) Dies gilt ohne Berücksichtigung des möglichen Beitragsnachlasses von 10% nach 1 und 2 Jahren bzw. 20% ab 3 Jahren nachgewiesener Individualprophylaxe. Berücksichtigt man dies Nachlässe, so liegt der Prophylaxetarif beitragsmäßig zwischen den beiden konventionellen Zahntarifen.

	Monatsbeitrag in DM					
	"Klassischer" Luxus-Zahntarif (ZV*)		Zahnprophylaxetarif (ZVP*)		"Klassischer" Grundschutz-Zahntarif (ZVG*)	
	männliche	weibliche	männliche	weibliche	männliche	weibliche
Kinder 0-15	37,11	37,11	42,67	42,67	31,08	31,08
Jugendliche 16-20	53,04	62,67	59,66	70,50	49,92	59,54
Erwachsene 30	115,18	146,57	109,42	139,24	68,86	89,81
Erwachsene 50	120,10	149,21	114,10	141,75	75,09	89,81

	Monatsbeitrag in DM bei 50%igem Arbeitgeberzuschuß					
	"Klassischer" Luxus-Zahntarif (ZV*)		Zahnprophylaxetarif (ZVP*)		"Klassischer" Grundschutz-Zahntarif (ZVG*)	
	männliche	weibliche	männliche	weibliche	männliche	weibliche
Kinder 0-15	18,56	18,56	21,34	21,34	15,54	15,54
Jugendliche 16-20	26,52	31,34	29,83	35,25	24,96	29,97
Erwachsene 30	57,59	73,29	54,71	69,62	34,43	44,91
Erwachsene 50	60,05	74,61	57,05	70,88	37,55	44,91

Stand: 1.10.1998  
Versicherer: Generali  
\*Tarifkurzbeschreibungen  
ZV: Zahnbehandlung 100%; Zahnersatz und Kieferorthopädie 80%  
ZVG: Zahnbehandlung 100%; Zahnersatz und Kieferorthopädie 60%  
ZVP: Zahnbehandlung 100%; Individualprophylaxe im Rahmen des Generali-Prophylaxe-Programms 100%; Zahnersatz 60%, Erhöhung auf 70%, 80% bzw. 90% nach 1, 2 bzw. 3 Jahren ununterbrochener und ärztlich bescheinigter Teilnahme an der Individualprophylaxe; Kieferorthopädie 100%; Beitragsrückerstattung: Beitragsnachlaß von 10% nach 1 und 2 Jahren bzw. 20% ab 3 Jahren Individualprophylaxe, wenn sonst keine weiteren Erstattungsleistungen

Abbildung 43: Beitragsvergleich zwischen konventionellen Zahntarifen und einem Zahnprophylaxetarif

Weitere beitragsenkende Effekte ergeben sich aus den diesen Prophylaxetarifen immanenten positiven Risikoselektionseffekten. Prophylaxetarife sprechen vermutlich vor allem Personenkreise an, die bereits bisher eigeninitiativ auf eine gute Zahnpflege sowie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt Wert gelegt haben und die daher über einen guten Zahnstatus verfügen. Diese ökonomisch wünschenswerten Selektionswirkungen müßten idealerweise durch Annahmerichtlinien der Versicherer noch verstärkt werden. Denn primärprä-

ventive zahnprophylaktische Maßnahmen können den gewünschten Erfolg nur bei einem relativ gesunden Zahnstatus zeigen. Oder anders ausgedrückt: Prophylaxe bei einem sanierungsbedürftigen Gebiß bringt nichts und ist im Gegenteil möglicherweise ausgabenerhöhend.

Soweit Zahnprophylaxetarife gegenüber konventionellen Zahntarifen mit hohen Erstattungssätzen preiswerter sind, werden diese Beitragsvorteile in der Zielgruppe der Arbeitnehmer durch den Arbeitgeberzuschuß deutlich vermindert. Dies führt zu Problemen der Marktdurchdringung bei den Prophylaxetarifen: Im Neugeschäft ist der Tarif regelmäßig in erster Linie für Kunden mit relativ gutem Zahnstatus überhaupt interessant. Nur ein Teil dieser Kunden wird aber einen Prophylaxetarif wählen, eben weil der Beitragsabstand zwischen diesem und einem Hochleistungstarif nicht groß genug ist. Kunden mit relativ schlechtem Zahnstatus werden dagegen versuchen, Aufnahme in Hochleistungstarife zu finden. Denn nur dort haben sie die Möglichkeit, die Sanierung ihres Gebisses mit möglichst niedriger Selbstbeteiligung durchführen zu können.<sup>426</sup>

Ein weiterer Aspekt, der sich negativ auf die Marktdurchdringung von Prophylaxetarifen auswirken könnte, ist seine Erklärungsbedürftigkeit gerade in Verbindung mit dem Provisionsinteresse der Vermittler. Der Vermittler muß Fragen des Kunden nach Inhalt und Umfang der Prophylaxeprogramme und gegebenenfalls auch nach Zahnärzten, die die entsprechenden Maßnahmen durchführen, beantworten können. Dies erfordert ein gewisses Qualifikationsniveau, das nicht bei jedem Vertriebsmitarbeiter unterstellt werden kann. Auch dann, wenn diese Kenntnisse durch Schulungen vermittelt wurden, ist es fraglich, ob Vermittler im Kundengespräch Zahnprophylaxetarife offensiv anbieten. Dies gilt jedenfalls, solange der Preisunterschied zu Hochleistungstarifen relativ gering ist, persönliche Kosten-Nutzen-Erwägungen der Kunden regelmäßig für Hochleistungstarife sprechen und der Vermittler am Verkauf hochpreisiger Produkte auch noch am besten verdient.

---

426) Für diesen Personenkreis bestünde allerdings nach erfolgter Gebißsanierung ein Anreiz, in einen Prophylaxetarif zu wechseln. Dieses Recht wird ihm als Bestandskunde nach § 178 f VVG regelmäßig nicht verwehrt werden können. Zur Theematik des § 178 f VVG vgl. auch die Ausführungen auf den S. 23 ff.



## 4.2.2.2 Prämien differenzierung durch verhaltensorientierte Tarifgestaltung

### 4.2.2.2.1 Zur Bedeutung der Beobachtbarkeit von Präventionsaktivitäten durch den Versicherer für die Gestaltung des Versicherungsvertrags

Wie bereits ausgeführt, vermindern Präventionsmaßnahmen die Eintrittswahrscheinlichkeit für bestimmte Erkrankungen.<sup>427</sup> In einer Situation, in der der Versicherer die Vorbeugungsaktivitäten nicht beobachten kann oder aufgrund hoher Informationskosten (z. B. für periodisch durchzuführende Untersuchungen) nicht beobachten will, kennt er "nur" den statistischen Zusammenhang zwischen Versicherungsschutz, Vorbeugung und Erkrankungswahrscheinlichkeit. Grundlage der Prämienkalkulation ist dann der Zusammenhang zwischen Versicherungsdeckung und Vorbeugung, wobei unterstellt wird, daß mit zunehmender Versicherungsdeckung der Anreiz zur Vorbeugung abnimmt.

Allerdings kann durch Selbstbeteiligungsregelungen "nur" eine Second-best-Tarifierung erreicht werden, weil dem Versicherungsnehmer bei deckungsgradorientierter Tarifierung ein bestimmtes Präventionsniveau unterstellt wird. Weitere Präventionsaktivitäten können dann nicht mehr individuell prämiensreduzierend berücksichtigt werden. Insofern ist das interne Ex-ante-moralische Risiko mit einem Effizienzverlust verbunden, der sich aber durch die Tarifierungsmaßnahmen in Form von Selbstbeteiligungen jedoch beträchtlich reduzieren läßt. Im Idealfall gelingt dem Versicherer eine vollkommene Äquivalenztarifierung, und jedes Risiko wird gemäß seinem Schadenerwartungswert tarifiert.<sup>428</sup>

Damit wird aber die Beobachtung des Ex-ante-Verhaltens des Versicherungsnehmers, z. B. über die Ausprägung von Risikofaktoren, nicht grundsätzlich überflüssig. Denn Selbstbeteiligungstarife belohnen in erster Linie die Leistungsfreiheit und nicht das gesundheitsbewußte Verhalten. Da aber Leistungsfreiheit zumindest über eine gewisse Zeitdauer auch ohne gesundheitsbewußtes Verhalten erreichbar ist, deutet sie nicht zwingend auf ein hohes Präventionsniveau hin.

Insoweit ist es plausibel, daß Selbstbeteiligungsregelungen – bezogen auf das Ex-ante-Verhalten des Versicherungsnehmers – möglicherweise keinen ausrei-

---

427) Vgl. S. 66 ff.

428) Es wurde in diesem Zusammenhang bereits ausgeführt, daß der private Krankenversicherer diesen Sachverhalt durch das Angebot von Produkten mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungshöhen berücksichtigt und damit dem internen Ex-ante-moralischen Risiko begegnet. Denn trägt der Krankenversicherer im Falle des Ex-ante-moralischen Risikos der Tatsache Rechnung, daß dieses mit steigendem Deckungsgrad zunimmt, so ist er bestrebt, diesen Effekt mit überproportional zum Deckungsgrad steigenden Versicherungsprämien zu kompensieren. In der PKV ist – wie am Beispiel von Zahntarifen bereits gezeigt wurde – eine derartige deckungsgradorientierte Tarifierung tatsächlich gegeben. Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 153 ff.

chenden Anreiz zur Vorbeugung bieten, weil zwischen der Präventionsmaßnahme und dem Krankheitseintritt regelmäßig eine zeitliche Latenz besteht.

#### 4.2.2.2.2 **Konkrete Ansatzpunkte zur Implementierung verhaltensorientierter Tarifgestaltung im Risikogeschäft**

In der Produktgestaltung privater Krankheitskostentarife spielt die an individuellen Risikomerkmale orientierte Prämiengestaltung bisher eine völlig untergeordnete Rolle. Allenfalls kann man die auf der Basis der Beantwortung von Gesundheitsfragen vorgenommene Risikoprüfung als Indiz für in der Vergangenheit durchgeführte Präventionsaktivitäten werten.

Konkrete Ansatzpunkte für verhaltensorientierte Tarifierung bieten Risikofaktorenkonzepte für bestimmte Krankheitsbilder. So konnte bereits am Beispiel der koronaren Herzkrankheit gezeigt werden, daß ein Risikofaktorenkonzept grundsätzlich geeignet ist, Anreize zur Verminderung der Erkrankungswahrscheinlichkeit für Herz- und Kreislauferkrankungen durch präventives Verhalten zu setzen. Auch wurde festgestellt, daß die Ausprägungen der Risikofaktoren durch das Verhalten des Versicherungsnehmers beeinflussbar sind.<sup>429</sup>

Für die Etablierung gesundheitsbezogener Risikofaktoren als Tarifmerkmal in der substitutiven privaten Krankenversicherung ist letztlich entscheidend, daß eine Prämien differenzierung aufgrund von in regelmäßigen Abständen erhobenen Risikofaktoren vom Kunden akzeptiert wird. Dazu ist die Erfüllung einiger Voraussetzungen notwendig:

*1. Die Ausprägungen der Risikofaktoren müssen zweifelsfrei und objektiv meßbar und die Kosten der Messung im Vergleich zur erwarteten Kostensenkung gering sein.*

Aus Abbildung 44 auf S. 187 geht anhand der Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit hervor, daß diese diagnostisch bei akzeptablen Kosten gut nachprüfbar sind, so daß eine jährliche Überprüfung der Risikofaktoren denkbar erscheint.<sup>430</sup>

---

429) Vgl. hierzu insbesondere Abbildung 13 auf S. 67.

430) Nur die Kosten zum Nachweis von tabakspezifischen Substanzen im Blut liegen vergleichsweise hoch, da hierzu Spezialuntersuchungen notwendig sind. Vgl. zum Ganzen Tschubar (1997), S. 41 ff.

Risikofaktoren erster Ordnung der koronaren Herzerkrankung				
	Cholesterinerhöhung im Blut	Bluthochdruck	Zuckerkrankheit	Rauchen
<b>Diagnostik</b>	Cholesterinbestimmung im Blut, differenziert nach einzelnen Fraktionen	Blutdruckmessung, auch automatische Langzeitmessung	Aktuelle Blutzuckerbestimmung im Blut, auch Bestimmung des durchschnittlichen Blutzuckerspiegel innerhalb der letzten 4 - 6 Wochen möglich	Nachweist Tabakspezifischer Substanzen, die sich an den roten Blutfarbstoff anlagern. Nachweisdauer: ca. 60 Tage
<b>Kosten der Diagnostik</b>	18,24 DM	Blutdruckmessung ist im Rahmen einer vollständigen körperlichen Untersuchung (11,40 DM) abgegolten. Langzeitmessung: 17,10 DM	Aktuelle Blutzuckerbestimmung: 4,65; Langzeitmessung: 22,80 DM	Gebührensatz nicht vorhanden, da Spezialuntersuchung; vergleichsweise hohe Kosten (ca. 150,00 DM)

Abbildung 44: Diagnostik und Kosten zur Erkennung der Risikofaktoren erster Ordnung bei der koronaren Herzerkrankung<sup>431</sup>

2. Die Ausprägungen der Risikofaktoren müssen in eindeutiger Weise bewertet werden können.

Diese Bewertung von Risikofaktoren kann grundsätzlich auf verschiedene Weise erfolgen. Eine mathematisch-statistisch exakte Lösung ergibt sich dadurch, daß eine funktionale Beziehung zwischen dem Niveau des Risikofaktors und dem Präventionsniveau des Versicherungsnehmers auf einer exakten "Präventionsskala" gemessen wird.<sup>432</sup>

Aus Transparenz- und Akzeptanzgründen erscheint es allerdings sinnvoll, die Bewertung der Risikofaktoren zumindest nach Risikointervallen vorzunehmen.<sup>433</sup> Dies gilt besonders vor dem Hintergrund, daß eine Zuordnung von Ausprägungen bestimmter Risikofaktoren nach Risikointervallen geschlechts- und altersabhängig aufzubauen wäre. Bestimmte Ausprägungen von Risikofaktoren haben nämlich für Männer und Frauen bzw. für verschiedene Altersstufen eine unterschiedliche Aussagekraft über die Präventionsaktivitäten des Versicherungsnehmers.<sup>434</sup>

431) Aus Tschubar (1997), S. 41. Die Kosten der Testverfahren sind der GOÄ entnommen. Es wurde jeweils der einfache Gebührensatz zugrunde gelegt.

432) Vgl. Schmid-Grotjohann (1995), S. 123.

433) Die gemessenen Ausprägungen der Risikofaktoren könnten dann, wie in der Medizin regelmäßig üblich, nach ihrer Zuordnung zu bestimmten Risikointervallen (Normbereich, leichte, mittlere und starke Erhöhung) bewertet werden.

434) Vgl. Schmid-Grotjohann (1995), S. 123.

Im bereits betrachteten Beispiel der koronaren Herzerkrankung würden sich bei vier Risikofaktoren mit jeweils vier Risikointervallen allerdings bereits 256 Risikofaktorkombinationen ergeben. Dies führt angesichts weiterer grundsätzlich berücksichtigungsfähiger Risikofaktoren zu einer zu tiefen und damit dem Kunden nicht mehr zu vermittelnden – weil unübersichtlichen – Prämiendifferenzierung. Eine Vereinfachung könnte gegebenenfalls dadurch erreicht werden, daß die hier entstehenden 256 Risikoklassen auf der Grundlage ihrer theoretisch zu erwartenden Erkrankungswahrscheinlichkeit beispielsweise fünf Risikogruppen zugeordnet werden. Dadurch könnte auch die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Risikofaktoren berücksichtigt werden. Außerdem sind vereinfachte Zuordnungsvorschriften möglich: So kann beispielsweise festgelegt werden, daß eine starke Cholesterinerhöhung – unabhängig von der Ausprägung der anderen Risikofaktoren – zwingend zu einer Einstufung in der höchsten Risikoklasse führt.<sup>435</sup>

Noch besser geeignet, weil einfacher, erscheint ein Scoring-Modell, das auf der Grundlage von nur noch zwei Risikoklassen, "tolerierbar" und "nicht tolerierbar", Punkte für die Risikofaktoren vergibt, deren Ausprägung im tolerierbaren Bereich liegen. Wechselwirkungen zwischen Risikofaktoren könnten hier dadurch berücksichtigt werden, daß sich beispielsweise die Punktzahl bei Erfüllung aller Kriterien verdoppelt.

3. *Der, beispielsweise mit einer Punktzahl im Rahmen eines Scoring-Modells bewertete, Präventionswert muß in eine einfach nachzuvollziehende Beziehung zum Präventionsniveau gesetzt werden können.*

Dazu werden in erster Linie recht komplexe mathematische Modelle angeboten. Deren Ansatzpunkt ist die Zerlegung eines Versichertenkollektivs hinsichtlich der Ausprägungen bestimmter Risikomerkmale mit dem Ziel, die rechnungsmäßigen Kopfschäden für Teilkollektive mit unterschiedlichem Präventionsniveau zu ermitteln und sie in Relation zum Kopfschadenniveau des Gesamtkollektivs zu setzen. Einem niedrigen Präventionsniveau mit der Folge höherer Kopfschäden könnte dann bei einer verhaltensorientierten Tarifierung mit einem dieser Relation entsprechenden Prämienzuschlag auf den Kopfschaden entsprochen werden. Dieser Prämienzuschlag würde dann bis zur nächsten medizinischen Untersuchung erhoben werden.<sup>436</sup>

Ein derartiges Verfahren weist jedoch folgende Problemfelder auf: Zum einen ist die Umsetzung eines Scoring-Modells in dem oben beschriebenen mathematischen Modell über die Ermittlung der Kopfschäden von Teilkollektiven wegen der notwendigen jährlichen Ex-post-Ermittlung der Kopfschäden administrativ recht aufwendig.

---

435) Vgl. Tschubar (1997), S. 43.

436) Vgl. Schmid-Grotjohann (1995), S. 124.

Zusätzlich erfordert es relativ große Risikokollektive, damit Kopfschadenniveauunterschiede in den einzelnen Teilkollektiven, die nicht aufgrund unterschiedlicher Ausprägung der Risikofaktoren entstehen, durch das Gesetz der großen Zahl nivelliert werden.

Zum anderen könnte eine derartige Form der Ex-post-Prämiendifferenzierung Akzeptanzprobleme beim Kunden aufwerfen, weil das Verfahren durch die Prämienaufschläge relativ stark auf Bestrafung setzt. Hinzu kommt, daß das Verfahren über die Ermittlung der Kopfschäden in Teilkollektiven für den Kunden wenig transparent ist. Dies erschwert durch den fehlenden unmittelbaren Bezug zwischen (potentieller) Erfüllung der Kriterien und seinem Prämienaufschlag dessen Akzeptanz. Diesen Argumenten könnte noch dadurch in einem gewissen Maße begegnet werden, daß statt der Erhebung von Prämienzuschlägen bei Nichterfüllung bestimmter Grenzwerte Beitragsabschläge bei Erfüllung bestimmter Werte gewährt werden. Allerdings ist in diesem Zusammenhang dann zu bedenken, daß Arbeitnehmer wegen der Regelungen zum Arbeitgeberzuschuß vom Prämienabschlag aufgrund einer Erfüllung der vorgegebenen Grenzwerte nur hälftig profitieren. Dies beeinträchtigt möglicherweise den Anreizmechanismus, weil die Prämendifferenz – bezogen auf den Eigenanteil des Versicherten an der Gesamtprämie – im Vergleich zu einem Produkt ohne verhaltensorientierte Prämendifferenzierung zu gering wird. Dieser nivellierende Effekt des Arbeitgeberzuschusses läßt sich unter den heutigen Rahmenbedingungen bei dieser Form der Ex-post-Prämiendifferenzierung nicht vermeiden.

Eine denkbare Alternative wäre es daher, ein Scoring-Modell in einem System mit Beitragsrückerstattung umzusetzen. Innerhalb eines derartigen Modells kann das Erreichen steigender Punktwertintervalle mit der Rückerstattung einer höheren Anzahl von Monatsbeiträgen verbunden werden. Die Beitragsrückerstattung kommt dann ausschließlich dem Arbeitnehmer zugute. Gestufte Bonussysteme zur Belohnung langjähriger Präventionsaktivitäten sind ebenfalls möglich. Ähnliches gilt für Konzepte, bei denen sich der Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus einer Kombination von Leistungsfreiheit und nachweisbaren Präventionsaktivitäten ergibt.

#### **4.2.2.2.3 Marktakzeptanz**

Unterstellt man grundsätzlich zunächst ein gewisses Marktpotential für Produktkonzepte mit verhaltenssteuernden Elementen<sup>437</sup>, so ist vermutlich der Beitragsabstand entsprechender Tarife (z. B. im vorgeschlagenen System mit Beitragsrückerstattung) im Vergleich mit konventionellen Produkten mitbestimmend für den Markterfolg derartiger Krankenversicherungsprodukte. Die Notwendigkeit finanzieller Anreize durch günstige Beiträge ist vor allem vor dem

---

437) Ob dieses Marktpotential tatsächlich besteht und wie groß dieses ist, kann letztlich nur durch Marktforschung ermittelt werden.

Hintergrund plausibel, daß zum Erhalt einer Beitragsrückerstattung nicht nur regelmäßige Kontrolluntersuchungen, sondern auch – möglicherweise gravierende – Änderungen der Lebensgewohnheiten erforderlich sind.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die altersabhängigen ambulanten und stationären Krankheitskosten von Männern und Frauen, so fällt auf, daß die Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Behandlung 28jähriger Frauen fast 2½ mal so hoch sind wie diejenigen gleichaltriger Männer. Mit zunehmendem Alter steigen die Krankheitskosten beider Personengruppen, allerdings für Männer deutlich stärker als für Frauen.<sup>438</sup> Das hohe Niveau der Krankheitskosten für Frauen in jüngeren Jahren wird dabei durch gynäkologische Leistungen (einschließlich der Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt) mitgeprägt.<sup>439</sup> Dagegen beeinflussen beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen, die hier Gegenstand der Erörterung zur verhaltensorientierten Prämiengestaltung waren, die Krankheitskosten vermutlich schwerpunktmäßig in mittleren und älteren Jahrgängen, vor allem auch bei Männern. Daher ist es plausibel, die Höhe der Beitragsrückerstattungen insoweit altersabhängig zu variieren, daß sie mit zunehmendem Alter tendenziell ansteigen. Dies aber würde wiederum bedeuten, daß der Beitragsabstand gegenüber konventionellen Produktgestaltungen gerade in den für die PKV besonders interessanten jüngeren Jahrgängen nicht besonders hoch ausfallen kann. Dieser Effekt würde dann vermutlich eindeutig nachfragehemmend wirken.

Im Ergebnis überwiegt daher eine gewisse Skepsis bei der Beurteilung der Frage, ob Produktkonzepte mit verhaltensorientierter Tarifierung unter heutigen Rahmenbedingungen eine ausreichende Marktdurchdringung erreichen können. Gewisse Absatzchancen sind hier am ehesten intelligenten Modellen mit verhaltensorientierter Beitragsrückerstattung einzuräumen.

---

438) Vgl. PKV-Verband (1997a), S. 43 f.

439) Vgl. PKV-Verband (1998a), S. 55.

### **4.2.2.3 Förderung von Präventionsaktivitäten durch Ausweitung des Dienstleistungsangebots**

#### **4.2.2.3.1 Primärpräventionsbezogene Beratungsleistungen als zentraler Ansatzpunkt**

Vorsorgeaktivitäten der Versicherten können im Dienstleistungsgeschäft durch entsprechende präventionsbezogene Angebote gefördert werden. Dies könnte zum einen mit der Zielsetzung geschehen, die Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen im Risikogeschäft – sei es durch ihre Aufnahme ins Leistungsprogramm oder durch Belohnung individueller Schadenverhütungsmaßnahmen – durch ebenfalls auf die Förderung von Präventionsmaßnahmen abzielende Dienstleistungen zu ergänzen bzw. zu unterstützen. Zum anderen ist aber auch die Etablierung präventionsorientierter Dienstleistungen als eigenständige Marktleistungskategorie möglich.

Insbesondere im Zusammenhang mit entsprechenden Produktgestaltungen im Risikogeschäft sind zum einen Abwicklungsleistungen, wie z. B. die schriftliche oder telefonische Erinnerung des Kunden an die nächste turnusmäßige Zahnprophylaxeuntersuchung, denkbar. Derartige Dienstleistungen sind eng mit dem Versicherungsfall verbunden und unterstützen insoweit die mit der Aufnahme von Vorsorgemaßnahmen in das Leistungsangebot verbundene Zielsetzung einer mittel- bis langfristigen Senkung der Versicherungsleistungen. Dagegen geht von ihnen kein unmittelbarer kostensenkender Einfluß auf das Verhalten des Versicherten vor Eintritt eines Leistungsfalls (also ex ante) aus.

Eine Einflußnahme auf das Ex-ante-Verhalten des Versicherten ist grundsätzlich durch das Angebot von primärpräventivorientierten Beratungsleistungen möglich. Dagegen sind sowohl sekundär- und tertiärpräventive Aktivitäten als auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung als Ansatzpunkte für Beratungsleistungen kaum geeignet. Dies liegt daran, daß zum einen sekundär- und tertiärpräventive Vorsorgeaktivitäten regelmäßig mit ärztlicher Diagnose oder Therapie verbunden sind und sich insoweit auch die theoretisch denkbaren sekundär- und insbesondere tertiärpräventionsorientierte Beratungsleistungen – soweit hier eine Trennung von den Abwicklungsleistungen überhaupt möglich ist – zeitlich und inhaltlich eng am Versicherungsfall (z. B. Beratung nach abgeschlossener Rehabilitationsmaßnahme) orientieren. Derartige Beratungsleistungen wirken als "versicherungsfallnahe" Dienstleistungen damit aber eben nicht auf das Ex-ante-Verhalten des Versicherten. Zum anderen sind Beratungsdienstleistungen zur aktiven Unterstützung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung hier deswegen nicht näher zu betrachten, weil bereits die Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in das Risikogeschäft durch ihre in erster Linie auf die Veränderung sozialer Systeme und nicht auf Verhaltensänderungen des Individuums angelegte Orientierung nicht sinnvoll möglich ist. Dies gilt folgerichtig auch für ergänzende Dienstleistungen.

Der Krankenversicherer könnte nun primärpräventionsorientierte Beratungsleistungen zur Förderung individueller Schadenverhütungsmaßnahmen – gegebenenfalls zusätzlich zu finanziellen Anreizen im Rahmen des Risikogeschäfts – anbieten mit dem Ziel, in der Versicherungsbeziehung mit dem Kunden die Phase "Vertragslaufzeit ohne Schaden"<sup>440</sup> möglichst zu verlängern. Konkrete Ansatzpunkte für primärpräventive Beratungsleistungen sind grundsätzlich die Entstehungsbereiche von Risikofaktoren für bestimmte Krankheitsbilder.

Wie in Abbildung 45 auf S. 193 dargestellt, sind als Entstehungsbereiche vor allem zu nennen:

- persönlicher Lebensstil
- Arbeitswelt
- soziale Umwelt
- ökologische Umwelt.<sup>441</sup>

Diesen Entstehungsbereichen können einzelne Risikofaktoren zugeordnet werden. Bei einer isolierten Betrachtung von Risikofaktoren ist allerdings das Bestehen von Wirkungszusammenhängen zwischen den Risikofaktoren, die zu Kumulationseffekten führen können, zu beachten.

Die Bereiche der Arbeitswelt sowie der sozialen und ökologischen Umwelt zielen in erster Linie auf die Gestaltung sozialer Systeme und weniger auf das Verhalten der Versicherten ab. Angesprochen sind hier also vor allem Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach dem Prinzip der Verhältnisprävention. Wie bereits erörtert, können diese Aktivitäten nicht Gegenstand der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte sein, weil ihr Schwerpunkt nicht auf der Verhaltensbeeinflussung des einzelnen Versicherten liegt.

Ein erfolgversprechender Ansatz für primärpräventive Beratungsleistungen ist daher in erster Linie der persönliche Lebensstil mit den dort genannten Risikofaktoren. So sind beispielsweise für die Vier-Jahreszeiten-Kur, die bei einigen Allgemeinen Ortskrankenkassen (also im Bereich der GKV) zur Beeinflussung des Ernährungsverhaltens eingesetzt wird, nicht nur deutliche Reduzierungen des Körpergewichts belegt. Diese Präventionsmaßnahme wird zudem als "eine wirksame und kostengünstige Strategie zur Beeinflussung des Ernährungsverhaltens großer Bevölkerungsteile" beurteilt.<sup>442</sup>

---

440) Vgl. hierzu Abbildung 2 auf S. 9.

441) Vgl. Eberle (1985), S. 586 (Tabelle 4).

442) Vgl. Pudiel/Westenhöfer (1989), S. 41.



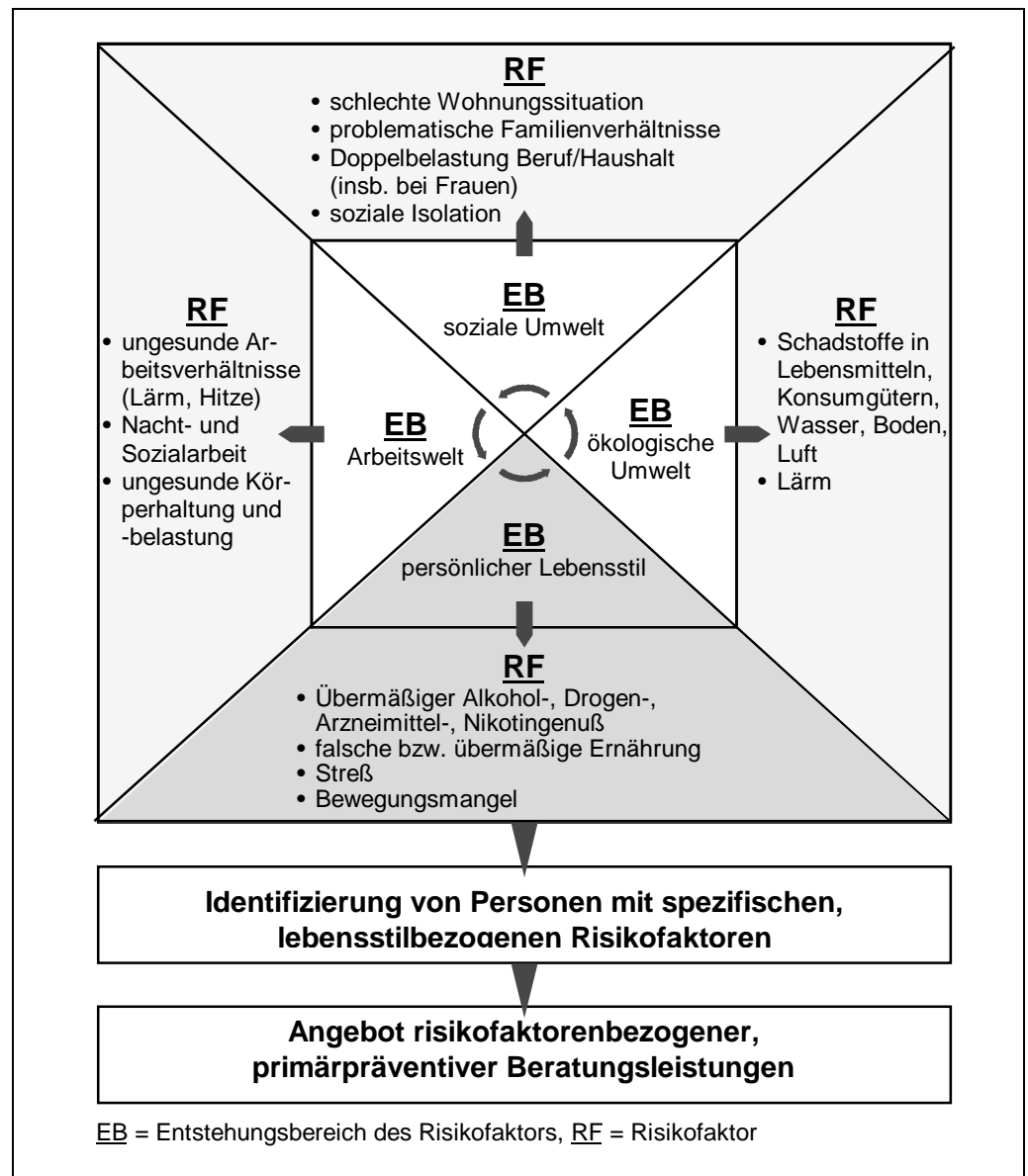


Abbildung 45: Lebensstilbezogene Risikofaktoren als Ansatzpunkt für primärpräventive Beratungsleistungen

Die Vier-Jahreszeiten-Kur basiert auf Beratungsleistungen des Krankenversicherers, die unter Einbeziehung des Kunden im Rahmen eines zweiseitigen Kommunikationsprozesses erbracht werden. Grundlage des Konzepts ist ein individueller, schriftlicher Dialog zwischen Krankenversicherer und Kunde, deren erste Stufe die Erfassung der persönlichen Ernährungsgewohnheiten auf der Grundlage eines – vom Kunden über 7 Tage zu führenden – Ernährungstagebuchs darstellt. Darauf aufbauend werden Ernährungsempfehlungen unter Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse und Lebensumstände des Versicherten erarbeitet und schriftlich kommuniziert, begleitet durch die Möglichkeit,

offene Fragen in Telefonsprechstunden oder im persönlichen Gespräch in einer AOK-Geschäftsstelle zu klären.<sup>443</sup>

In diesem Zusammenhang wird auch deutlich, daß dieses Modell deutlich über die auf der Grundlage einseitiger Kommunikationsbeziehung – von nahezu allen gesetzlichen Krankenkassen und einigen PKV-Unternehmen – regelmäßig erbrachten "einfachen" Beratungsleistungen durch Zusammenstellung und Versendung<sup>444</sup> von Informationen und Ratschlägen zur Beeinflussung spezifischer Risikofaktoren, wie Übergewicht, Rauchen oder Bewegungsmangel, hinausgeht. Insoweit sind diese einfachen Beratungsleistungen "nur" als Grundstufe und Ausgangsbasis für ein umfassenderes Beratungskonzept anzusehen.

Präventionsbezogene Beratungsleistungen sind – abgesehen von bestimmten "Grundberatungsleistungen" – zielgruppenorientiert auszurichten. Dies ist sinnvoll, weil nicht für alle Versicherten dieselben Risikofaktoren bedeutsam sind. Insofern kommt der Identifizierung von Personen mit entsprechenden Ausprägungen von Risikofaktoren entscheidende Bedeutung zu. Am einfachsten wäre die Bildung von Zielgruppen dann, wenn z. B. im Rahmen einer verhaltensorientierten Prämiendifferenzierung die wesentlichen Risikofaktoren regelmäßig erhoben würden. Nur eine "Second-best-Lösung" ist die Zielgruppenbildung anhand anderer persönlicher Daten, wie z. B. Alter, berufliche Stellung und Krankheitsgeschichte des Versicherten. So haben Alter und berufliche Stellung der versicherten Person den Nachteil, daß sie eben nicht individuell auf vorliegende Risikofaktoren eingehen, während krankheitsbezogene persönliche Daten aus der zurückliegenden Krankheitsgeschichte regelmäßig am bereits "kranken" Menschen ansetzen und insoweit nicht zur Einflußnahme auf das Ex-ante-Verhalten des Versicherten geeignet sind.

#### **4.2.2.3.2 Zur vertraglichen Vereinbarung von primärpräventionsbezogenen Beratungsleistungen**

Die Zielgruppenausrichtung bis hin zur Individualisierung von präventionsbezogenen Beratungsleistungen läßt es nicht sinnvoll erscheinen, diese in den Bedingungswerken genau festzuschreiben. Andernfalls wäre es nämlich notwendig, auf der Grundlage einer exakten Zuordnung von Versicherten zu entsprechenden Beratungsangeboten für die definierten Empfängerkreise spezifische Bedingungswerke mit den jeweils "passenden" Beratungsleistungen zu entwickeln. Dies wiederum hieße, daß – bei identischem Marktleistungsangebot im Risikogeschäft – aufgrund des differenzierten Dienstleistungsteils unterschiedliche Versicherungsprodukte entstünden. Dies erscheint bereits aus Kundensicht we-

---

443) Vgl. zum Ablauf der Vier-Jahreszeiten-Kur ebenda, insbesondere S. 7 f.

444) Neben der Zusendung der Informationen über Kundenzeitungen und Informationsbroschüren werden den Versicherten derartige Beratungsleistungen zukünftig vermutlich verstärkt über neue Medien wie CD-Rom oder über Internet angeboten.

nig sinnvoll, da dies die Transparenz über die angebotenen Produkte beeinträchtigt.

Plausibler ist es, daß private Krankenversicherungsunternehmen präventionsbezogene Beratungsleistungen als Teil einer Differenzierungsstrategie gegenüber Mitbewerbern aus GKV und PKV nutzen, indem sie entsprechende Dienstleistungsangebote als Bezugspunkte zur Aufnahme einer Kommunikationsbeziehung mit dem Kunden nutzen. Dies könnte beispielsweise durch zielgruppenorientierte Zusendung von präventionsbezogenen Informationen oder durch Ausgabe einer Kundenkarte mit Hotline-Nummer, unter der der interessierte Kunde Informationen und Ratschläge erhält, geschehen.<sup>445</sup>

#### **4.2.2.3.3 Marktakzeptanz**

Primärpräventionsbezogene Dienstleistungen dürften insbesondere die Akzeptanz von Kundengruppen finden, die sich zum Abschluß von Tarifen entschlossen haben, die auch im Risikogeschäft Vorsorgeaktivitäten durch entsprechende Anreizmechanismen fördern. So ist es beispielsweise plausibel, daß Kunden in Zahnprophylaxetarifen Abwicklungsleistungen in Form einer Erinnerung an die nächste turnusmäßige Zahnprophylaxeuntersuchung positiv aufnehmen werden. Ähnliches dürfte mit Blick auf Beratungsleistungen für Kunden gelten, deren Versicherungsprämie verhaltensorientiert an der Erfüllung bestimmter Werte bei der Messung spezifischer Risikofaktoren abhängt. Dieser Personenkreis erwartet möglicherweise von seinem Krankenversicherer nicht nur konkrete Informationen und Ratschläge zur Beeinflussung dieser Risikofaktoren, sondern wünscht den Dialog mit ihm im Rahmen eines umfassenden Beratungskonzepts. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Akzeptanz derartiger Dienstleistungen und damit auch ihre potentiell ausgabensenkende Wirkung von der – bisher jedoch kaum erfolgten – Umsetzung bzw. Marktdurchdringung entsprechender Produktgestaltungen im Risikogeschäft abhängt.

Insoweit schneller umsetzbar wären vor diesem Hintergrund primärpräventionsbezogene Dienstleistungen, losgelöst von spezifischen Produktgestaltungen im Risikogeschäft. Ob derartige Leistungen aber von Kunden in klassischen Produktlinien überhaupt nachgefragt werden, ist fraglich. So hat die AXA COLONIA bei einer Befragung von 3.890 Kunden festgestellt, daß Beratungsangebote zu Gesundheitsthemen wie Ernährung eher eine negative Beurteilung der Befragten erfuhren.<sup>446</sup> Insoweit kommt hier konkreten Marktstudien eine

---

445) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 239 f.

446) Vgl. o.V. (1997), S. 3. Positiv bewertet wurden von den Befragten vor allem der kostengünstigere Bezug von Hilfsmitteln (z. B. orthopädische Gehhilfen, Krankenfahrräder) über einen Großhändler mit kostenloser Anlieferung zu ihnen nach Hause und Vor-Ort-Service sowie die Gesprächsvermittlung zwischen Hausarzt und behandelndem Arzt/Krankenhaus am Aufenthaltsort im Ausland.

wichtige Funktion zu, um die "Streuverluste" entsprechender Angebote deutlich zu mindern. Es erscheint daher plausibel, durch regelmäßige Abfrage von Kundenbedürfnissen zur Bildung von Zielgruppen zu kommen, die mit entsprechenden Dienstleistungsangeboten überhaupt erreicht werden können.

### 4.2.3 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

1. Selbstbeteiligungsregelungen führen zu signifikanten Inanspruchnahme-reduzierungen von Gesundheitsgütern und Versicherungsleistungen, die zumindest teilweise auf Verhaltensänderungen der Versicherten vor dem (ex ante) oder im (ex post) Leistungsfall zurückzuführen sind. Diese vom Deckungsgrad des Versicherungsschutzes abhängigen Inanspruchnahmeunterschiede sind immer gegeben, und zwar auch dann, wenn im Zeitablauf keine Änderungsrisiken wirken. Insofern können Selbstbeteiligungsregelungen grundsätzlich dazu beitragen, zum einen bestehende Ausgaben-senkungspotentiale in der privaten Krankenversicherung zu heben und zum anderen zukünftige dynamische Steigerungen der Versicherungsleistungen aufzufangen, soweit diese auf Änderungen des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten im Zeitablauf zurückzuführen sind.
2. Private Krankenversicherungsunternehmen bieten bereits seit Jahrzehnten eine Vielzahl von Tarifen mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungsformen, vor allem auch absolute Abzugsfranchisen mit verschiedenen Selbstbeteiligungshöhen, im Rahmen klassischer leistungsorientierter Produkte an. Insofern nutzt die PKV ihre angebotspolitischen Möglichkeiten, indem sie die verhaltenssteuernde Funktion von Selbstbeteiligungsregelungen auf die Versicherten durch entsprechende Tarifangebote betont.
3. Die Marktakzeptanz höherer absoluter Selbstbeteiligungen ist in den vergangenen Jahren gewachsen. Dieses Wahlverhalten ist allerdings nicht mit einer sich im Zeitablauf zugunsten einer stärker durch Risikofreude gekennzeichneten Einstellung der Entscheidungsträger bei der Absicherung des Krankheitsrisikos zu erklären. Vielmehr stellen insbesondere für selbständige Entscheidungsträger jährliche absolute Abzugsfranchisen bis in Größenordnungen von rund 2.000 bis 3.000 DM jährlich auch bei Ausschöpfung der Selbstbeteiligung die optimale Tarifwahl dar. Versicherungsnehmer mit Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuß bevorzugen nach wie vor Tarife ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung. Dieses Wahlverhalten läßt sich nicht nur mit einer ausgeprägten Risikoaversion erklären. Denn in dieser Zielgruppe führt der Arbeitgeberzuschuß zu Subventionseffekten mit der Konsequenz, daß auch risikoneutrale und sogar risikoliebende Personen ihren Nutzen durch Abschluß eines Tarifes ohne oder mit geringer Selbstbeteiligung erhöhen können. Daraus resultiert – in Kombination mit den an der Höhe des zu zahlenden Beitrags orientierten Vergütungsregelungen für die Absatzorgane – im Verkauf von Krankenversicherungsprodukten häufig

eine gleichgerichtete Interessenlage von Versicherungsnehmer und Vermittler zugunsten von Tarifen mit niedrigen Selbstbeteiligungshöhen.

4. Elementar- und Grundschutztarifen ist es in der jüngeren Vergangenheit gelungen, durch Kombination von quantitativen und qualitativen Begrenzungen des Versicherungsschutzes bei gleichzeitigem Verzicht auf höhere absolute Abzugsfranchisen Marktpotentiale zu gewinnen. Offen ist, ob die im Vergleich zu den bestehenden klassischen Produktkonzepten teilweise sehr deutlichen Beitragsunterschiede, die nicht ausschließlich auf Leistungsunterschieden, sondern auch auf Risikoselektionseffekten beruhen dürften, mittel- bis langfristig gehalten werden können.
5. Die Förderung von primärpräventionsbezogenen Aktivitäten der Versicherten erscheint grundsätzlich geeignet, das Ex-ante-Verhalten des Versicherten zu beeinflussen und damit auf die Schadeneintrittswahrscheinlichkeiten und Schadenhöhen von Krankheitsfällen einzuwirken. Vor allem aufgrund der im Vergleich zu den Kosten zeitlich meist erheblich verzögert anfallenden Erträgen der Präventionsaktivitäten sind eindeutige Kosten-Nutzen-Analysen schwer zu führen. Daher sollten die schadenmindernden Auswirkungen derartiger Vorsorgemaßnahmen und damit einhergehende beitragsenkende Effekte nicht überschätzt werden. Soweit für Einzelmaßnahmen ausreichend evaluierte Kosten-Nutzen-Analysen vorliegen, stehen dem Krankenversicherer zur angebotspolitischen Umsetzung im Risikogeschäft zwei wesentliche Elemente zur Verfügung: die Ausweitung des Leistungsprogramms um versicherungsfinanzierte Vorsorgemaßnahmen und die Prämien differenzierung durch verhaltensorientierte Tarifgestaltung.
6. Problematisch bei der Marktakzeptanz von versicherungsfinanzierten Vorsorgemaßnahmen, wie z. B. Zahnprophylaxetarifen, ist die notwendige Berücksichtigung der Vorsorgeaktivitäten als Versicherungsfall in der Beitragskalkulation. Denn hieraus resultieren beitrags erhöhende Effekte. Dem stehen zwar beitragsenkende Auswirkungen durch verminderte Eintrittswahrscheinlichkeiten und -höhen für den "originären" Versicherungsfall (außerhalb der versicherungsfinanzierten Vorsorgemaßnahmen) gegenüber. Zieht man allerdings zusätzlich in Betracht, daß in der Regel Verhaltensänderungen der Versicherten notwendig sind, um von versicherungsfinanzierten Vorsorgemaßnahmen voll zu profitieren, so bieten präventionsorientierte Produktangebote im Vergleich zu klassischen leistungsorientierten Produktkonzepten gegebenenfalls nur unzureichende Prämienanreize. Eventuelle Prämienvorteile werden darüber hinaus für die Zielgruppe der Arbeitnehmer durch den Arbeitgeberzuschuß nivelliert. Daher erscheint hinsichtlich der möglichen Marktdurchdringung entsprechender Produktgestaltungen eine gewisse Skepsis angebracht.
7. Konkrete Anhaltspunkte für verhaltensorientierte Tarifgestaltungen bieten Risikofaktorenkonzepte für bestimmte Krankheitsbilder. Entsprechende Konzepte erscheinen heute, z. B. als Scoringmodell zur Bewertung der re-

regelmäßig durchzuführenden Erhebung der Risikofaktoren in Verbindung mit verhaltensorientierten Beitragsrückerstattungssystemen, kostenmäßig akzeptabel und praktisch grundsätzlich durchführbar. Problematisch ist allerdings vor dem Hintergrund notwendiger Änderungen der Lebensgewohnheiten und regelmäßiger Überprüfungen der Risikofaktoren auch hier ein möglicherweise subjektiv als zu gering empfundener Beitragsabstand gegenüber klassischen leistungsorientierten Produkten, vor allem bei der für die PKV interessanten jüngeren Klientel. Dieser Sachverhalt wirkt vermutlich nachfragehemmend.

8. Die Förderung von individuellen, vom Versicherten finanzierten Präventionsaktivitäten kann der Krankenversicherer im Dienstleistungsgeschäft insbesondere durch primärpräventionsbezogene Beratungsleistungen unterstützen. Ansatzpunkt könnte in erster Linie der persönliche Lebensstil des Versicherten als Entstehungsbereich entsprechender Risikofaktoren (z. B. übermäßiger Alkohol-, Drogen-, Arzneimittel- oder Nikotingenuß, falsche bzw. übermäßige Ernährung, Streß oder Bewegungsmangel) sein. Notwendig zur Erreichung eines ausgabensenkenden Einflusses auf das Ex-ante-Verhalten des Versicherten erscheint eine zielgruppenorientierte Ausrichtung der Beratungsleistungen. Für die dafür erforderliche Zielgruppenbildung könnte auf die z. B. im Rahmen einer verhaltensorientierten Tarifgestaltung erhobenen Risikofaktoren zurückgegriffen werden.
9. Insgesamt erscheint es fraglich, ob Produktgestaltungen mit beim Versicherungsnehmer ansetzenden strukturorientierten Instrumenten ausreichen, zukünftig Marktpotentiale zugunsten der PKV auszuschöpfen. Dies hat u. a. folgende Gründe: So sind Selbstbeteiligungsregelungen zwar grundsätzlich geeignet, bereits heute bestehende Ausgabensenkungspotentiale auszuschöpfen und zukünftige Steigerungen der Versicherungsleistungen zu begrenzen. Allerdings ist die Marktakzeptanz dieser Produktkonzepte – u. a. mitverursacht durch gesetzliche Rahmenbedingungen – zumindest in bestimmten Zielgruppen begrenzt. Die Marktakzeptanz möglicher angebotspolitischer Maßnahmen zur Förderung von Vorsorgeaktivitäten könnte dagegen in erster Linie deshalb hinter den Erwartungen zurückbleiben, weil die durch entsprechende Aktivitäten realisierbaren Ausgaben- und damit auch Beitragssenkungspotentiale möglicherweise aus Sicht der Nachfrager zu gering sind. Aus Sicht der privaten Krankenversicherungsunternehmen sind daher die Realisierung von Ausgabensenkungspotentialen und die Begrenzung zukünftiger Steigerungen der Versicherungsleistungen durch eine Einflußnahme der PKV auf die Leistungserbringerseite eingehend zu prüfen.

- 5 Instrumente zur Einflußnahme auf die Risikoursachenkomplexe und ihre Umsetzung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte – Ansatzpunkt Leistungserbringer**
- 5.1 Leistungserbringerorientierte Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung**
- 5.1.1 Auswahl und Honorierung der Leistungserbringer als strukturorientierte Kerninstrumente**
- 5.1.1.1 Auswahl von Leistungserbringern als Grundlage für die Steuerung des Leistungsgeschehens durch Managed-Care-Organisationen**

In einer Managed Care Organization (MCO's) bestehen regelmäßig institutionelle Verknüpfungen bzw. vertragliche Beziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern. Dadurch bauen MCO's Netzwerke von Leistungserbringern auf, die sie nach Kosten- und Qualitätskriterien selektieren.

Der Aufbau eines Netzwerkes mit ausgewählten Leistungserbringern ist die Basis einer allen MCO's immanenten Steuerung des Leistungsprozesses. Die Intensität der Steuerung des Leistungsgeschehens über die Leistungserbringer durch eine MCO ist in den verschiedenen Organisationsformen von Managed Care unterschiedlich hoch. Sie hängt vor allem von der Stärke der organisatorischen und vertraglichen Bindung der ausgewählten Leistungserbringer an die MCO ab.

Die zahlreichen Organisationsformen von Managed Care, die sich in der Praxis entwickelt haben, lassen sich dabei regelmäßig einer der beiden Grundtypen, der Health Maintenance Organization (HMO) oder der Preferred Provider Organization (PPO), zuordnen.<sup>447</sup>

Kern aller HMO-Modelle, deren Ursprung Anfang der 70er Jahre liegt, ist neben der Übernahme der Versicherungsfunktion der (mehr oder weniger) starke Eingriff der HMO in den Behandlungsprozeß über die ausgewählten Leistungserbringer. Dadurch werden die medizinische Leistungserbringung und deren Finanzierung unter eine gemeinsame Verantwortung gebracht. Teilweise erbringen HMO's ihre gegenüber den Versicherten vertraglich zugesagten Leistungen selbst und stellen zu diesem Zweck Ärzte an (Staff Model HMO). In diesem Fall

---

447) Zu den nachfolgenden Ausführungen über die Organisationsformen von Managed Care und deren Zuordnung vgl. u. a. die Darstellungen bei Baumann/Stock (1996), S. 58 ff.; Hildebrandt u. a. (1995), S. 722 ff.; Kayser/Schwefing (1998), S. 53 ff.; Neuffer (1997), S. 146 ff.; Sigma (1998), S. 21 ff.

kommt es aufgrund der arbeitsrechtlichen Bindung der Leistungserbringer als Angestellte der HMO zu einer institutionellen Integration von versicherungs- und leistungserbringertypischen Funktionen mit vergleichsweise umfassenden Eingriffsmöglichkeiten in Art und Umfang der Leistungserbringung. Andere HMO's treten in vertragliche Beziehungen mit einzelnen, rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Leistungserbringern (Direct Contract Model) bzw. mit Gruppenpraxen (Group- und Network Model) oder schließen Verträge mit einer Gruppe unabhängiger Leistungserbringer (IPA Model)<sup>448</sup>. Dem gegenüber einer Staff Model HMO niedrigeren Grad der organisatorischen Einbindung der Leistungserbringer in diesen HMO-Formen entspricht dann eine entsprechend geringere Steuerungsintensität der MCO. Denn die Steuerung kann hier "nur" durch vertragliche Vereinbarungen über Art und Umfang der Leistungserbringung sowie über Maßnahmen der Ausgabendämpfung und Qualitätssicherung erfolgen.

Die niedrigste Steuerungsintensität wird den in den 80er Jahren entstandenen PPO's zugesprochen, bei denen historisch die Vereinbarung von Versorgungsverträgen zu rabattierten Leistungsentgelten mit einer Gruppe von Leistungserbringern im Sinne eines Einkaufsmodells im Vordergrund stand und nicht wie bei den HMO's die Steuerung des Leistungsgeschehens. Mit der Zeit entwickelten sich aber auch in den PPO's sowohl Mechanismen zur Selektion der Leistungserbringer als auch zur Qualitäts- und Kostenkontrolle.

Die neueste Variante von Managed Care stellen die sog. Point-of-Service-Pläne (POS-Pläne) dar. POS-Pläne – zuweilen auch als offene HMO bezeichnet – kombinieren Elemente von HMO's mit Eigenschaften traditioneller Krankenversicherung. Sie ermöglichen es dem Versicherten – zusätzlich zu den von ausgewählten Leistungserbringern erbrachten Leistungen innerhalb der MCO – gegen erhöhte Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen auch die Behandlung durch nicht der MCO angeschlossene Leistungserbringer. Diese zusätzliche Entscheidungsalternative wird von den Versicherten offensichtlich sehr hoch eingeschätzt, da die POS-Pläne zur Zeit das wachstumsstärkste Segment des HMO-Marktes sind. Dennoch nutzen die Versicherten zu 65% bis 85% die innerhalb des POS-Plans angebotenen Leistungen, so daß diese Organisationsform nur eine begrenzte Einschränkung ihrer Steuerungsmöglichkeit hinnehmen muß.

---

448) Hier schließt eine HMO einen Vertrag mit einer "Individual Practice Association". Dies ist eine rechtlich eigenständige Gruppe, in der sich wirtschaftlich unabhängige Haus- und Fachärzte zusammengeschlossen haben.



### 5.1.1.2 Rolle und Bedeutung des Gatekeepers in Leistungserbringernetzwerken

Die Auswahl von Leistungserbringern in MCO's bedeutet auch eine differenzierte Gewichtung bestimmter Arztgruppen für eine kostenoptimierte und zugleich qualitätsgesicherte Versorgung. Insofern sind in MCO's auch Unterschiede hinsichtlich des Beziehungsgeflechts der Leistungserbringer untereinander von Bedeutung. So ist die Funktion des Primärarztes als Gatekeeper der gesamten medizinischen Versorgungskette ein typisches Merkmal<sup>449</sup> der meisten HMO-Formen.

Kennzeichnend für das Gatekeeper-Prinzip in HMO's ist, daß der Versicherte in der medizinischen Versorgung zunächst einen – von ihm selbst für eine bestimmte Zeitspanne gewählten – Primärarzt als erstes Glied der Versorgungskette aufsucht. Der Zugang zu einem Facharzt oder zu einer stationären Behandlung ist, außer in Notfällen, nur nach Überweisung bzw. Einweisung durch den gewählten Primärarzt möglich.<sup>450</sup>

Zielsetzung von Versicherungsmodellen nach dem Gatekeeper-Prinzip sind Ausgabeneinsparungen gegenüber konventionellen Versicherungslösungen bei zugleich in ihrer Qualität gesicherter Gesundheitsversorgung. Diese Ziele sollen erreicht werden durch:<sup>451</sup>

- den ganzheitlichen Überblick des Primärarztes über den Patienten, seine Erkrankungen und Behandlungen sowie seine Lebensumstände und ihre Berücksichtigung bei der Therapie,
- bewußte und systematische Organisation und Koordination der erforderlichen Behandlungen entweder durch eigene Leistungen oder durch Überweisung an einen geeigneten Facharzt bzw. ein geeignetes Krankenhaus.
- Vermeidung des sogenannten Doktor-Hoppings, bei dem der Versicherte bei denselben Beschwerden verschiedene (Fach-)Ärzte aufsucht, ohne daß diese durch die erforderlichen Doppeluntersuchungen teuren Zweitmeinungen zu einer systematischen Entscheidungsfindung genutzt werden.

---

449) Weitere wesentliche Merkmale von HMO's sind die vertragliche Verpflichtung der HMO zur Leistungserbringung gegenüber den Versicherten gemäß eines vereinbarten Leistungskatalogs, die Freiwilligkeit der HMO-Mitgliedschaft des Versicherten, die Kündigung des Versicherungsverhältnisses (gegenüber "schlechten" Risiken) durch die HMO, die von der Leistungsanspruchnahme unabhängige Festlegung des Versicherungsbeitrags sowie die zumindest teilweise Übernahme des finanziellen Risikos durch die HMO bzw. der Anspruch auf Erfolgsbeteiligung der HMO und deren vertraglich gebundenen Leistungserbringer. Vgl. u. a. Baumann/Stock (1996), S. 59.

450) Vgl. ebenda, S. 44 ff.; Neuffer (1997), S. 144 f.

451) Vgl. zum folgenden ebenda.

### 5.1.1.3 Verhaltenssteuerung der Leistungserbringer über Honorarsysteme

Die Bezahlung von Leistungserbringern wird regelmäßig durch Honorarsysteme bestimmt. Basis eines Honorarsystems sind die verwendeten Honorarformen. Als Honorarform werden die Bemessungskriterien bezeichnet, auf denen eine Honorarberechnung durch die Leistungserbringer basiert. Die gebührenmäßige Bewertung der durch die zugrundeliegende Honorarform bestimmten abrechenbaren Leistungen ist der Honorartarif.<sup>452</sup> Ergänzend können in Honorarsystemen verschiedene Formen von Ergebnisbeteiligungen eingesetzt werden.

Honorierungsformen werden grundlegend in retrospektive und prospektive Vergütungsformen unterschieden.<sup>453</sup> Bei retrospektiven Vergütungsformen erfolgt die Entlohnung des Leistungserbringers, nachdem dieser seine Leistung erbracht hat. Die klassische Form der retrospektiven Vergütung ist die Einzelleistungshonorierung. Regelmäßig existieren hier keine Budgetrestriktionen, so daß jede Leistung entlohnt wird. Die Höhe der Vergütung kann entweder von den Leistungserbringern – wie z. B. in den US-amerikanischen "fee-for-service-Systemen" – frei festgesetzt werden, oder der Wert der abrechenbaren Einzelleistungen ist in Gebührenordnungen fest geregelt. Dies ist beispielsweise in der substitutiven privaten Krankenversicherung bei der ambulanten und zahnärztlichen Behandlung sowie im stationären privatärztlichen Leistungsbereich der Fall.

Die retrospektive Honorierung ärztlicher Leistungen hat, wie bereits erläutert, einen erheblichen Einfluß auf die Anreizstrukturen, die auf die Leistungserbringer wirken. Insbesondere ist unumstritten, daß die Möglichkeit der Leistungserbringer zu angebotsinduzierten Mengenausweitungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus (Externes-ex-post-moralisches-Risiko) durch retrospektive Vergütungsformen begünstigt werden.

MCO's versuchen, durch die Definition alternativer Honorierungssysteme Anreize zu kostenbewußten Behandlungsstrategien zu setzen. Dabei bedienen sie sich auch prospektiver Honorierungsformen. Diese pauschalieren die Vergütung der Leistungserbringer und legen sie ex ante fest. Die Pauschalierung der Vergütung kann sich – neben der Wahrnehmung einer Tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsvertrages für ein Festgehalt – auf die versicherte Person (Kopfpauschale) oder auf eine bestimmte Diagnose (Fallpauschale) beziehen.

---

452) Vgl. Schulenburg (1981), S. 67 ff.

453) Vgl. zur folgenden Darstellung der Honorierungsformen und ihrer Anreizwirkungen insbesondere Baumann/Stock (1996), S. 46 ff. sowie zum weitergehenden Studium dieser Thematik u. a. Abholz (1992), S. 18 ff.; derselbe (1992a), S. 43 ff.; Moewes (1994), S. A-1877 ff.; Schwartz u. a. (1995), S. 29 ff.

Bei der Honorierung der Leistungserbringer auf Basis von Kopfpauschalen erhält der Arzt ein festes Entgelt für jeden zu versorgenden Versicherten. Voraussetzung für diese Vergütungsform ist, daß sich Versicherte im Rahmen eines Gatekeeper-Modells für eine bestimmte Zeitdauer fest bei einem Arzt einschreiben. Im Gegenzug verpflichtet sich der Arzt zur Erbringung aller im Rahmen eines im voraus definierten Leistungsumfangs notwendigen Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen. Fallpauschalen werden vorab für Leistungen im Rahmen einer bestimmten Diagnose vereinbart und in erster Linie bei standardisierten, gut abgrenzbaren Leistungskomplexen, vorzugsweise in der stationären Heilbehandlung, eingesetzt.

Die kostendämpfenden Anreize bei Kopf- und Fallpauschalen sind identisch: Die ex ante festgelegte Vergütung setzt einen Ausgabenrahmen als Maßstab, der die ausgabenbewußte Behandlungsstrategie des Leistungserbringers dadurch fördert, daß er bei Überschreiten der Pauschale ein Verlustrisiko für den Leistungserbringer birgt. Dem steht allerdings auch eine Gewinnchance bei Unterschreitung des Ausgabenrahmens gegenüber.

Zur Feinsteuerung des Honorierungssystems und zur Verstärkung der durch die gewählten, meist prospektiven Honorierungsformen, gesetzten Anreize verwenden viele MCO's zusätzliche Ergebnisbeteiligungssysteme, so daß die an sie gebundenen Leistungserbringer am entstandenen Gewinn bzw. Verlust partizipieren.

#### **5.1.1.4 Bewertung**

##### **5.1.1.4.1 Selektion auf der Leistungserbringerseite**

Eine Bewertung der Selektionswirkungen auf der Leistungserbringerseite auf die Inanspruchnahme und Kosten von Heilbehandlungsmaßnahmen ist zunächst bereits deshalb schwierig, weil die Auswahl der Leistungserbringer regelmäßig "nur" ein Einzelmerkmal innerhalb eines komplexen Steuerungsinstrumentariums von Managed Care ist. Daher können nachgewiesene Kosteneinsparungen für MCO's grundsätzlich nur schwer bestimmten Einzelmerkmalen zugewiesen werden. Vor dem Hintergrund dieser problematischen Zurechnung von Ausgabeneinsparungen auf Einzelmerkmale sind letztlich alle Untersuchungen zu alternativen Versicherungsmodellen zu sehen.<sup>454</sup>

Dennoch liegt es nahe, Ausgabeneinsparungen in MCO's zum Teil auf die Selektion effizient arbeitender Leistungserbringer zurückzuführen, weil diese – bei definierter Qualität der Leistungserbringung – allein durch ihre Art der

---

454) Daneben beschränken sich derartige Studien meist auf die Kostenebene, während Instrumente zur Erfassung und Verbesserung der Versorgungsqualität erst noch erarbeitet werden müssen. Vgl. Roos (1997), S. 5, der auf diesen Aspekt bei der Bewertung schweizerischer Hausarztmodelle hinweist.

Behandlung weniger Ausgaben verursachen als "schlechte" Leistungserbringer. Insofern sind erzielte Ausgabenreduktionen dann auf Selektionseffekte im Sinne einer "Positivauswahl" auf Seiten der Leistungserbringer zurückzuführen.<sup>455</sup>

In diesem Zusammenhang sind auch die gruppenspezifischen Effekte, die einen starken Willen zur Erreichung von Leistungs- und Effizienzzielen innerhalb einer Gruppe erzeugen, zu sehen. Teilweise werden diese Gruppenprozesse als entscheidende Stärke einer MCO betrachtet.<sup>456</sup> Kritisch ist allerdings zu hinterfragen, ob ein intensiver interaktiver Prozeß, der letztlich darauf beruht, daß eine Anzahl "vorbildlich" arbeitender Leistungserbringer einen gewissen Gruppendruck ausübt, auch bei größeren Gruppen oder loserer Organisationsformen noch Wirkungen zeigt.<sup>457</sup>

Umgekehrt ist auch eine Negativselektion bei den Leistungserbringern grundsätzlich denkbar. Dies liegt zum einen daran, daß die Auswahl geeigneter Ärzte mit Schwierigkeiten verbunden ist, da Behandlungsprofile (Therapie-, Verschreibungs- und Erfolgsprofile) von Leistungserbringern nur begrenzt verfügbar und oftmals nicht vergleichbar sind.<sup>458</sup> Zum anderen erscheint es durchaus plausibel, daß gerade "gute" Ärzte, die über einen ausreichenden Kundenstamm verfügen, möglicherweise wenig Anreize sehen, sich einem Leistungserbringernetz anzuschließen. Denn regelmäßig werden sie hier, im Gegenzug für die Zuführung von Patienten einer MCO, nicht nur einen – mehr oder weniger starken – Eingriff in den medizinischen Leistungsprozeß "erdulden" müssen, sondern üblicherweise über entsprechende Honorierungsformen auch Entgeltabschläge zu tragen haben.

Im Ergebnis ist die Selektion der ausgewählter Leistungserbringer ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Errechnung von Ausgaben- und Qualitätsvorteilen von MCO's. "Gute" im Sinne von effizient arbeitende Leistungserbringer zu gewinnen, erfordert neben der Akzeptanz des Managed-Care-Konzepts durch die Leistungserbringer auch finanzielle Anreize.<sup>459</sup> Hier wird dann besonders deutlich, daß zwischen der Auswahl von Leistungserbringern und deren Honorierung enge Beziehungen bestehen.

---

455) Zum möglichen Beitrag dieses Effekts an den Kosteneinsparungen im Hausarztmodell des schweizerischen Pioniermodells WintiMed vgl. ebenda.

456) Vgl. Beerli u. a. (1996), S. 527. Dort werden diese Gruppenprozesse, die besonders durch offene Kommunikation und Kooperation der beteiligten Leistungserbringer, kritisches Hinterfragen der Qualität und Einbeziehung der Kostenfrage in medizinische Entscheidungs- und Handlungsprozesse gekennzeichnet sind, für eine im Vergleich zu amerikanischen Strukturen vergleichsweise kleine schweizerische MCO beschrieben.

457) Vgl. ebenda.

458) Vgl. Neuffer (1997), S. 129.

459) Daneben könnte die Zuführung zusätzlicher Kunden durch eine MCO den Leistungserbringer veranlassen, eine vertragliche Bindung zu einer MCO einzugehen.

#### 5.1.1.4.2 Gatekeeper-Prinzip

Zu den isolierten Einsparpotentialen<sup>460</sup> mit Hilfe des Gatekeeper-Prinzips liegt eine – allerdings auf einem nur kurzen Untersuchungszeitraum von einem Jahr basierende – Studie von Moore<sup>461</sup> vor. Diese Untersuchung basiert auf einem Vergleich einer Managed-Care-Organisation mit Gatekeeper und einer konventionellen Versicherung mit denselben Leistungen.

Die Studie legt nahe, daß mit dem Gatekeeper-Prinzip in erster Linie im ambulanten Bereich Ausgaben senkungen durch eine signifikante Reduktion der Facharztbesuche erzielt werden können.<sup>462</sup> Im ambulanten allgemeinärztlichen Bereich sind hingegen keine signifikanten Unterschiede festgestellt worden. Vielmehr liegt die Zahl der Primärarztbesuche bei Einschaltung eines Gatekeepers sogar leicht über denen in konventionellen Modellen. Hier liegt die Vermutung nahe, daß Ausgabenreduktionen im fachärztlichen Bereich durch ambulante allgemeinärztliche Behandlungsformen substituiert werden.

In diesen Zusammenhang sind dann auch Auswertungen von HMO's einzuordnen, die für die ambulanten Kosten in HMO's ein widersprüchliches Bild mit teilweise niedrigeren, aber auch zum Teil höheren ambulanten Ausgaben gegenüber konventionellen Versicherungsmodellen zeichnen. Die Gefahr höherer ambulanter Ausgaben ergibt sich, neben der Substitution stationärer durch ambulante Behandlungsformen, vor allem dadurch, daß in Hausarztmodellen im Normalfall zwei Arztbesuche – im Versicherungsmodell ohne Gatekeeper dagegen nur einer – anfallen und zwar auch dann, wenn bereits der versicherte Patient die Notwendigkeit einer fachärztlichen Behandlung erkennt.<sup>463</sup>

Im stationären Bereich hat das Gatekeeper-Prinzip nach der Studie von Moore keinen signifikanten ausgaben senkenden Einfluß. Ausgabenreduktionen im stationären Bereich bei MCO's wären demnach auf andere Einflußfaktoren, wie z. B. die gezielte Auswahl effizient arbeitender Ärzte und Spezialisten, die Art deren Ergebnisbeteiligung, die genaue Prüfung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen oder spezielle Absprachen der MCO mit bestimmten Krankenhäusern zurückzuführen.<sup>464</sup>

---

460) Neben der ausgabendämpfenden Wirkung auf ambulante Spezialleistungen dürfen qualitative Vorteile des Gatekeeper-Prinzips nicht übersehen werden. Als solche plausibel, aber schwer zu belegen, sind etwa die durch die Konzentration der Information beim Gatekeeper mögliche Ganzheitlichkeit der Behandlung, die damit verbundene andere Rolle des Arztes für den Patienten oder die Möglichkeit, der allgemeinmedizinischen Tätigkeit ein neues Profil zu geben. Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 85.

461) Moore u. a. (1983), S. 1400 ff. Soweit bekannt, ist diese Studie die einzige, die sich mit den isolierten Wirkungen des Gatekeeper-Prinzips beschäftigt. Zur Interpretation der Untersuchungsergebnisse vgl. ebenda, S. 84 f.

462) So lagen die Facharztbesuche um 29% und die Kosten für Heilbehandlungen durch Fachärzte um 19% niedriger als in der Vergleichsgruppe ohne Gatekeeper.

463) Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 78 ff.

464) Vgl. ebenda, S. 85.

Im Ergebnis erscheint es plausibel, daß durch die Ausweitung des ambulanten allgemeinärztlichen zulasten des ambulanten fachärztlichen Leistungsbereichs mittels eines den gesamten Behandlungsprozeß steuernden Gatekeepers Ausgaben- und Qualitätsvorteile realisiert werden können. Die erfolgskritische Doppelbehandlung, zuerst durch den Allgemeinarzt (Gatekeeper) und dann durch den Facharzt, läßt allerdings die sofortige Zugangsmöglichkeit zu Fachärzten bei spezifischen Symptomen empfehlenswert erscheinen.

### 5.1.1.4.3 Alternative Honorarsysteme

Wesentlicher Vorteil pauschalierter Honorierungsformen ist der fehlende Anreiz der Leistungserbringer zur Mengenausweitung durch Erhöhung der Anzahl abrechenbarer Einzelleistungen. Während für den Arzt bei retrospektiven Vergütungsformen wie der Einzelleistungsvergütung bislang medizinische Möglichkeiten, Patientenerwartungen und eigene betriebswirtschaftliche Zielsetzungen im Vordergrund standen, verleihen prospektive Entgeltsysteme den ökonomischen Aspekten einer Behandlung mehr Nachdruck.<sup>465</sup> Insofern setzt die Ex-ante-Pauschalierung der Vergütung im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung keine Anreize beim Leistungserbringer zur Ausweitung der Anzahl der Einzelleistungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus.

Allerdings ergeben sich aus der Anwendung alternativer Honorierungsformen auch Problemfelder: Stellt z. B. das Gehalt bei angestellten Ärzten deren einzige Einkommenskomponente dar, ergeben sich einerseits zwar keine Anreize zur unnötigen Ausdehnung des Leistungsvolumens, andererseits besteht aber auch kein finanzieller Anreiz zur sorgfältigen und kostenbewußten Behandlung. Daher bietet sich hier eine Kombination aus Festgehältern und Bonussystemen an.

Bei der Honorierung auf Basis von Kopfpauschalen besteht vor allem die Gefahr des Leistungsabbaus durch den Leistungserbringer mit der Folge systematischer Unterversorgung der Patienten. Dies liegt zum einen daran, daß der Leistungserbringer bei der Pro-Kopf-Vergütung einen Anreiz zur Ausweitung seiner Patientenzahlen hat. Dies kann in der Folge mit einer sinkenden Konzentration auf den einzelnen Behandlungsfall einhergehen. Zum anderen ist er bestrebt, die Behandlungszeit und den Behandlungsaufwand je Patient zu minimieren, da jede zusätzliche Aktivität sein Einkommen unverändert läßt.<sup>466</sup> MCO's versuchen, diesem negativen Anreiz konsequente Qualitäts- bzw. Servicekontrollen entgegenzusetzen.<sup>467</sup>

---

465) Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 129.

466) Im Zusammenhang mit diesem negativen Anreizmechanismus sind in den USA Schadenersatzprozesse gegen MCO's bzw. deren Ärzte bekanntgeworden, die darauf begründet sind, daß schwerwiegende gesundheitliche Störungen, die teilweise zum Tode des Versicherten führten, deshalb nicht frühzeitig gründlich untersucht und behandelt wurden, weil für den Arzt dazu kein wirtschaftlicher Anreiz bestand. Vgl. hierzu u. a. Pieper (1996), S. 2.

467) Vgl. ebenda; Boetius (1996), S. 38 f.

Die Wirksamkeit von Fallpauschalen hängt dagegen wesentlich vom "richtigen" Honorartarif, also die Bemessung und Festsetzung der Pauschalvergütung für alle mit einer bestimmten Diagnose verbundenen Leistungen, ab. Denn Ausgabeneinsparungen ergeben sich letztlich nur dann, wenn sie für dieselbe Leistung ein geringeres Honorar als im bisherigen System vorsehen.<sup>468</sup>

Die ausgeführten Schwierigkeiten im Zusammenhang mit pauschalierten Honorierungsformen sprechen im Ergebnis nicht grundsätzlich gegen Pauschalhonorare. Dies gilt bereits deshalb, weil die Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung – jedenfalls als alleinige Vergütungsform – erst recht ein wenig erfolgversprechender Weg zur Erzeugung von Einspareffekten darstellt. Die Ausführungen legen jedoch weiterhin nahe, daß die Detailgestaltung eines Honorierungskonzepts ausschlaggebend für das Entstehen positiver Anreizwirkungen auf die Leistungserbringer ist. Folgende Erfolgsfaktoren scheinen in diesem Zusammenhang u. a. von Bedeutung zu sein:<sup>469</sup>

- Festlegung angemessener Honorare. Zu hohe Pauschalvergütungen schöpfen Einsparpotentiale nicht vollständig aus, zu niedrige gefährden die Versorgungsqualität.
- Einbeziehung mehrerer Versorgungssektoren (z. B. den ambulanten und den stationären Bereich) in die Pauschalhonorare. Dies verringert die Gefahr unerwünschter Leistungsverchiebungen zwischen den Sektoren.
- Laufende Durchführung einer begleitenden Qualitätssicherung. Dadurch wird das Risiko, daß unter pauschalierten Honorierungsformen Minimalmedizin auf Kosten der Qualität erfolgt, gesenkt.
- Angemessene Beteiligung der Ärzteschaft an der Entwicklung neuer Honorierungsformen. Dies trägt zur Akzeptanz alternativer Vergütungsmodelle auf der Leistungserbringerseite bei.

---

468) Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 50 f.

469) Vgl. ebenda, S. 130 f.

## 5.1.2 **Einflußnahme auf das Vorgehen der Leistungserbringer bei Diagnostik, Therapie und Pflege als prozeßorientierte Kerninstrumente**

### 5.1.2.1 **Instrumente für die prospektive Entscheidung über Leistungen**

Zentraler Ansatzpunkt bei den Instrumenten zur prospektiven Entscheidung über Leistungen ist der stationäre Bereich, da dieser den größten Ausgabeblock darstellt und damit auch die höchsten Einsparpotentiale verspricht.<sup>470</sup> Ein Instrument, um unnötige Operationen zu identifizieren und zu vermeiden, sind Second-Opinion-Programme.<sup>471</sup> Sie sehen vor, daß bei bestimmten Eingriffen deren Notwendigkeit von einem zweiten Arzt, der von außen kommen kann<sup>472</sup>, oder von einem aus Ärzten zusammengesetzten Zweitmeinungsgremium einer MCO<sup>473</sup>, geprüft wird. Second-Opinion-Programme gibt es sowohl auf fakultativer – dann meist auf Antrag skeptischer Patienten – als auch auf obligatorischer Basis. Obligatorische Zweitmeinungsverfahren unterscheiden sich weiter hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit für den Versicherten. So sind einerseits Verfahren bekannt, bei denen die Versicherten auch nach Einholung der Zweitmeinung in ihrer Entscheidung frei sind, den Eingriff durchführen zu lassen oder nicht.<sup>474</sup> Andererseits wird von Verfahren berichtet, bei denen ein Zweitmeinungsgremium einer MCO über die Notwendigkeit einer stationären Einweisung entscheidet mit der Folge, daß Versicherte bei einem negativen Entscheid verpflichtet werden können, einen Teil der Kosten selbst zu übernehmen.<sup>475</sup>

Instrumente zur prospektiven Entscheidung über Leistungen finden darüber hinaus teilweise auch in der (fachärztlichen) ambulanten Behandlung Anwendung. In diesem Fall stehen sie häufig in Zusammenhang mit Gatekeeper-Modellen, in dem einem Gatekeeper durch eine HMO Entscheidungshilfen in verschiedenen Formen vor einer Überweisung zu Fachärzten bzw. bei Einweisung in Krankenhäuser angeboten werden. Zum größten Teil haben diese Entscheidungshilfen verpflichtenden Charakter nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Patienten.<sup>476</sup>

---

470) Vgl. Neuffer (1997), S. 132 ff.

471) Hintergrund der Second-Opinion-Programme sind Untersuchungen, die in mehreren vergleichbaren Regionen große Unterschiede in den Operationshäufigkeiten fanden. Vgl. z. B. Domenighetti (1989) in Bezug auf den Kanton Tessin in der Schweiz.

472) Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 53.

473) Vgl. Neuffer (1997), S. 133.

474) Vgl. Projektgruppe Zweitmeinung (1997), S. 7.

475) Vgl. Neuffer (1997), S. 133.

476) Vgl. Baumann/Stock (1996), S. 52 f.; Hildebrandt/Domdey (1996), S. 51.



## 5.1.2.2 Instrumente zur begleitenden Steuerung von Leistungsprozessen

### 5.1.2.2.1 Disease Management

Disease Management ist ein ganzheitlicher, systematischer Ansatz zur Koordination und Optimierung des Leistungsgeschehens über den gesamten Krankheitsverlauf und über die Grenzen einzelner Leistungserbringer hinweg.<sup>477</sup> Im Mittelpunkt des Disease-Management-Ansatzes stehen bestimmte Krankheitsbilder, denen durch Auswertung von Krankheitsverläufen standardisiert kosten- und qualitätsoptimierte Therapien zugeordnet werden.<sup>478</sup>

Disease Management baut grundsätzlich auf den theoretischen Grundlagen des Qualitätsmanagements auf. Dabei wird über einen Qualitätskreislauf die Verbesserung von Versorgungsstandards und damit der Versorgungsergebnisse von bestimmten Krankheitsbildern angestrebt.<sup>479</sup> Erster Schritt des in Abbildung 46 auf S. 210 skizzierten Qualitätskreislaufs des Disease Managements ist der Aufbau einer Wissensbasis zum einen über die wirtschaftliche und medizinische Struktur einer Krankheit sowie über die Abhängigkeiten und Eingriffsmöglichkeiten in den einzelnen Phasen einer Erkrankung. Zum anderen ist hier die Segmentierung der Patienten nach unterschiedlichen Schweregraden einer Erkrankung notwendig, um ein darauf abgestimmtes Vorgehen im Behandlungsprozeß zu ermöglichen. Aufbauend darauf können für jeden der Verlaufszustände einer Erkrankung das optimale Behandlungskonzept mit den dazugehörigen Versorgungsstandards (im Sinne von Diagnose- und Therapiestandards) festgelegt werden.

In einem zweiten Schritt werden diese Standards mit dem Ziel einer kosten- und qualitätsoptimierten Leistungserbringung konsequent umgesetzt. Entscheidend ist dabei die Förderung einer aktiven Rolle des Patienten im Disease-Management-Prozeß durch frühzeitige Information, eine abgestimmte Behandlung bei Einbindung unterschiedlicher Leistungserbringer sowie die Gewährleistung eines ständigen Informationsflusses zwischen allen am Prozeß Beteiligten.

Der dritte Schritt, der den Qualitätskreislauf schließt, umfaßt die Messung, Dokumentation und Auswertung von Behandlungsergebnissen im Sinne eines "intelligenten Feedback-Systems", so daß über das Erkennen von Input-Output-Zusammenhängen die definierten Versorgungsstandards weiterentwickelt werden können.

---

477) Vgl. Hildebrandt/Domdey (1996), S. 51; Neuffer (1997), S. 150.

478) Vgl. Geursen (1996), S. 16.

479) Zum Disease-Management-Ansatz und zu den nachfolgenden Ausführungen über den Qualitätskreislauf des Disease Managements vgl. Neuffer (1997), S. 151 ff.

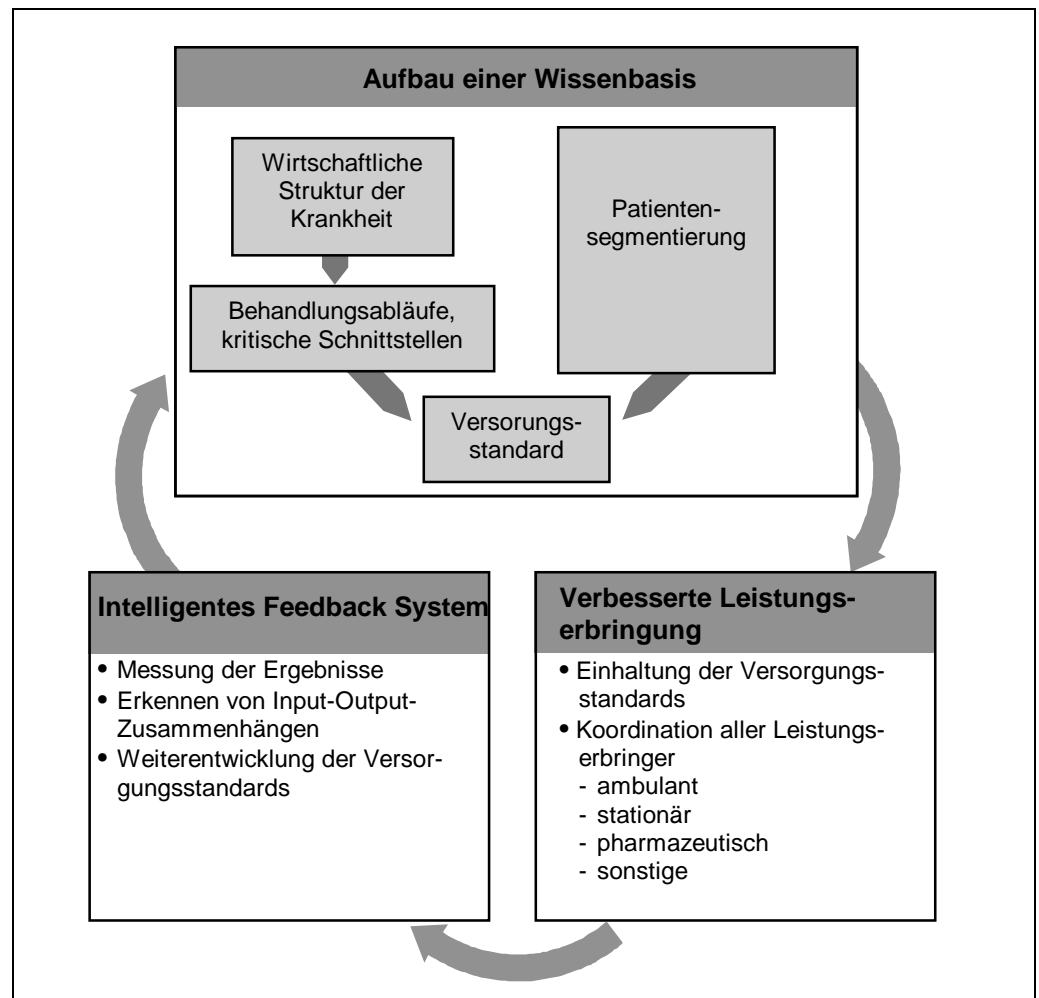


Abbildung 46: Qualitätskreislauf des Disease Managements<sup>480</sup>

Krankheitsbilder, bei deren Behandlung der Disease-Management-Ansatz angewendet wird, sind in erster Linie Asthma, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Krebs, HIV/Aids, Magengeschwüre, Alzheimer, Arthritis, Osteoporose, Depressionen und bestimmte Herz- sowie Lungenkrankheiten.<sup>481</sup> Denn die genannten Krankheitsbilder weisen einige gemeinsame Charakteristika auf, die sie für den Disease Management-Ansatz besonders geeignet erscheinen lassen:<sup>482</sup>

- Der Verlauf der Krankheit ist meist chronisch und damit häufig durch kostenintensive, teilweise stationäre Behandlung gekennzeichnet. Die chronischen Krankheitsbilder weisen daher grundsätzlich ein Einsparpotential zur Vermeidung kostenintensiver und patientenbelastender Akuteinweisungen

480) In Anlehnung an Neuffer (1997), S. 153.

481) Vgl. Neuffer (1997), S. 157 sowie Lauterbach (1997), S. 171 f., jeweils mit weiteren Literaturhinweisen.

482) Vgl. Neuffer (1997), S. 156 f.

ins Krankenhaus bzw. zur Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungsformen auf.

- Die Krankheitsbilder sind relativ weit verbreitet, so daß auch in ausreichendem Maße Patienten-, Behandlungs- und Outcome-Daten verfügbar sind oder zukünftig erhoben werden können. Durch ihr regelmäßiges Auftreten sind sie darüber hinaus beim einzelnen Patienten gut über die Zeit beobacht- und steuerbar.
- Es existieren regelmäßig Versorgungsstandards mit Behandlungsabläufen und -maßnahmen, die – unter Beteiligung des Patienten – eine frühe Intervention auf den Verlauf einer Krankheit ermöglichen.
- Bei den genannten Krankheitsbildern herrscht häufig Unzufriedenheit mit der bisher praktizierten Art der Behandlung (schlechte Koordination der meist zahlreich beteiligten Leistungserbringer) bzw. mit den erzielten Behandlungsergebnissen (schlechte Lebensqualität des Patienten).

#### 5.1.2.2.2 Case Management

Case Management bedeutet Koordinierung und Optimierung des therapeutischen Prozesses durch umfassende Betreuung und Organisation von Therapie, Pflege sowie Umfeld des Versicherten. Es basiert auf den gleichen prozeßorientierten Werkzeugen und Konzepten wie das Disease Management. Im Gegensatz zum Disease Management, das einen Schwerpunkt auf die differenzierte Betrachtung einzelner Krankheitsbilder setzt, steht beim Case Management die konkrete fallbezogene Koordination und Steuerung des Versorgungsablaufs und damit der Patient selbst im Mittelpunkt.<sup>483</sup>

Ein klassisches Einsatzfeld für Case Management ist die Hebung von Qualitäts- und Kostenvorteilen durch Substitution der stationären Versorgung durch ambulante Behandlung bzw. beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Typische Anwendungsfälle für Case Management sind Operationen mit lang andauernden Rekonvaleszenzzeiten (z. B. Transplantationen), tödliche Krankheiten im Endstadium (z. B. Krebs, Aids) sowie Krankheiten oder Unfälle, die zu langen Liege- und Pflegezeiten führen (Rückenmarks- und Kopfverletzungen, Herzerkrankungen, Schlaganfälle).<sup>484</sup> Dabei wird zur Planung, Koordination und Steuerung des Versorgungsprozesses ein Case Manager tätig, der im Idealfall als Mittler zwischen dem fallbezogenen Versorgungsbedarf des Versicherten auf der einen Seite und einer wirtschaftlichen, aber dennoch qualitativ hochwertigen Versorgung auf der anderen Seite auftritt.<sup>485</sup>

---

483) Vgl. Boetius (1996), S. 27; Meierjürgen (1997), S. 18 mit weiteren Literaturhinweisen.

484) Vgl. Boetius (1996), S. 28; Neuffer (1997), S. 136.

485) Vgl. Meierjürgen (1998), S. 19.

Ein optimaler Case-Management-Prozeß besteht aus mehreren Phasen und beinhaltet u. a. folgende wesentliche Aktivitäten<sup>486</sup>: Für die Einleitung eines erfolgreichen Case-Management-Prozesses ist zunächst eine möglichst frühzeitige Identifizierung potentieller Case-Management-Fälle erforderlich. Dabei können systematische EDV-Analysen von versichertenbezogenen Leistungsdaten wesentlich dazu beitragen, zeitnah entsprechende Fälle zu erkennen. Im Rahmen eines Assessmentprozesses wird dann die Gesamtsituation des Patienten im Hinblick auf den Bedarf einer Case-Management-Maßnahme ermittelt sowie die Fähigkeit und Motivation des Versicherten zu der Maßnahme analysiert. Diese Beurteilungsphase schließt mit einer in Abstimmung mit dem Patienten und den behandelnden Ärzten zu fällenden Entscheidung ab, ob eine Case-Management-Maßnahme eingeleitet werden soll oder nicht. Darauf aufbauend plant der Case Manager den konkreten Ablauf der Maßnahme, wobei in den Case-Management-Plan sowohl professionelle Dienste und Leistungen als auch Hilfen des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds eingebunden werden. In der "Implementierungsphase" werden die geplanten Maßnahmen konkret durchgeführt. Dabei überprüft der Case Manager das fachliche und zeitliche Zusammenspiel der Leistungen, sorgt für den Informationsaustausch aller am Prozeß Beteiligten und ändert bei Bedarf den Case-Management-Plan. Idealerweise bereits zum Ende dieser Phase werden gezielte Maßnahmen zur Nachsorge geplant und vorbereitet, um den Erfolg der Maßnahme sicherzustellen. Fallabschließend ist eine systematische Evaluation und Dokumentation mit dem Ziel der Qualitätssicherung notwendig. Dazu gehören u. a. die Auswertung von Entlassungsberichten und die Durchführung von Patientenbefragungen.

Zur Unterstützung eines qualitäts- und kostenoptimierten Fallmanagements sind von den Kostenträgern regelmäßig weitere administrative und organisatorische Voraussetzungen zu schaffen. Dazu gehören u. a. Maßnahmen, wie z. B.

- standardisierte Informations- und Beratungsinstrumente,
- qualifizierte Antrags- und Begutachtungsanleitungen,
- Aufbau gezielter interner und externer Informations- und Kommunikationsstrukturen einschließlich geeigneter EDV-Infrastrukturen sowie
- Entwicklung von Behandlungsleitlinien, z. B. für chronische Erkrankungen oder typische Rehabilitationsfälle.<sup>487</sup>

---

486) Zum nachfolgend skizzierten Phasenmodell des Case Managements vgl. ebenda, S. 21 ff. mit weiteren Literaturhinweisen.

487) Vgl. ebenda, S. 19 f.

### **5.1.2.3 Instrumente zur Information und Kommunikation über das Leistungsgeschehen**

Herkömmliche Informationssysteme im Krankenversicherungsbereich – meist unter Nutzung von Versichertenkarten – beschränken sich regelmäßig auf persönliche Daten einschließlich Informationen zum Versicherungsschutz. Sie haben insoweit in erster Linie eine Identifikationsfunktion.<sup>488</sup> Informationssysteme im Rahmen von Managed Care gehen über diesen Ansatz hinaus, indem MCO's über die am System beteiligten Leistungserbringer und Versicherten ein über die Erfassung von persönlichen Daten hinausgehendes umfassendes Informationssystem aufbaut. Denn eine entscheidende Voraussetzung für die zielgerichtete Steuerung von Behandlungsprozessen durch eine MCO ist eine solide Datenbasis, die eine patienten-, krankheitsbild- und arztbezogene Auswertung der Daten erlaubt. Bezogen auf die Einflußnahme des Kostenträgers auf den Leistungsprozeß spielen insbesondere die patienten- und die krankheitsbildspezifischen Auswertungen von Daten eine Rolle. So ist es zur Sicherung eines Qualitätskreislaufs (z. B. zum Disease Management) für den Kostenträger wichtig, eine Datenbasis über die Zusammenhänge zwischen Diagnose, erbrachten Leistungen und Behandlungsergebnissen zu erstellen und auszuwerten. Auch erlauben es derartige Auswertungen, mit konkreten Behandlungsvorschlägen auf bestimmte Risikogruppen unter den Versicherten zuzugehen. Darüber hinaus spielen arzt-spezifische Auswertungen, die z. B. in Form von Vorgehensvergleichen zwischen den Leistungserbringern erstellt werden, dann eine Rolle, wenn ein Teil des Honorars entsprechend der Erreichung vorgegebener Leistungsparameter ausgezahlt wird.<sup>489</sup>

### **5.1.2.4 Bewertung**

#### **5.1.2.4.1 Second-Opinion-Programme**

Zur Effektivität und Ausgabenwirksamkeit von Second-Opinion-Programmen gibt es einige Untersuchungen. So ergab eine Auswertung einer Reihe von amerikanischen Second-Opinion-Studien durch Schmid u. a.<sup>490</sup> bei freiwilligen Second-Opinion-Programmen mit zwischen 20,5% und 33,5% eine höhere Nichtbestätigungsrate als bei obligatorischen Programmen mit zwischen 9,8% und 18,8%.<sup>491</sup> In den Jahren 1994 bis 1996 führten die im Forum schweizerischer Krankenversicherer vertretenen Krankenkassen in einem gemeinsamen Pilotversuch ein Second-Opinion-Programm durch. Im Rahmen dieses Programms be-

---

488) Vgl. Boetius (1996), S. 30.

489) Zum ganzen vgl. insbesondere Neuffer (1997), S. 141 ff.

490) Diese Analyse von Schmid u. a. (1992) ist im Rahmen von Vorabklärungen zur Einführung des nachfolgend beschriebenen schweizerischen Pilotversuchs zu Second-Opinion-Programmen durchgeführt worden. Vgl. Projektgruppe Zweitmeinung (1997), S. 37 f.

491) Vgl. ebenda, S. 38.

stand eine obligatorische und eine freiwillige Variante. Bei der obligatorischen Variante konnten sich Versicherte der beteiligten Krankenkassen mit einer Krankenhauszusatzversicherung gegen einen Beitragsnachlaß auf die Prämie der Krankenhauszusatzversicherung im voraus verpflichten, vor Durchführung von durch eine Liste genau bestimmten Eingriffen eine Zweitmeinung einzuholen.<sup>492</sup> Die Zweitmeinungen unterschieden sich – wie im übrigen in den amerikanischen Studien ebenfalls – erheblich für das obligatorische und das freiwillige System: Während im freiwilligen System 12,7% der Eingriffe vom Zweitmeinungsarzt als nicht indiziert und 28,0% der Eingriffe als nur bedingt indiziert beurteilt wurden, waren dies im obligatorischen System nur 3,2% (nicht indiziert) bzw. 11,7% (bedingt indiziert). Auch die Entscheide der Patienten mit freiwilliger Zweitmeinung fielen bei diesem schweizerischen Pilotversuch deutlich anders aus als diejenigen der Patienten mit obligatorischer Zweitmeinung.<sup>493</sup> Bei den freiwilligen Zweitmeinungen mit 5,9% fehlenden Angaben entschieden sich 48,3% für und 45,8% gegen den Eingriff. Bei den obligatorischen Zweitmeinungen mit 2% fehlenden Angaben waren 90,4% für und nur 7,6% gegen den Eingriff.<sup>494</sup>

Bei Vergleichen zwischen obligatorischen und freiwilligen Second-Opinion-Programmen sind nun regelmäßig die unterschiedlichen Voraussetzungen der beiden Varianten zu berücksichtigen. So fiel im Rahmen des zuvor betrachteten schweizerischen Pilotversuchs in der obligatorischen Variante die Entscheidung, eine Zweitmeinung einzuholen, grundsätzlich vor dem Vorliegen einer konkreten Operationsempfehlung. Die Wahrscheinlichkeit, daß eine solche Situation eintrat, betrug aufgrund der in dem Pilotversuch vorliegenden Rahmenbedingungen 1,5% bis 2%. Bei der freiwilligen Variante, bei der zuerst die Empfehlung für einen Eingriff vorlag, wurde nur in 0,04% der zu erwartenden Eingriffe eine freiwillige Zweitmeinung durchgeführt. Dies zeigt, daß das freiwillige Verfahren eben aufgrund der fehlenden Verpflichtung des Versicherten zur Einholung einer Zweitmeinung im Vergleich zum obligatorischen Verfahren zwar deutlich weniger Eingriffe für eine Zweitmeinung erschließen konnte. Es ist jedoch im Anwendungsfall das wesentlich effektivere Verfahren. Denn je nach konservativer oder optimistischer Schätzung können beim freiwilligen Verfahren zwischen 32,7% und 45,7% der Eingriffe vermieden werden, während in der obligatorischen Variante nur zwischen 4,5% und 7,6% aller Eingriffe eingespart werden können. Entsprechend der unterschiedlichen Effektivität kommen auch Kosten-Nutzen-Analysen dieses schweizerischen Pilotversuchs<sup>495</sup> für die beiden

---

492) Vgl. ebenda, S. 38 ff.

493) In beiden Varianten sind die Patienten auch nach Einholen einer Zweitmeinung in ihrer Entscheidung frei, ob sie den Eingriff durchführen lassen wollen oder nicht.

494) Zur zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse des schweizerischen Pilotversuchs vgl. ebenda, S. 9 ff.

495) Als Nutzen wurden die Kosten der durch das Zweitmeinungsprogramm vermiedenen Eingriffe, vermindert um die Kosten für alternative Behandlungen ermittelt und den Kosten für Honorare und Diagnostik des Zweitmeinungsarztes sowie den Kosten der

Second-Opinion-Verfahren zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während für das freiwillige Verfahren auch bei konservativer Nutzenschätzung deutliche Nettoeinsparungen nachgewiesen werden, rechnet sich das obligatorische Verfahren nicht.<sup>496</sup>

In diesem Zusammenhang ist allerdings zu berücksichtigen, daß sich auch durch derartige Analysen Aussagen zur Effektivität und Kostenwirksamkeit des Instruments Second Opinion nicht völlig zweifelsfrei belegen lassen. So ist etwa durch die relativ kurzen Untersuchungszeiträume der Studien nicht auszuschließen, daß mögliche negative Folgen vermiedener Operationen erst später eintreten, bzw. zunächst nicht durchgeführte Operationen zu einem späteren Zeitpunkt doch noch notwendig werden. Diese kostenwirksamen Effekte sind aber in Kosten-Nutzen-Analysen regelmäßig nicht berücksichtigt und könnten Nettoeinsparungen in freiwilligen Programmen bei längerer Untersuchungsdauer reduzieren. Auch ist vor einer grundsätzlichen Ablehnung von obligatorischen Programmen wegen fehlender Effektivität und Kostenwirksamkeit folgendes zu berücksichtigen: Da der Arzt – zumindest bei dem hier näher betrachteten schweizerischen Pilotversuch – bei der obligatorischen Variante im voraus weiß, welche seiner Patienten eine Zweitmeinung einholen müssen, könnte dies zu einer strengeren Indikationsstellung des Erstbehandlers führen. Je stärker dieser positive qualitative Aspekt eines bewußteren ärztlichen Entscheidungsverhaltens jedoch auf die ersten Überlegungen des Arztes ausstrahlt, umso niedriger dürfte auch die Nichtbestätigungsrate des obligatorischen Verfahrens gemessen werden. Dieser "Warn-Effekt" wird jedoch auf der Nutzenseite regelmäßig nicht berücksichtigt.<sup>497</sup>

Dennoch ist aber grundsätzlich im Ergebnis zu erwarten, daß mit Blick auf die versicherungstechnischen Auswirkungen in erster Linie von freiwilligen Second-Opinion-Programmen schadenerwartungswertmindernde Einflüsse ausgehen. Insofern empfiehlt sich – ohne obligatorische Varianten völlig auszuschließen – zunächst die Einführung freiwilliger Second-Opinion-Programme in das Leistungsprogramm substitutiver Krankenversicherungsprodukte. Durch das Angebot eines derartigen Zweitmeinungsverfahrens kann der Krankenversicherer seinen Versicherten deutlich machen, daß sein Anliegen einer Zweitbeurteilung aus der Natur der Sache heraus legitim ist, eben weil in medizinischen Fragestellungen sowohl unter den Ärzten als auch unter den Patienten eine gewisse Unsicherheit besteht.<sup>498</sup> Mit dem Angebot eines Zweitmeinungsverfahrens er-

---

Krankenkassen für die Abwicklung des Zweitmeinungsprogramms gegenübergestellt. Nicht erfaßt in der Kosten-Nutzen-Analyse wurden die EDV-Kosten für das separate Verwalten und Controlling des Bestands der Zweitmeinungsversicherten sowie der Prämienachlaß von 10% auf die Krankenhauszusatzversicherung für Versicherte in der obligatorischen Variante. Vgl. ebenda, S. 93 ff. und 111.

496) Vgl. ebenda, S. 9 ff.

497) Vgl. ebenda, S. 112; Baumann/Stock (1996), S. 54.

498) Die höhere Nichtbestätigungsrate durch den Zweitmeinungsarzt sowie die höhere Rate negativer Patientenentscheide bei fakultativen Programmen im Vergleich zum obligatorischen Verfahren beruht vermutlich wesentlich eben darauf, daß die Möglichkeit der

hielte der Versicherte ein Instrument, seine Unsicherheit zu verringern und dadurch seine Entscheidungssituation zu verbessern.

Dies soll die Einführung obligatorischer Zweitmeinungsverfahren nicht völlig ausschließen. Aufgrund ihrer vermutlich ungünstigen Kosten-Nutzen-Relation, in Verbindung mit den diesen Verfahren immanenten Rationierungselementen durch eine trägerseitig beeinflusste, für den Versicherten verbindliche Entscheidung über die Leistungsinanspruchnahme, ist das obligatorische Second-Opinion-Verfahren unter Qualitätsaspekten für den Versicherten als problematisch zu beurteilen.

#### 5.1.2.4.2 Disease und Case Management

Es gibt bislang aufgrund der relativ kurzen Zeitspanne, die seit dem Start der ersten Disease-Management-Projekte vergangen ist, nur wenige abgeschlossene Projekte mit wissenschaftlich evaluierten qualitativen und quantitativen Resultaten.<sup>499</sup> Umfassender dokumentierte Untersuchungen befassen sich in erster Linie mit den Behandlungsergebnissen von Asthma, Diabetes, Herzgefäßerkrankungen und HIV-Infektionen. Danach führt für die genannten Krankheitsbilder der Disease-Management-Ansatz zu relativ kurzfristig erzielbaren Qualitäts- und Kostenvorteilen. Die positiven quantitativen Resultate beruhen dabei für alle Krankheitsbilder in erster Linie auf sinkenden Ausgaben für Krankenhausbehandlungen aufgrund eines deutlichen Rückgangs der Krankenhausverweildauer. Daneben werden dem Disease-Management-Ansatz signifikante Verbesserungen der Lebensqualität, z. B. bei Asthma durch einen Rückgang akuter Anfälle oder bei Diabetes durch Verhinderung von Erblindung, Nierenversagen und Amputationen (des sog. "diabetischen Fußes") zugesprochen.<sup>500</sup> Es erscheint in diesem Zusammenhang nicht unplausibel, daß durch die systematische Einbindung und Vernetzung aller am Behandlungsablauf Beteiligten, vor allem aber

---

Einholung einer Zweitmeinung häufig von Patienten in Anspruch genommen wird, die von sich aus die Operationsnotwendigkeit bezweifeln und daher – bevor sie der Operationsempfehlung ihres Arztes folgen – eine Zweitmeinung hinzuziehen möchten.

499) Vgl. Lauterbach (1997), S. 171.

500) Zu den nachgewiesenen positiven qualitativen und quantitativen Resultaten von Disease-Management-Projekten insbesondere bei Asthma, Diabetes, Herzgefäßerkrankungen und HIV-Infektionen vgl. Neuffer (1997), S. 159 ff. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine jüngst veröffentlichte repräsentative versorgungsepidemiologische Studie zur Behandlungsqualität bei Typ-1-Diabetes-mellitus im Ärztekammerbezirk Nordrhein. Darin wird die Versorgungsqualität bei Typ-1-Diabetes-mellitus im Kammerbereich Nordrhein im Vergleich zu internationalen Erhebungen als erfreulich gut bezeichnet. Dieser Erfolg wird zu großen Teilen auf die Anwendung typischer Disease-Management-Instrumente, wie z. B. der Teilnahme der Patienten an strukturierten Therapie- und Schulungsprogrammen zum Erlernen der intensivierten Insulintherapie im Rahmen von kurzfristigen stationären Behandlungen (fünf bis zehn Tage), zurückgeführt. Vgl. Berger u. a. (1998), S. A- 2770 ff., insbesondere S. A-2773.



auch des versicherten Patienten, in einen intensiven Qualitätskreislauf im Sinne eines pluralen Prozesses, Ausgabeneinsparungen realisiert werden können.<sup>501</sup>

Ein Problembereich des Disease-Management-Ansatzes liegt in den teilweise noch ungelösten grundsätzlichen Schwierigkeiten der Outcomes-Forschung. Diese liegen u. a. darin begründet, daß es nur für wenige Krankheitsbilder zuverlässige Ergebnis- und Prozeßindikatoren gibt. Diese Problematik bei Disease-Management-Projekten ist von besonderer Relevanz, da es sich beim Disease Management um einen dynamischen Prozeß handelt, bei dem die Outcomes des medizinischen Versorgungsprozesses direkt zu dessen Modifikation genutzt werden (vgl. Abbildung 46).<sup>502</sup>

Ein weiterer Konflikt bei der Einführung von Disease-Management-Programmen kann dann entstehen, wenn eine MCO aus Gründen der Ausgabenkontrolle die Förderung von primärärztlichen Leistungen nach dem Gatekeeper-Prinzip verfolgt. Denn Disease Management ist regelmäßig eine fachärztliche Spezialversorgung für ein bestimmtes Krankheitsbild, während bei dem primärärztlichen Ansatz die Versorgung des Patienten mit einer Vielzahl von "einfachen" Krankheiten im Vordergrund steht. Dieser Konflikt kann aber zum Teil durch die Integration der Primärärzte in den ganzheitlichen Disease-Management-Prozeß gelöst werden.<sup>503</sup>

Trotz einiger Problembereiche deuten die bisherigen Erfahrungen mit dem Disease-Management-Instrumentarium darauf hin, daß der Disease-Management-Ansatz im Ergebnis neben Ausgabeneinsparungen auch zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit als wesentliche Dimensionen zur Messung von Qualität im Gesundheitswesen führt. Dies legt nahe, daß die trägerseitige Einflußnahme auf die Leistungserbringung tendenziell eher zu einer Verbesserung, zumindest aber nicht zu einer Verschlechterung der Qualität der Leistungserbringung gegenüber traditionellen, also ungemagten Krankenversicherungssystemen führt.

Ähnliches gilt für das Case Management. Auch hier scheinen entsprechende Maßnahmen zum einen zu einer höheren Lebensqualität beizutragen, die vor allem darin begründet liegt, daß z. B. durch Unterbringung in Pflegeheimen, Tageskliniken oder sogar zu Hause ein für den Patienten – im Vergleich zur Anonymität großer Krankenhäuser – vertrautes persönliches und/oder räumliches Umfeld geschaffen wird.<sup>504</sup> Auch sind durch Case-Management-Maßnahmen – wie zumindest für Einzelfälle belegt – relativ kurzfristig erhebliche Ausgabeneinsparungen zu realisieren.<sup>505</sup>

---

501) Vgl. Kayser/Schwefing (1998), S. 134 ff.

502) Vgl. Lauterbach (1997), S. 172 ff.

503) Vgl. ebenda, S. 177.

504) Vgl. Neuffer (1997), S. 136.

505) So berichtet z. B. die DKV in einem Case-Management-Fall, bei dem im Einklang mit Ärzten, Pflegepersonal und Eltern für ein 2 1/2 Jahre altes herzkrankes Kind eine häusliche Rundumversorgung einschließlich lebensnotwendiger Apparatemedizin si-

### 5.1.2.4.3 Informationssysteme

Die zielgerichtete Steuerung von Qualität und Kosten der Leistungsprozesse innerhalb vernetzter Systeme, wie sie MCO's darstellen, ist zu großen Teilen eine informationsabhängige Aufgabe. Insoweit sind Überlegungen und Konzepte zur Informationsbereitstellung bzw. zum Informationsaustausch insbesondere von personen-, diagnose- und behandlungsspezifischen Daten zwingende Voraussetzung zur Umsetzung prozeßorientierter Instrumente wie Disease- und Case Management. Neben Fragestellungen der Standardisierung von Informationssystemen zur Sicherstellung der Verarbeitung von aus verschiedenen Quellen stammenden Informationen sind mögliche praktische Umsetzungsprobleme heute in erster Linie in datenschutzrechtlichen Restriktionen begründet. Denn die zielorientierte Koordination der Leistungsprozesse erfordert die Erhebung und den Austausch sensibler personenbezogener Daten, die meist nicht ohne Zustimmung der Betroffenen erfaßt und bearbeitet werden dürfen.<sup>506</sup> Durch freiwilligen Verzicht der Netzwerkteilnehmer auf bestimmte Datenschutzrechte bei gleichzeitiger Verankerung von Vorkehrungen gegen die unberechtigte Nutzung der vertraulichen Daten erscheint dieses Konfliktfeld aber lösbar.<sup>507</sup>

### 5.1.3 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

1. Auswahl und Honorierung von Ärzten als strukturorientierte Instrumente mit Ansatzpunkt beim Leistungserbringer haben das Ziel, z. B. durch Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer, unnötige angebotsinduzierte Nachfrageausweitungen (externes moralisches Risiko) zu vermeiden. Entscheidende Voraussetzung für eine kostengünstige und gleichzeitig hochwertige Versorgung der Versicherten ist daher die Auswahl geeigneter, effizient arbeitender Leistungserbringer. Daneben sollen den ökonomischen Aspekten in der medizinischen Versorgung über die finanzielle Honorierung effizienten Verhaltens der Leistungserbringer, vor allem durch neue, pauschalierte Anreizsysteme, mehr Nachdruck verliehen werden. Allerdings können alternative Vergütungsformen auch Qualitätsnachteile mit sich bringen. Der Erfolg eines kostengünstigen und gleichzeitig leistungsfähigen Netzes von Leistungserbringern scheint daher wesentlich von der Definition eines sorgfältig geplanten, fein steuernden und qualitätsgesicherten sowie von der Leistungserbringerseite akzeptierten Honorierungskonzepts abhängig zu sein.
2. Durch prozeßorientierte Instrumente werden Informationen bereitgestellt, die für die Entscheidung über Leistungen sowie die Begleitung und Aus-

---

chergestellt wurde, von einer Ausgabenersparnis von 40.000 DM pro Monat (Reduzierung der Behandlungsausgaben von 60.000 DM auf 20.000 DM). Vgl. Boetius (1996), S. 28.

506) Vgl. Neuffer (1997), S. 142 f.

507) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf S. 230.

wertung von Behandlungsprozessen notwendig sind. Prozeßorientierte Instrumente fördern damit die effiziente Erbringung der Leistungen mit dem Ziel einer verbesserten, ganzheitlichen Steuerung des Versorgungsprozesses. Sie wirken dabei nicht nur auf den die wesentliche Steuerungsfunktion im Behandlungsprozeß innehabenden Leistungserbringer, sondern üben durch die Interaktion zwischen Leistungserbringer und versichertem Patienten im Behandlungsfall auch auf den Letztgenannten Einfluß aus. Ein entscheidendes Element einer prozeßorientierten Systemsteuerung und damit letztlich auch zur Erzielung von Ausgaben- und Qualitätsvorteilen ist der Gatekeeper als "Systemlotse". Er bedarf allerdings gerade dort der Einbindung in einen systematischen Qualitätskreislauf, wo – wie z. B. beim Disease Management – zur Optimierung des Behandlungsprozesses eine fachärztliche Begleitung der Maßnahme angezeigt ist.

3. Prozeßorientierte Instrumente liefern wichtige Beiträge für das Ausgaben- und Qualitätsmanagement bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Dies gilt insbesondere für behandlungsablaufoptimierende Einzelmaßnahmen wie z. B. das Disease und Case Management, aber auch für Überlegungen und Konzepte zur Informationsbereitstellung bzw. zum Informationsaustausch diagnose- und behandlungsbezogener Daten innerhalb vernetzter, gemanagter Systeme. Positiv sind auch Angebote zur freiwilligen Einholung von Zweitmeinungen vor operativen Eingriffen zu bewerten. Neben ihren ausgabenmindernden Effekten können sich freiwillige Second-Opinion-Programme für den Patienten nutzensteigernd auswirken, weil sie die Unsicherheit des Patienten in belastenden Entscheidungssituationen durch ein systematisches Verfahren reduzieren. Insgesamt wird gerade bei den prozeßorientierten Instrumenten deutlich, daß Managed Care insbesondere auch ein Informations- und Kommunikationsmodell darstellt, das es erlaubt, im Gesamtsystem verborgene Rationalisierungsreserven zu heben.
4. Kritisch sind dagegen vor allem mögliche Rationalisierungswirkungen des besprochenen Instrumentariums zu betrachten. So sind der Selektion von Leistungserbringern und insbesondere dem Gatekeeper-Prinzip durch die damit regelmäßig verbundene Einschränkung der freien Arztwahl, den prospektiven Honorierungsformen mit ihren Anreizen zur Unterversorgung sowie den Instrumenten zur prospektiven Entscheidung über Leistungen (in erster Linie obligatorische Second-Opinion-Programme) mehr oder weniger starke Rationierungstendenzen immanent. Insoweit könnten die mit diesen Instrumenten verbundenen Ausgabeneinsparungen zum Teil auf Leistungsausgrenzungen zurückzuführen sein. Zudem besteht die Gefahr, daß sich die Leistungserbringer einer Überbetonung der Ausgabenseite im Sinne der Interessenwahrung einer Managed-Care-Organization bei Zurückstellung der Patienteninteressen nicht entziehen können. Vor dem Hintergrund der bestehenden hohen Freiheitsgrade sowohl auf der Leistungserbringer- als auch der Versichertenseite im PKV-System erscheint es daher nicht unplausibel, sich bei der Übertragung von struktur- und prozeßorientierten In-

strumenten in erster Linie auf die Rationalisierungselemente dieser Instrumente – und nicht auf deren Rationierungselemente – zu konzentrieren.

5. Insgesamt bieten die besprochenen Managed-Care-Instrumente mit Ansatzpunkt beim Leistungserbringer – auch unter Berücksichtigung der diskutierten Nachteile einiger Instrumente – Möglichkeiten zur Ausgabensenkung durch Hebung von gesundheitssystemimmanenten Rationalisierungsréserven bei einer zumindest nicht schlechter werdenden Versorgungsqualität. Für die Übertragung des Instrumentariums auf deutsche PKV-Verhältnisse ergibt sich aus den bisherigen Überlegungen die Konsequenz, daß relativ kurzfristige Ausgaben- und Qualitätsvorteile in erster Linie durch rasche Implementierung konkreter prozeßorientierter Maßnahmen, wie Disease und Case Management, realisierbar erscheinen.
  
6. Problematischer und daher eher mittelfristig realisierbar ist wohl die Umsetzung strukturorientierter Instrumente, wie z. B. der flächendeckende Aufbau eines qualitativ hochwertigen Netzwerks von Leistungserbringern. Dies gilt vermutlich ebenso für die Umsetzung eines konkreten Honorierungskonzepts. Denn zum einen lassen hier die zeitliche Dimension der Entwicklung neuer Vergütungsformen und der notwendige Abstimmungsbedarf zwischen den Beteiligten vermuten, daß eine kurzfristige grundsätzliche Abkehr vom bestehenden Honorierungssystem der Einzelleistungsvergütung in der PKV eher nicht zu erwarten ist. Zum anderen erscheint es plausibel, zumindest in der Aufbauphase von Leistungserbringernetzen nicht grundlegend vom bestehenden System der Einzelleistungsvergütung abzurücken und zwar auch dann nicht, wenn alternative Honorierungsformen umsetzbar sind. Denn gerade in der Aufbauphase "gute" Leistungserbringer zu finden, indem man sie möglicherweise schlechter bezahlt als bisher, ist problematisch. Insoweit erscheinen zunächst flexiblere Vergütungsformen auf der Basis der Einzelleistungsvergütung realistisch. So könnten etwa Ergebnisbeteiligungssysteme in Ergänzung zur Einzelleistungsvergütung mit dem Ziel der Sicherung einer ökonomisch orientierten Leistungserbringung eine adäquate Lösung darstellen.

## **5.2. Heutige Rahmenbedingungen und zukünftige Perspektiven vertraglicher oder institutioneller Beziehungen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherern**

### **5.2.1 Zum heutigen Stand der rechtlichen Rahmenbedingungen**

#### **5.2.1.1 Überblick**

Kernelement von MCO's ist der Aufbau einer Beziehungsebene zwischen Krankenversicherern und (ausgewählten) Leistungserbringern. Wesentliche Ausgestaltungsmerkmale vertraglicher oder institutioneller Beziehungen von MCO's zu Leistungserbringern sind dabei die Begründung von Beschäftigungsverhältnissen, vertragliche Vereinbarungen über Vergütungen und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Einhaltung definierter Ausgaben- und Qualitätskriterien im medizinischen Versorgungsprozeß. Der Aufbau einer derartigen Beziehungsebene zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und (ausgewählten) Leistungserbringern stößt in Deutschland auf verschiedene rechtliche Restriktionen. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um wettbewerbs-, versicherungsaufsichts-, standes-, vergütungs- und datenschutzrechtliche Normen.

#### **5.2.1.2 Beschäftigung von Ärzten im Angestelltenverhältnis**

In bezug auf die Beschäftigung von Ärzten z. B. in von PKV-Unternehmen betriebenen Trägergesellschaften oder in vertraglich mit diesen verbundenen "Heilbehandlungs-GmbH's"<sup>508</sup> ergeben sich zunächst standesrechtliche Restriktionen aufgrund der ärztlichen Berufsordnung.<sup>509</sup> Dies gilt zumindest für den ambulanten Bereich. Denn hier kollidiert die Beschäftigung von Ärzten vor allem mit der Bindung der Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeiten an die

---

508) Die Alternative vertraglicher Beziehungen privater Krankenversicherer (z. B. im Rahmen von Mitversicherer-Gemeinschaften, um eine hinreichende Versorgungsdichte zu ermöglichen) mit "Heilbehandlungs-GmbH's", die ihrerseits angestellte Ärzte beschäftigen, wird u. a. von der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter vorgeschlagen. Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 147.

509) Im folgenden wird auf die bundeseinheitliche Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach Bezug genommen. Vgl. hierzu Bundesärztekammer (1997), S. B-1920 ff. Die Musterberufsordnung stellt eine Richtlinie zur Einheitlichkeit der ärztlichen Berufspflichten und Standesregeln dar. Sie hat zwar keinen rechtsverbindlichen Charakter für die Berufsordnungen in den einzelnen Ländern, die den Arzt als Kammermitglied verpflichten, die berufsrechtlichen Vorschriften zu beachten. Sie enthält aber alle wesentlichen Regelungen zum Berufsrecht. Vgl. Pankonin (1998), S. 42.

Niederlassung in eigener Praxis (§ 17 Abs. 1 MBO-Ä 1997)<sup>510</sup> bzw. an die Mitarbeit in der Praxis eines niedergelassenen Kollegen unter dessen Leitung (§ 19 MBO-Ä 1997).<sup>511</sup>

In diesem Zusammenhang ist auch § 2 Abs. 4 MBO-Ä 1997 relevant, wonach Ärzte in ihren ärztlichen Entscheidungen in einem Angestelltenverhältnis - soweit ein solches berufsrechtlich überhaupt möglich ist - keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen sein dürfen. Kollisionen mit dieser allgemeinen ärztlichen Berufspflicht ergeben sich dadurch, daß Managed-Care-ähnliche Trägerorganisationen durch Richtlinien (z. B. Behandlungsrichtlinien oder obligatorische Second-Opinion-Programme) zur Verbesserung des Kosten/Nutzen-Verhältnisses der medizinischen Heilbehandlung Einfluß auf das Vorgehen bei Diagnose, Therapie und Pflege nehmen.

Im stationären Bereich sind dagegen Anstellungsverträge oder Verbeamtungen von Ärzten möglich und widersprechen nicht dem ärztlichen Standesrecht. Insofern ist der angestellte oder verbeamtete Krankenhausarzt auch – im Gegensatz zum Belegarzt – in seiner Tätigkeit im Rahmen der Organisationsgewalt des Krankenhauses weisungsgebunden.<sup>512</sup> Daher steht das ärztliche Standesrecht dem Betreiben von Krankenhäusern durch private Krankenversicherungsunternehmen nicht entgegen.<sup>513</sup>

Darüber hinaus verstößt ein Anstellungsverhältnis möglicherweise gegen die Wahlfreiheit des Arztes hinsichtlich des von ihm zu behandelnden Patienten. So kann der Arzt gemäß § 7 Abs. 2 Satz 2 MBO-Ä 1997, abgesehen von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen, die Behandlung eines Patienten ablehnen. In diesem Fall könnte dann die Ablehnung einzelner Patienten mit einer allgemeinen Direktionsbefugnis der Trägerorganisation als Arbeitgeber

---

510) Ausnahmen durch Genehmigung der Ärztekammer sind allerdings nach § 17 Abs. 3 MBO-Ä möglich, wenn sichergestellt ist, daß die beruflichen Belange des Arztes nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.

511) In diesem Zusammenhang ist auf eine Konsequenz dieser Regelung für das vertragsrechtliche Verhältnis zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer hinzuweisen: Denn juristische Personen, die Ärzte beschäftigen, fallen nicht unter die in § 4 Abs. 2 Satz 1 MB/KK eingeräumte Wahlfreiheit des Versicherten hinsichtlich des Leistungserbringers. Die von den Trägergesellschaften erhobenen Honorare für erbrachte Leistungen wären dann im Ergebnis im Rahmen des Vertragsverhältnisses zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer nicht erstattungsfähig. Um eine Leistungspflicht des Krankenversicherers gegenüber dem Versicherungsnehmer zu gewährleisten, sind insoweit Änderungen der dem Vertragsverhältnis zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen notwendig.

512) Einzelheiten regeln Organisationspläne, Dienstordnungen, Stellenbeschreibungen und Dienstanweisungen; vgl. Laufs/Uhlenbrock (1992), § 90, Randnummer 23.

513) Dieses Ergebnis wird gestützt durch die 1976 von 18 Unternehmen der privaten Krankenversicherungen gegründete SANA Kliniken-Gesellschaft mbH, deren Gesellschafterzahl inzwischen auf 35 PKV-Unternehmen gestiegen ist. Gesellschaftsziel ist der Nachweis der Vereinbarkeit kostengünstiger Wirtschaftsführung mit medizinisch sowie pflegerisch hochstehenden Leistungen im Krankenhaus. Vgl. Boetius (1996), S. 44.

kollidieren.<sup>514</sup> Allerdings erscheint diese Problematik durchaus lösbar. Denn zumindest in Krankenhäusern gelingt offensichtlich bereits heute die Differenzierung zwischen Weisungsrecht mit entsprechender Verteilung der Entscheidungs- und Handlungsvollmacht einerseits und dem sich aus dem Standesrecht ergebenden Verbot des Weisungsrechts durch Nichtärzte andererseits.

Mit Blick auf aufsichtsrechtliche Normen ist weiter zu prüfen, ob Fälle, in denen PKV-Unternehmen vertraglich zugesagte Leistungen selbst erbringen und zu diesem Zweck Leistungserbringer anstellen, als versicherungsfremd zu gelten haben. Denn Krankenversicherungsunternehmen dürfen gemäß § 7 Abs. 2 VAG neben Versicherungsgeschäften nur solche Geschäfte betreiben, welche hiermit in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Ob die Erbringung von Gesundheitsleistungen ein versicherungsfremdes Geschäft ist – dies wird beispielsweise teilweise in der Literatur ohne weitere Argumentation bejaht<sup>515</sup> – kann hier nicht abschließend geprüft werden. Prölss weist in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, daß der Begriff "in unmittelbarem Zusammenhang mit Versicherungsgeschäften stehende Geschäfte" auslegungsbedürftig ist, wobei bei der Auslegung auch die Verkehrsauffassung zu berücksichtigen ist. Nach Prölss ist dabei der "unmittelbare Zusammenhang" in erster Linie wirtschaftlich zu sehen, so daß auch ein enger Zweckzusammenhang ausreichend ist.<sup>516</sup> Nach Goldberg/Müller ist ein Geschäft nur dann als versicherungsfremd einzustufen, das "mit dem Wesen der Versicherung in keinem inneren Zusammenhang steht und mit den bisherigen Aufgaben des Versicherers nichts zu tun hat und somit den technischen Aufbau eines Versicherungsunternehmens sowie der Versicherungsgemeinschaft gefährden kann".<sup>517</sup> Es ist nun auf der Grundlage dieser Kommentare nicht erkennbar, warum die Erbringung von medizinischen Leistungen durch Krankenversicherer, z. B. durch angestellte Leistungserbringer, nicht als ein zum Versicherungsgeschäft gehöriges Geschäft gelten sollte. Denn die Erbringung medizinischer Leistungen dient eindeutig der Erfüllung des gegenüber dem Versicherten im Krankenversicherungsvertrag eingegangenen Versicherungsschutzversprechens. Insoweit liegt hier nach Auffassung des Verfassers auch kein versicherungsfremdes Geschäft vor.<sup>518</sup>

---

514) Ähnliches könnte gelten, wenn sich der Arzt im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung mit der Trägergesellschaft verpflichtet hat, gegen eine Kopfpauschale die Versicherten der Trägergesellschaft zu behandeln.

515) Vgl. Schmid-Grotjohann (1996), S. 147.

516) Vgl. Prölss (1996), Randnummer 11 zu § 7 VAG.

517) Goldberg/Müller (1980), Randnummer 3 zu § 7 VAG, zitiert nach Pankonin (1998), S. 52.

518) Vgl. hierzu auch Pankonin (1998), S. 53, nach deren Auffassung hier kein versicherungsfremdes Geschäft, sondern ein "versicherungstypisches Nebengeschäft" vorliegt. Sollte dennoch bei dem oben beschriebenen Sachverhalt von einem versicherungsfremden Geschäft auszugehen sein, wäre "hilfsweise" – da aufsichtsrechtlich sicherlich gedeckt – die Gründung von Trägergesellschaften, die dann z. B. entweder direkt mit ärztlichen Leistungserbringern Anstellungsverträge abschließen oder nach dem Vorbild von Einkaufsmodellen vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern über die Erbringung von Heilbehandlungsleistungen zu bestimmten Entgelten trifft.

### **5.2.1.3 Vergütungsvereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern**

#### **5.2.1.3.1 Vereinbarungen über von der Einzelleistungsvergütung abweichende Honorarformen**

In Deutschland stehen vertraglichen Vereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern über pauschalisierte Honorierungsformen Rechtsvorschriften vor allem aus dem Bereich des ärztlichen Standesrechts, des Vergütungsrechts sowie des Krankenhausrechts entgegen.

Das ärztliche Berufsrecht bestimmt in § 12 Abs. 1 Satz 2 MBO-Ä 1997, daß die Berechnung der Honorare auf der Grundlage der Gebührenordnung zu erfolgen hat, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Die damit angesprochene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) führt in § 1 Abs. 1 GOÄ aus, daß sich die Vergütungen des ärztlichen Leistungserbringers gegenüber seinen privat krankenversicherten Patienten nach eben dieser Gebührenordnung richten muß.<sup>519</sup> Das Vergütungssystem der GOÄ basiert dabei auf einer Einzelleistungsvergütung als Honorarform, d. h. für jede selbständige ärztliche Leistung ist grundsätzlich eine eigene Gebührenposition im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten. Eine gesamthafte Abbedingung der Gebührenordnung mit ihrer Honorarform der Einzelleistungsvergütung, z. B. mit dem Ziel der Einführung pauschalierter Honorierungsformen, ist bei geltender Rechtslage nicht möglich.

Ähnliches gilt für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Bereich der stationären Heilbehandlung. So bestimmt § 17 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), daß die Pflegesätze sowie die Vergütungen der vor- und nachstationären Behandlung für allgemeine Krankenhausleistungen<sup>520</sup> nach § 115 a SGB V für alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind.<sup>521</sup> Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt gemäß § 10 Abs. 1 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) durch Pflegesätze nach § 11 BPfIV (Fallpauschalen und Sonderentgelte), durch einen Gesamtbetrag nach § 12 BPfIV (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 BPfIV.

Durch Fallpauschalen werden gemäß § 11 Abs. 1 BPfIV sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Dabei werden in einem (nach Organen gegliederten) bundesweiten Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser die Behandlungsfälle aufgeführt, für die Fallpauschalen zu be-

---

519) Dieser Sachverhalt gilt ebenso für Zahnärzte und die für sie gültige Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

520) Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach § 2 Abs. 2 Satz 1 BPfIV die Krankenhausleistungen, welche unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.

521) Vgl. auch § 14 Abs. 1 Satz 1 BPfIV.



rechnen sind.<sup>522</sup> In dem Fallpauschalenkatalog werden Bewertungsrelationen (Punktzahlen) geführt, die die Vergütungsrelationen einzelner Fallpauschalen untereinander bestimmen. Die Entgelthöhe ergibt sich aus der multiplikativen Verknüpfung der Punktzahlen mit landeseinheitlich zu vereinbarenden Punktwerten.<sup>523</sup> Daher scheidet auch hier unter den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen die Möglichkeit der Vereinbarung pauschalierter Vergütungsformen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern aus. Das gleiche gilt für Sonderentgelte, bei denen lediglich ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten Leistungskomplex eines Behandlungsfalls abgegolten wird. Auch die tagesgleichen Pflegesätze nach § 13 BPflV<sup>524</sup> können zur Zeit nicht frei vereinbart werden, da sich die verschiedenen Pflegesätze auf dem Wege der Divisionskalkulation aus einem krankenhaushausindividuell vereinbarten Budget und den voraussichtlichen Belegungstagen der Planungsperiode durch entsprechende Vereinbarungen der Vertragsparteien ergibt.<sup>525</sup>

Darüber hinaus steht einem wirtschaftlichen Interesse der Krankenhausträger an Honorarvereinbarungen mit privaten Krankenversicherern zur Zeit noch die Regelung des Krankenhausgesetzes über die Förderung von Krankenhäusern entgegen. Die im § 1 Abs. 2 Satz 3 KHG vorgesehene Gewährung von Fördermitteln, die nach § 4 Nr. 1 KHG insbesondere in der Übernahme von Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung bestehen, ist an die Aufnahme der Krankenhäuser in die Krankenhauspläne der Bundesländer gebunden (§ 6 Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Die Förderung nach dem KHG entfällt allerdings dann, wenn Krankenhäuser nicht die in § 67 der Abgabenordnung (AO) bezeichnete Voraussetzung erfüllen, daß mindestens 40% der jährlichen Pflage tage auf solche Patienten entfallen, bei welchen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet werden.<sup>526</sup>

Im Ergebnis dürften mögliche Vereinbarungen, die dazu führen könnten, daß mehr als 60% der jährlichen Pflage tage auf Privatpatienten entfallen, für die neben den allgemeinen Krankenhausleistungen beispielsweise auch Entgelte für Wahlleistungen berechnet werden, kaum im wirtschaftlichen Interesse der Krankenhausträger liegen. In diesem Zusammenhang ist allerdings bedeutsam, daß § 4 Nr. 2 KHG vorsieht, daß in den Erlösen aus den Pflegesätzen nunmehr Investitionskosten enthalten sein können. In dieser Entkopplung von Investitions- und Betriebskostenfinanzierung ist der erste Schritt weg vom dualen und hin

---

522) Zum Fallpauschalen-Katalog vgl. Tuschen/Quaas (1998), S. 468 ff.

523) Vgl. ebenda, S. 468. Fallpauschalen können insoweit als feste Verknüpfung der einzelnen Elemente der Einzelleistungsvergütung angesehen werden.

524) Abteilungspflegesätze, Basispflegesatz und teilstationäre Pflegesätze.

525) Vgl. hierzu auch Tuschen/Quaas (1998), S. 194 f. und 300. Die einheitliche Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen für GKV- und PKV-Versicherte verhindert einerseits freie Honorarvereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern. Andererseits ist allerdings auch eine zu Lasten der PKV-Versicherten gehende Differenzierung der Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen verboten.

526) Vgl. Schmid-Grotjohann (1995), S. 146 f.

zum monistischen Krankenhausfinanzierungssystem zu sehen. Sofern dann aber alle Kosten ausschließlich über die Pflegesätze oder weitere Entgelte der Krankenhäuser zu decken wären – also gleichzeitig Investitionszuschüsse durch die öffentliche Hand wegfallen – erhöht dies den Druck auf die Krankenhausträger aus wirtschaftlichem Interesse, ihre Kosten durch Aufnahme von Privatpatienten zu decken, die regelmäßig neben den allgemeinen Krankenhausleistungen auch Wahlleistungen in Anspruch nehmen.<sup>527</sup>

Standesrechtlich problematisch wären alternative Honorierungssysteme auch aufgrund der Vorschrift des § 31 MBO-Ä 1997, nach der es dem Arzt nicht gestattet ist, "für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren". Die Honorarform der Kopfpauschale aber auch Erfolgsbeteiligungen (z. B. Boni), wie sie teilweise bei Einführung einer MCO zur Akzeptanzerhöhung bei Leistungserbringern vorgeschlagen werden, könnten danach nicht zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer vertraglich vereinbart werden.

Ein versicherungsaufsichtsrechtliches Hemmnis könnte darüber hinaus insbesondere bei der Honorarform der Kopfpauschalen und bei Ergebnisbeteiligungssystemen die Tatsache darstellen, daß die Leistungserbringer hier faktisch das versicherungsvertraglich vom Versicherer gegenüber seinen Versicherungsnehmern übernommene Krankheitsrisiko mittragen und insofern Versicherungsfunktion ausüben. Es wird unter Verweis auf § 7 Abs. 1 VAG – danach dürfen Versicherungsgeschäfte nur von Aktiengesellschaften und Versicherungsvereinen betrieben werden – in der Literatur teilweise die Auffassung vertreten, daß mit der Übernahme der Versicherungsfunktion durch Leistungserbringer derartige Vergütungsvereinbarungen in Deutschland aufsichtsrechtlich relevant und letztlich problematisch würden.<sup>528</sup> Diese Auffassung kann im Rahmen dieser Arbeit nicht abschließend geprüft werden. Ihr ist jedoch entgegenzuhalten, daß eine pauschale Vergütung im Schadenfall nichts an der Zufälligkeit der Realisierung eines Schadenfalls als wesentlicher Bestandteil der Risikotragung durch einen Versicherer und eben nicht durch einen Leistungserbringer ändert. Käme man hier zu einer anderen Beurteilung, so wären bereits heute Krankenhäuser aufgrund ihrer (teilweisen) Vergütung nach Fallpauschalen als Krankenversicherer anzusehen. Es ist aber nicht bekannt, daß in diesem Zusammenhang aufsichtsrechtliche Bedenken vorgetragen wurden.

---

527) Vgl. ebenda.

528) Vgl. ebenda, S. 150 f.

### 5.2.1.3.2 Vereinbarungen über den Honorartarif auf der Grundlage der Einzelleistungsvergütung als Honorarform

Die vorgetragenen – in erster Linie berufs- und vergütungsrechtlichen – Restriktionen gegen Vergütungsvereinbarungen gelten allerdings nur bedingt für die Gestaltung des Honorartarifs auf der Grundlage der Einzelleistungsvergütung als Honorarform: Zwar ist der Gebührensatz, bestehend aus Punktzahl und Punktwert, grundsätzlich gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 GOÄ vertraglichen Vereinbarungen nicht zugänglich.<sup>529</sup> Allerdings sind – jedenfalls berufs- und vergütungsrechtlich – gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 GOÄ Vereinbarungen über den Steigerungssatz des Honorartarifs und damit über die Gebührenhöhe möglich.<sup>530</sup> Mit Blick auf mögliche Vergütungsvereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherern und Ärzten ist in diesem Zusammenhang zu beachten, daß § 2 GOÄ einerseits den Charakter einer Schutzbestimmung zugunsten des Patienten hat, damit er eine auf ihn zukommende, oberhalb des 2,3fachen Gebührensatzes liegende Honorarforderung des Leistungserbringers auch übersehen kann. Insoweit ist es sachlich nur schwer einzusehen, warum vergütungsrechtliche Bedenken gegen vertragliche Vereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherern und Ärzten bestehen sollten, die sich regelmäßig dadurch auszeichnen dürften, daß sie (zugunsten des versicherten Patienten) Vergütungen vorsehen, die unterhalb des 2,3fachen Satzes liegen. Andererseits stellt § 2 GOÄ in Abs. 2<sup>531</sup> eindeutig auf eine der Stellung des zahlungspflichtigen Privatpatienten als Vertragspartner entsprechende Notwendigkeit der individuellen Absprache im Einzelfall ab – und damit eben nicht auf mögliche Vereinbarungen zwischen dem Krankenversicherer (in seiner Eigenschaft als Kostenträger für seinen Versicherten) und dem Arzt. Daher sind zu § 2 GOÄ rechtlich wohl "Öffnungsklauseln" notwendig, die es PKV-Unternehmen explizit erlauben, im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen mit Leistungserbringern über den Steigerungsfaktor des Gebührensatzes partiell von der Gebührenordnung abzuweichen.

Vertragliche Vereinbarungen mit (ausgewählten) Leistungserbringern über die Höhe der Entgelte für die Erbringung von Heilbehandlungsleistungen im Sinne eines Einkaufsmodells stoßen weiterhin – auch bei Festhalten an der Einzelleistungsvergütung als grundlegender Honorierungsform und einer Konzentration auf den Steigerungssatz des Honorartarifs als möglichem zentralen Ansatzpunkt

---

529) Nach § 2 Abs. 1 Satz 3 GOÄ ist die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) und eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Abs. 1 Satz 3) nicht zulässig.

530) § 2 Abs. 1 Satz 1 GOÄ: "Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden."

531) § 2 Abs. 2 GOÄ: "Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Erklärung auszuhändigen."

einer Vereinbarung – nach überwiegender Meinung auf kartellrechtliche Probleme.<sup>532</sup> Denn derartigen Einkaufsmodellen steht primär § 15 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) entgegen. Danach sind Verträge zwischen Unternehmen über Waren und gewerbliche Leistungen nichtig, soweit sie einen Vertragsbeteiligten in der freien Preisgestaltung beschränken.<sup>533</sup> Einkaufsmodelle werden aber gerade vor dem Hintergrund geschlossen, durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern die für die Heilbehandlung ihrer Versicherten zu entrichtenden Preise zu senken. Insofern führt die gleichgerichtete Interessenlage sämtlicher beteiligter Krankenversicherungsunternehmen letztlich dazu, daß die Leistungserbringer als Vertragsbeteiligte in der Freiheit der Gestaltung ihrer Preise beschränkt werden.

So äußerte das Bundeskartellamt im Rahmen der zwischen dem PKV-Verband und ihm geführten Diskussion über die Listeneintragung von Ärzten, die sich bereit erklärt haben, Patienten im Standardtarif<sup>534</sup> zum 1,7fachen Satz der gültigen Gebührenordnung zu behandeln, unter dem Gesichtspunkt einer Kollektivierung des Nachfrageverhaltens starke Bedenken gegen vergleichbare Aktivitäten innerhalb von Managed-Care-Projekten. Das Bundeskartellamt hat aber letztlich nur deshalb keine Einwände gegen eine "Listenlösung" erhoben, weil diese zum einen formal keine vertragliche Vereinbarung darstellt und zum anderen von geringer wirtschaftlicher Bedeutung<sup>535</sup> ist.<sup>536</sup> Daher wären im Ergebnis nach heutiger Gesetzeslage zwar einseitige Verpflichtungserklärungen seitens der Leistungserbringer, z. B. über die Behandlung von Versicherten zu bestimmten Honorarformen und/oder -tarife, nicht aber vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband bzw. mehreren (großen) privaten Krankenversicherungsunternehmen und ausgewählten Leistungserbringern wettbewerbsrechtlich möglich.<sup>537</sup>

---

532) Vgl. hierzu Boetius (1996), S. 48 f.; Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 146. Keine kartellrechtlichen Probleme sieht dagegen Bunte (1997), S. 1429 ff.

533) Vgl. Boetius (1996), S. 48 f.

534) Zum Standardtarif vgl. Fußnote 93 auf S. 28.

535) Die Anzahl der im Standardtarif versicherten Personen zum 31.12.1997 betrug 1059. Vgl. PKV-Verband (1998a), S. 16.

536) Vgl. Boetius (1996) S. 49.

537) Die aufgrund kartellrechtlicher Restriktionen zur Zeit fehlende Möglichkeit der PKV, mit Ärzten oder ausgewählten Ärzteorganisationen Vergütungsverträge zu schließen, läßt sich auch aus einem vergleichbaren Fall in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung – dem sog. "Carpartner"-Fall – ableiten. Das Carpartner-System wurde Ende 1993 von sechs Versicherungsgesellschaften gegründet. Bis 1995 wurden dann Verträge mit insgesamt 58 weiteren Kfz-Versicherern geschlossen. Ziel der beteiligten Versicherungsunternehmen war es, durch den Abschluß von Rahmenverträgen mit Autovermietern die Schadenersatzleistung durch eine Senkung des Mietzinses und eine gleichzeitige Senkung der Anzahl von Kfz-Anmietungen im Unfallersatzgeschäft zu verringern. Gemäß der Verfügung des Bundeskartellamtes vom 7.7.1995 (vgl. Bundeskartellamt (1996), S. BKartA, 2795 ff.) sind sowohl zum Zwecke der Gründung von Carpartner geschlossene Gesellschaftsverträge als auch die Kooperationsverträge mit weiteren Versicherern unwirksam, da sie darauf gerichtet sind, die Erzeugung von Waren oder gewerblichen Leistungen oder deren Marktverhältnisse durch Beschränkung des Wettbewerbs zu beeinflussen. Diese Verfügung hat der Kartellsenat des BGH

Die Eintragung von Ärzten in entsprechende Listen bzw. Verzeichnisse von privaten Krankenversicherungsunternehmen aufgrund einseitiger Verpflichtungserklärungen stellt allerdings – trotz von den Ärztekammern erhobener berufsrechtlicher Einwände – wohl keinen Verstoß gegen das ärztliche Standesrecht dar. So dürfen Ärzte gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 MBO-Ä 1997 nicht für sich werben. Sachliche Informationen sind dagegen unter bestimmten Voraussetzungen an Form, Inhalt und Umfang der vermittelten Informationen zulässig (§ 27 Abs. 1 Satz 2 MBO-Ä 1997 in Verbindung mit den "Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Information über die berufliche Tätigkeit"). Danach ist Ärzten zwar die Aufnahme in Verzeichnisse mit werbendem Charakter nicht erlaubt. Mit dieser Vorschrift soll jedoch in erster Linie "marktschreierische Werbung unterbunden werden, der die Patienten hilflos ausgeliefert sind."<sup>538</sup> Die genannten Verzeichnisse stellen aber gerade keine derartige Gefahr dar. Vielmehr geht es darum, den Patienten nutzbringende Marktinformationen im Sinne sachlicher Informationen zu vermitteln.<sup>539</sup>

#### **5.2.1.4 Steuerung und Kontrolle des Vorgehens von Leistungserbringern bei Diagnose, Behandlung und Therapie**

Steuerungs- und Kontrollmechanismen im Rahmen des medizinischen Versorgungsprozesses kollidieren in erster Linie mit dem sich aus den allgemeinen ärztlichen Berufspflichten ergebenden Prinzip der ärztlichen Therapie- und Entscheidungsfreiheit, das eine strenge Bindung des Arztes an bestimmte vorgegebene diagnostische wie therapeutische Methoden oder Verfahren ausschließt.<sup>540</sup>

Berufsrechtlich problematisch sind auch mögliche Einschränkungen der freien Arztwahl, die in einer MCO dadurch entstehen können, daß dem Wunsch eines Versicherten nach Überweisung zu einem Nicht-Vertragsarzt nicht Rechnung getragen wird. Hier ist § 7 Abs. 2 MBO-Ä 1997 zu beachten, wonach der Arzt das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln, achtet. Auch soll der behandelnde Arzt den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, in der Regel nicht ablehnen.

Darüber hinaus sind datenschutzrechtliche Normen zu beachten. Denn Managed Care setzt zur Steuerung und Kontrolle des Leistungsgeschehens auf einen verbesserten Informationsaustausch zwischen Trägerorganisation und Leistungserbringern innerhalb einer MCO auf der Basis der Auswertung und Aufbereitung von Daten. Mit dem Austausch persönlicher und medizinischer Daten

---

in seiner "Carpartner"- Entscheidung vom 13.1.1998 (vgl. BGH (1998), S. 2825 ff.) bestätigt. Vgl. zur Thematik auch Köhler (1995), S. 2019 ff.

538) Isensee (1996), S. 39.

539) Vgl. ebenda.

540) Vgl. hierzu insbesondere § 2 Abs. 1 und 4 MBO-Ä 1997.

sind aber datenschutzrechtliche Anforderungen verbunden.<sup>541</sup> Dazu gehört zum einen die freie Entscheidung des Versicherten über die Weitergabe seiner Daten und zum anderen seine Möglichkeit, die z. B. einem Leistungserbringer zur Verfügung gestellten Daten zu selektieren. Daher ist die Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe von persönlichen Daten nur nach Einwilligung durch den Betroffenen möglich. Damit der Versicherte seine Rechte wahrnehmen kann, ist es daher auch im Rahmen von Managed-Care-Projekten erforderlich, ihn umfassend über Zweck, Art und Umfang von sowie über Beteiligte an Maßnahmen, bei denen persönliche Daten des Versicherten gespeichert und an andere Verwender übermittelt werden, zu informieren. Bei Einholung der Einwilligung bei den Betroffenen sind diese auf den Zweck der Speicherung und einer vorgesehenen Übermittlung sowie auf Verlangen auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen.<sup>542</sup>

## **5.2.2 Positionen und Aktivitäten heutiger und zukünftiger Marktteilnehmer zum Beziehungsaufbau zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern**

### **5.2.2.1 Private Krankenversicherer**

Soweit erkennbar, gibt es in der aktuellen Diskussion keine einheitliche Position innerhalb der PKV zur Thematik Managed Care und damit auch zur Ausgestaltung ihrer Beziehungen zur Leistungserbringerseite. Während besonders die DKV seit einiger Zeit für den Einstieg in ein System, in dem Krankenversicherer individuelle Verträge mit Netzwerken von Leistungserbringern abschließen können, plädiert<sup>543</sup> und auch andere PKV-Unternehmen jüngst Pilotprojekte zur Ausgabensteuerung angekündigt haben<sup>544</sup>, gibt es im PKV-Verband wohl auch

---

541) Hier sind insbesondere § 4 Abs. 1 und 2 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu nennen. Diese lauten: (1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten und deren Nutzung sind nur zulässig, wenn dieses Gesetz oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder anordnet oder der Betroffene eingewilligt hat. (2) Wird die Einwilligung des Betroffenen eingeholt, ist er auf den Zweck der Speicherung und einer vorgesehenen Übermittlung sowie auf Verlangen auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt werden, ist die Einwilligungserklärung im äußeren Erscheinungsbild der Erklärung hervorzuheben.

542) Vgl. zum Ganzen Boetius (1996), S. 50.

543) Vgl. u. a. Boetius (1996), S. 45 ff.; Fromme (1995), S. 14; Weber (1998), S. 32.

544) So haben die Konzerne ERGO (mit den Krankenversicherern DKV und VICTORIA), Generali (mit Generali und CENTRAL), AXA (AXA COLONIA) und Parion (im Krankenversicherungsgeschäft mit BERLIN-KÖLNISCHE, Gothaer und ASSTEL) als gemeinsames Pilotprojekt mit den Klinikketten Asklepios und Sana eine Kooperation im Bereich der Anschlußheilbehandlung nach Herzinfarkt, Schlaganfällen, Krebserkrankungen sowie nach dem Einsatz künstlicher Gelenke vereinbart. Vgl. hierzu ausführlich S. 259 ff.

einige "konservative" Unternehmen, die am bisherigen System festhalten wollen.<sup>545</sup>

"Offizielle" Überlegungen des PKV-Verbands zum Verhältnis zwischen PKV-Unternehmen und den Leistungserbringern beziehen sich schwerpunktmäßig auf neue Vergütungsmodelle. Vor allem fordert die PKV ein Verhandlungsmandat hinsichtlich der Honorierung der Leistungserbringer. Nach ihren Vorstellungen sollten gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die es dem PKV-Verband bzw. einzelnen Krankenversicherern erlauben, mit Bundesärztekammer, Ärztekammern, kassenärztlicher Bundesvereinigung, kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzteverbänden oder einzelnen Ärzten von der Gebührenordnung abweichende Regelungen über die Vergütung ärztlicher Leistungen zu vereinbaren.<sup>546</sup> Begründet wird diese Forderung mit mangelnder Transparenz der Abrechnung ärztlicher Leistungen aufgrund des komplizierten Einzelleistungsvergütungssystems der amtlichen Gebührenordnung, der mangelnden Flexibilität in der zeitnahen Reaktion auf Fehlentwicklungen (genannt werden z. B. die extensive Auslegung der Gebührenordnung und die Umgehung des Willens des Verordnungsgebers in der Abrechnungspraxis durch die Leistungserbringer) bzw. bei der Berücksichtigung besonderer Situationen und Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen (z. B. Standardtarif-Versicherte, Studenten, Beamte in niedrigen Besoldungsstufen) im Rahmen der Liquidation.<sup>547</sup>

Vertragliche Vereinbarungen sollen es dabei der PKV erlauben, in toto oder partiell von den amtlichen Gebührenordnungen abweichen zu können.<sup>548</sup> Mit einer gesamthaften Abweichung von den Gebührenordnungen sind offensichtlich Preisverhandlungen gemeint, die sich von den amtlichen Gebührenordnungen und der darin verankerten Honorarform der Einzelleistungsvergütung lösen und statt dessen eigene Gebührenstrukturen oder alternative Vergütungsmodelle, wie z. B. Pauschalhonorare, zum Gegenstand haben. Mit partiellen Abweichungen ist dagegen wohl die Zielvorstellung verbunden, Vereinbarungen zu treffen, die von den geltenden Gebührenordnungen als Basis ausgehen und sich – bei Beibehaltung des Prinzips der Einzelleistungsvergütung – auf die Honorardifferenzierung durch Beschränkung des Steigungssatzes des Honorartarifs (z. B. für bestimmte Personengruppen) konzentrieren.

In diesem Zusammenhang ist die Haltung des PKV-Verbandes zur vom Bundesrat im Rahmen seiner Zustimmung zur Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte initiierten Frage einer Umstellung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte auf eine Vertrags-GOÄ bzw. Ver-

---

545) Konkret nennt z. B. der Vorstandsvorsitzende der GLOBALE, Karl-Peter Thevessen, in diesem Zusammenhang die Debeka, die mit ihrem Vorstandsvorsitzenden Peter Greisler auch den PKV-Verbandspräsidenten stellt. Thevessen zeigt sich in diesem Zusammenhang wenig glücklich über die zögerliche Haltung des PKV-Verbands zum Thema Managed Care. Vgl. o.V. (1998g), S. 18.

546) Vgl. PKV-Verband (1997c), S. 43.

547) Vgl. ebenda, S. 41.

548) Vgl. ebenda.

trags-GOZ interessant: In ersten Reaktionen hat die PKV deutlich gemacht, daß die PKV Verhandlungskompetenzen auf der Basis amtlicher Gebührenordnungen anstrebt. Der PKV-Verband hat hierzu – im wesentlichen mit Bezug auf die Gebührenordnung für Ärzte – vorgebracht, daß sich amtlichen Gebührenordnungen als Rechtsverordnung der Bundesregierung prinzipiell bewährt haben und sie daher einer vollständigen Ablösung des staatlich verordneten Gebührensystems durch eine Vertragsgebührenordnung eher skeptisch gegenübersteht.<sup>549550</sup>

Diese Haltung zu einer aktuellen Fragestellung spiegelt die vom PKV-Verband bzw. dessen Vertretern bereits seit geraumer Zeit kommunizierte Grundsatzzposition wieder, die es als Vorteil gegenüber amerikanischen MCO's ansieht, daß die deutsche PKV überhaupt von amtlichen Gebührenordnungen als Basis für Honorardifferenzierungen ausgehen kann. Wörtlich heißt es dazu seitens des PKV-Verbandes: "Daß die PKV überhaupt von der GOÄ als Basis ausgehen kann, ist ein Vorteil gegenüber den amerikanischen Krankenversicherungen, die

- 
- 549) Die GOÄ führe zur Transparenz der ärztlichen Liquidation und Sorge dafür, daß der Patient im Behandlungsvertrag, bei dem nicht von einer gleichgewichtigen Position der Vertragsparteien ausgegangen werden könne, dem Arzt nicht ausgeliefert werde. Es sei deshalb zu unterstellen, daß die amtliche GOÄ gegenüber einer Vertrags-GOÄ bei den privatversicherten Patienten eine höhere Akzeptanz genieße. Falls nach Umstellung aus einer Vertrags-GOÄ Prämienhöhungen resultierten, müßten die Versicherten mutmaßen, daß sich die Beteiligten zu Lasten der Betroffenen geeinigt hätten. Darüber hinaus führt die PKV schlechte Erfahrungen im Zusammenhang mit Auseinandersetzungen zwischen den Versicherungsträgern und den Ärzteverbänden bei der Auslegung der GOÄ ins Feld. Deshalb könne nicht erwartet werden, daß bei einer Umstellung auf eine Vertrags-GOÄ einvernehmliche Lösungen gefunden würden. Vielmehr sei zu erwarten, daß Konflikte im ganzen Leistungsspektrum oder in wichtigen Einzelpunkten entstehen, die einen Konfliktmechanismus erforderten. Schiedsamtstlösungen seien für die PKV allenfalls dann akzeptabel, wenn das Schiedsamt (Schiedsstellenvorsitzender) von einer staatlichen Stelle (wie etwa dem Bundesgesundheitsministerium) übernommen wird. Ein Indiz dafür seien die Erfahrungen mit Gremien im Krankenhaussektor oder den Krankenkassen (Gebührenfestsetzungsausschüssen). Ungeachtet dessen will die PKV die Kompetenzen der Selbstverwaltungsgremien aktivieren. Dies soll insbesondere im Hinblick auf die Überarbeitungsintervalle gelten. Die Probleme könnten aber auch im Rahmen des geltenden Systems bewältigt werden. Jedenfalls wäre der Rückzug des Ordnungsgebers aus Sicht der PKV ein falsches Signal. Zudem seien bei Wegfall des Interessenwahrers für die Etats der Beihilfe (Bund und Länder) Ausgabenschübe bei der Privatliquidation zu erwarten. Vgl. o.V. (1997b), S. 106.
- 550) Aus jüngeren Äußerungen ist eine etwas "beweglichere" Haltung zu dieser Thematik zu entnehmen. So steht die PKV nunmehr "nach einem längeren internen Meinungsbildungsprozeß" einer Vertragslösung offensichtlich zumindest dann nicht ablehnend gegenüber, wenn zum einen die Gebührenordnungen subsidiär solange fortbestehen, bis alle Bereiche vertraglich ausgehandelt sind und wenn zum anderen eine Vertragslösung mit einer wirksamen Schiedsregelung für den Fall der Nichteinigung zwischen Ärzteschaft und PKV verbunden ist. Vgl. o.V. (1998e), S. 84 sowie PKV-Verband (1998), S. 47.



sich mit dem Aufbau eigener Systeme wie den PPOs oder HMOs inclusive eigener Kliniken oder angestellter Ärzte behelfen<sup>551</sup> müssen."<sup>552</sup>

Allein aus der Wortwahl in obigem Zitat läßt sich zudem ableiten, daß zumindest die "offizielle" Position des PKV-Verbandes auch dem Aufbau eigener MCO's durch private Krankenversicherer jedenfalls im Sinne von institutionellen Verknüpfungen von Leistungserbringer- und Versicherungsfunktionen in PKV-dominierten Organisationsformen wenig abgewinnen kann. Offensichtlich setzt die PKV auch hier – möglicherweise vor dem Hintergrund der Struktur der Leistungserbringerseite im ambulanten Bereich mit einer Vielzahl rechtlich und wirtschaftlich selbständig niedergelassener Ärzte – auf den Aufbau einer Beziehungsebene durch vertragliche Vereinbarungen und nicht durch institutionelle Integration.

Hinzukommen mag, daß die Gründung derartiger Trägerorganisationen allenfalls für wenige große Krankenversicherer wirtschaftlich "in Eigenregie" umsetzbar wäre. Zum Zwecke einer ausreichenden Versorgung der Versicherten müßte eine derartige Trägergesellschaft nämlich eine hinreichende Versorgungsdichte gewährleisten. Rentabilitätsrechnungen zeigen, daß zwischen 3.000 und 10.000 versicherte Personen notwendig sind, um einen rentablen Betrieb derartiger Trägergesellschaften zu gewährleisten.<sup>553</sup> Dies erscheint mit Blick auf den Marktanteil der PKV insgesamt, der Verteilung der Marktanteile auf die einzelnen Krankenversicherungsunternehmen und einer möglichen Beteiligungsquote privat vollversicherter Personen an einem derartigen Angebot zur Zeit jedoch nur in Ballungsräumen und – jedenfalls für kleine und mittlere Unternehmen – durch Zusammenschluß mehrerer privater Krankenversicherungsunternehmen zu einer Trägergesellschaft realistisch.

Auch hier scheint die DKV als größter europäischer Krankenversicherer eine aktive Rolle einnehmen zu wollen. Denn Pressemeldungen zur Folge will sie nach Schaffung der politischen Rahmenbedingungen, die aus Sicht der DKV innerhalb der nächsten zwei Jahre geschaffen sein werden, im "Alleingang" ein Ärztenetzwerk zunächst in den Ballungsregionen Rhein-Main-Gebiet, Berlin, Düsseldorf/Köln und München aufbauen.<sup>554</sup>

Gegenüber den recht aktiv vorgetragenen Forderungen nach Vertragsabmachungen zwischen privaten Krankenversicherern und (ausgewählten) Leistungserbringern bezüglich Honorierungssystemen werden vertragliche Regelungen bezogen auf die prozeßorientierte Einflußnahme der privaten Krankenversicherer auf die Leistungserbringer weniger stark und konkret in die Diskussion eingebracht. Im Zusammenhang mit den im Vordergrund stehenden Vorschlägen

---

551) Unterstreichung durch den Verfasser dient der Verdeutlichung der Aussage; sie fehlt im Originaltext.

552) Vgl. PKV-Verband (1997c), S. 34.

553) Vgl. Geser (1995), S. 33 mit Bezug auf schweizerische HMO-Modelle.

554) Vgl. Weber (1998), S. 32

zu vertraglichen Vereinbarungen mit der Leistungserbringerseite über Vergütungen äußert sich der PKV-Verband insoweit, daß entsprechende Vertragskompetenzen darüber hinaus von der PKV auch zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung privat Krankenversicherter genutzt werden könnten".<sup>555</sup> Erste Umfragen zeigen aber ein wachsendes Interesse der von PKV-Unternehmen zur Realisierung konkreter prozeßorientierter Instrumente. Im Vordergrund stehen dabei in erster Linie Disease und Case-Management-Projekte.<sup>556</sup> Auf die aus Sicht einiger PKV-Unternehmen in Zukunft verstärkte Bedeutung der qualitativen Aspekte der medizinischen Versorgung deuten auch Änderungen in ihren Organisationsstrukturen hin.<sup>557</sup>

### 5.2.2.2 Ärzteschaft

Auch die Ärzteschaft kann sich den Diskussionen über vertragliche Vereinbarungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, bezogen vor allem auf Honorierungsfragen, nicht entziehen. Ihre Haltung zu dieser Thematik ist dabei durch folgendes Dilemma geprägt: Einerseits ist es das betriebswirtschaftliche Bestreben eines jeden Arztes, bestimmte Einkommensziele zu erreichen. Unbestritten ist weiter, daß die Anteile des Praxisumsatzes aus Privatliquidationen im Vergleich zum Anteil der Privatpatienten am Gesamtkundenstamm überproportional sind.<sup>558</sup> Daher kann seitens der Ärzteschaft kein Interesse daran bestehen, die Marktposition der privaten Krankenversicherungen zu schwächen.

Insoweit überrascht vor dem Hintergrund des Einkommensinteresses der Ärzte weder die grundsätzliche Zustimmung der Ärztekammern zur Umstellung der amtlichen Gebührenordnung auf Vertrags-Gebührenordnungen. Denn dies führt aus Sicht der Ärzteschaft vor allem zu einer flexibleren Anpassung des Leistungsverzeichnisses an den medizinischen Fortschritt.<sup>559</sup> Noch stehen die Ablehnung einer generellen Einschränkung des Gebührenrahmens durch Senkung des Multiplikatorensatzes auf der einen Seite und die Bereitschaft zu Öffnungsklauseln innerhalb der Gebührenordnungen im Widerspruch. Denn aus Sicht der Ärztekammern sollen es derartige Öffnungsklauseln einerseits ermöglichen, besondere Vergütungsregelungen für sozial schutzbedürftige Personen (z. B. Standardtarif-Versicherte, Studenten, Arbeitslose, aber auch Beamte in niedrigen Besoldungsstufen) einvernehmlich zwischen Ärztekammern, privaten Krankenversicherungsunternehmen und Beihilfeträgern zu regeln. Eine grundsätzli-

---

555) PKV-Verband (1997), S. 41.

556) Vgl. Pankonin (1998), S. 74 ff. In diesem Zusammenhang verweist z. B. die DKV auf Leitlinien für Diabetes, Suchterkrankungen und Aids, die sie auf der Basis ihres Datenbestands erarbeitet hat. Vgl. Weber (1998), S. 32.

557) So hat die DKV zum 1.1.1998 eine Hauptabteilung Gesundheitsmanagement geschaffen, die sich in die Abteilungen Gesundheitsmanagement-Außendienst, Leistungsfragen, Medizinische Beratung und die Gruppe Leistungssteuerung untergliedert. Vgl. Pankonin (1998), S. 71.

558) Vgl. hierzu PKV-Verband (1998a), S. 39 ff.; Uleer (1992), S. 46 ff.

559) Vgl. o.V. (1997b), S. 107.

che Verweigerung zu Öffnungsklauseln könnte daher zur Folge haben, daß dadurch die Marktposition der PKV geschwächt wird, weil sich das Wahlverhalten dieser Personengruppen zugunsten der GKV verändert oder die Politik die faktische Verweisung ganzer Berufsgruppen an die PKV (wie bei den Beamten) neu überdenkt. Dies kann aber nicht im Sinne der Ärzteschaft sein, da damit für sie letztlich Honorareinbußen einhergingen.

Andererseits bedeuten Öffnungsklauseln für bestimmte Personengruppen ein "Einfallstor" für die PKV, ein generelles Verhandlungsmandat für Preisverhandlungen auch mit einzelnen Leistungserbringern anzustreben mit dem Ziel, über die Ausübung von Nachfragemacht Preisreduzierungen durchzusetzen. Eine insofern zu konstatierende Schwächung der solidarisch handelnden Ärzteschaft kann dann im Ergebnis zumindest für bestimmte Ärzteguppen zu Einkommensverlusten führen. Die Reaktion zahlreicher Ärzte auf die Listenlösung zum Standardtarif zeigt aber, daß die "Solidaritätsfront" innerhalb der Ärzteschaft vor dem Hintergrund einer zunehmenden Wettbewerbs- und Marktorientierung im Gesundheitswesen brüchiger wird. Denn trotz (wohl wie gezeigt nicht tragfähiger) berufsrechtlicher Einwände der Ärztekammern<sup>560</sup> haben sich etwa 4.000 niedergelassene Ärzte auf diese Liste setzen lassen, mit der Standardtarif-Versicherte darüber informiert werden, von welchen Ärzten sie sich bis zum 1,7fachen GOÄ-Satz behandeln lassen können. Insoweit ist die Beurteilung der PKV, daß vertragliche Vereinbarungen mit der Leistungserbringerseite nicht von vornherein nur Ablehnung zu befürchten haben<sup>561</sup>, wohl zutreffend.

Hinsichtlich der Beschäftigung von Ärzten in PKV-betriebenen Netzwerken sowie entsprechender Eingriffsmöglichkeiten der Netzwerkträger in den Behandlungsprozeß ist eine im Grundsatz deutlich ablehnende Haltung der Ärzteschaft zu erkennen, die sich aus dem Selbstverständnis und den Berufsgrundsätzen der Ärzte ableiten läßt. Dies bedeutet aber nicht, daß beispielsweise prozeßorientierte Instrumente selbst abgelehnt werden. Hier wird durchaus akzeptiert, daß beispielsweise Case-Management-Modelle vom theoretischen Ansatz her dazu beitragen könnten, die Versorgung der einzelnen Patienten zu verbessern und gleichzeitig die Kosten zu optimieren.<sup>562</sup> Problematisch ist aus Sicht der Ärzteschaft vielmehr die Frage der praktischen Durchführbarkeit und der Akzeptanz der medizinischen Kompetenz und der Therapiefreiheit des ärztlichen Leistungserbringers. Insoweit haben vermutlich MCO-ähnliche Netzwerke, die ärzteseitig betrieben bzw. zumindest jedenfalls nicht unter PKV-beherrschter Leitung stehen, zukünftig gewisse Erfolgsaussichten.

---

560) Vgl. S. 228 f.

561) Vgl. PKV-Verband (1997c), S. 34.

562) Vgl. o.V. (1996), S. C-516.

### 5.2.2.3 Externe Dienstleister

In jüngster Zeit sind Bestrebungen externer Marktteilnehmer erkennbar, deren Zielsetzung der Aufbau von Ärztenetzwerken ist. So hat beispielsweise die ArztPartner - Gesellschaft zum Management von Arztgruppen mbH im Raum München 150 der insgesamt 3.000 niedergelassenen Ärzte Münchens zu einer professionell gemanagten Arztgruppe vereinigt. Zielsetzung von ArztPartner ist es, in einem ersten Schritt ein besseres Serviceangebot für den Patienten anzubieten, in dem zum einen geeignete, von ArztPartner ausgewählte Ärzte vermittelt werden. Deren Dienste werden über ein telefonisches Kundenservice-Center (sog. Call Center) den privat Krankenversicherten angeboten, deren vertragsführende Versicherungsunternehmen mit ArztPartner entsprechende Verträge geschlossen haben. Zum anderen sollen regelmäßige Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt werden, um die Servicequalität zu sichern und zu erhöhen. Darüber hinaus will das Konzept in der ersten Stufe die Direktabrechnung zwischen privatem Krankenversicherer und mit ArztPartner verbundenen Leistungserbringern realisieren. In weiteren Stufen ist dann die Entwicklung zu kompletten Netzwerken in der ambulanten Versorgung, z. B. durch medizinisches Qualitätsmanagement, Einbeziehung weiterer Leistungserbringer (beispielsweise Pflegedienstleister) geplant.<sup>563</sup> Seit Mai 1998 läuft mit zwei privaten Krankenversicherern – Vereinte und Bayerische Beamtenkrankenkasse – ein Pilotprojekt zur Realisierung der ersten Stufe. Dazu erhielten ca. 60.000 Versicherte mit Wohnsitz im Raum München/Starnberg ArztPartner-Servicekarten. Diese stellt für die Versicherten der beiden beteiligten Krankenversicherer die Zugangsberechtigung zu den Informationsdiensten des Kundenservice-Centers dar.<sup>564</sup>

Dieses beispielhaft angeführte Unternehmen und seine Entwicklung deuten darauf hin, daß sich im Bereich der Gründung von Ärztenetzwerken neue Dienstleister an der Schnittstelle zwischen Arzt und privaten Krankenversicherungsunternehmen etablieren können. Dies liegt vermutlich daran, daß derartige Dienstleister Hürden überwinden können, die einzelnen privaten Krankenversicherungsunternehmen beim Aufbau von Ärztenetzwerken entgegenstehen. So ist für die meisten PKV-Unternehmen der flächendeckende Beziehungsaufbau zu Leistungserbringern durch Netzwerke schwierig, weil eine einzelne Versicherung die dazu notwendige kritische Masse an Versicherungsnehmern regelmäßig nicht erreicht. Ähnliches dürfte für die Durchführung von prozeßorientierten Instrumenten wie Case und Disease Management gelten. Weiterhin erscheint es nicht unplausibel, daß unter Beteiligung von Ärzten betriebene Netzwerke von diesen eher akzeptiert werden als deren Gründung durch private Krankenversicherungsunternehmen.<sup>565</sup> Darüber hinaus dürften Versicherte von

---

563) Vgl. o.V. (1997c), S. 24.

564) Vgl. Rittweger (1998), S. 1.

565) Insoweit erscheint es unternehmensstrategisch erfolgversprechend, daß der o. a. Dienstleister ArztPartner den mit ihm kooperierenden Ärzten die Möglichkeit anbieten

PKV-Unternehmen externen Dienstleistern weniger skeptisch gegenüberstehen als PKV-Unternehmen, denen möglicherweise weniger qualitätsbezogene als vielmehr ausgabenminimierende Strategien beim Aufbau von Ärztenetzwerken zugesprochen werden.

### 5.2.3 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

1. Die Einflußnahme der privaten Krankenversicherer auf den Risikoursachenkomplex "Verhalten der Leistungserbringer" durch struktur- und/oder prozeßorientierte Instrumente erfordert, wenn nicht institutionelle, so doch zumindest vertragliche Beziehungen zwischen PKV-Unternehmen und Leistungserbringern. Bei einem derartigen Beziehungsaufbau mit dem Ziel der Errichtung von Ärztenetzwerken unter Beteiligung privater Krankenversicherer müssen zur Zeit bestehende rechtliche Hürden, vor allem im ärztlichen Standesrecht, im Gebührenrecht und im Wettbewerbsrecht, überwunden werden.
2. Es liegt nahe, daß sich Netzwerke über mehrere Entwicklungs- und Ausbaustufen zu Ärztenetzwerken mit einem breiter gefächerten Managed-Care-Instrumentarium entwickeln könnten. Dies liegt u. a. sowohl an den vermutlich erst sukzessive abbaubaren rechtlichen Restriktionen als auch am Zeitbedarf und an den Kosten beim Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur. So erfordern die notwendigen Investitionen zum Netzaufbau regelmäßig eine bestimmte Anzahl von Versicherten. Dies wird vermutlich dazu führen, daß der Netzaufbau entweder durch sehr große Krankenversicherer (ggf. mit dem Ziel der Errichtung eines "geschlossenen Netzes") oder durch mehrere kleine und mittlere Krankenversicherer erfolgen wird. Im letztgenannten Fall könnten dann sogenannte "offene Netze" etabliert werden, die durch mehrere Krankenversicherer getragen werden. Zudem werden vermutlich zunächst "nur" regionale Netze in Ballungsräumen entstehen, bevor dünner bevölkerte Regionen in die Netze integriert werden.
3. Der Aufbau von Netzwerken könnte nicht nur von Krankenversicherern, sondern auch von Leistungserbringern und externen Dienstleistern initiiert bzw. mitgetragen werden. Externe Dienstleister spielen möglicherweise u. a. deshalb eine wichtige Rolle, weil den meisten privaten Krankenversicherern die kritische Masse zum Aufbau eigener Infrastrukturen fehlt. Diese Infrastruktur könnte von Dienstleistern im Rahmen "offener Netze" zur Verfügung gestellt werden.

---

will, sich – nach Umwandlung von der Rechtsform der GmbH in die einer "kleinen Aktiengesellschaft" – an dem Unternehmen zu beteiligen. Vgl. o.V. (1998b), S. 3.

4. Die Initiatoren und Träger von Netzwerken dürften unterschiedliche strategische Ansatzpunkte beim Ausbau der Netzwerke verfolgen. Private Krankenversicherer werden versuchen, über das Ausspielen ihrer Marktmacht zu vertraglichen Vereinbarungen über Honorare zu kommen und verfolgen mit einem derartigen Modell tendenziell einen PPO-ähnlichen Ansatz. Die Ärzteschaft könnte demgegenüber – möglicherweise in Verbindung mit externen Dienstleistern – einen qualitätsorientierten, HMO-ähnlichen Ansatz wählen, um über medizinisches Qualitätsmanagement mit ausgewählten Leistungserbringern Rationalisierungsreserven und damit Ausgabensenkungspotential zu heben sowie Vergütungsreduzierungen für die beteiligten Leistungserbringer zu vermeiden.
5. Der Aufbau von Netzwerken wird organisatorisch vermutlich auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit selektierten Leistungserbringern und nicht durch eine institutionelle Integration von leistungserbringer- und versicherungstypischen Funktionen erfolgen. Möglicherweise kommt es hier auch zu Vertragsbeziehungen unter Einschaltung externer Dienstleister, so daß vertragliche Regelungen sowohl zwischen ausgewählten Leistungserbringern und externen Dienstleistern als auch zwischen diesen und privaten Krankenversicherern entstehen könnten. Unter Umständen ermöglicht diese Konstruktion auch die schnellere Überwindung bestehender rechtlicher Hemmnisse, die heute bei einer direkten Vertragsbeziehung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherer bestehen.
6. In Netzwerken kommen wahrscheinlich zumindest in der Anfangsphase vertragliche Vereinbarungen "nur" über die Höhe des Multiplikatorsatzes des Honorartarifs bei Beibehaltung der Honorarform der Einzelleistungvergütung zum Tragen. Sie stellen mit Blick auf die erläuterten qualitativen Aspekte pauschalierter Vergütungsformen kurzfristig wohl auch die praktikabelste Methode dar, um bei weiterhin hohem Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung Einfluß auf das Verhalten der Leistungserbringer zu nehmen.

Das nachfolgende Szenario möglicher Organisationsformen zukünftiger Beziehungen von privaten Krankenversicherern versucht, die beschriebenen möglichen Entwicklungslinien nachzuzeichnen, um damit eine Ausgangsbasis für sich daraus entwickelnde Gestaltungsoptionen substitutiver Krankenversicherungsprodukte zu schaffen.

## **5.3 Szenario: Organisationsformen zukünftiger Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern**

### **5.3.1 Entwicklungsstufe 1: Virtuelles Netzwerk als medizinisches Kundenservice-Center mit Ärzteliste**

#### **5.3.1.1 Medizinisches Kundenservice-Center**

Ausgangsbasis eines virtuellen Netzwerks kann die Errichtung eines medizinischen Kundenservice-Centers für ratsuchende Patienten sowie die Aufstellung von Ärztelisten sein, mit denen private Krankenversicherungsunternehmen zukünftig zusammenarbeiten wollen (vgl. Abbildung 47 auf S. 242).

Das Grundkonzept eines medizinischen Kundenservice-Centers beruht darauf, privat Versicherten, die eine ihnen mitgeteilte Hotline-Nummer auf freiwilliger Basis anrufen, einen 24-Stunden-Service mit einer Vielzahl möglicher Dienstleistungen anzubieten.<sup>566</sup> Gerade in der Anfangsphase spielen dabei vermutlich zum einen Abwicklungsleistungen wie beispielsweise

- der Nachweis eines qualifizierten Arztes in der Nähe des Wohnorts bzw. des Arbeitsplatzes des Patienten,
- der Nachweis von Fachärzten bei bereits vom Versicherungsnehmer benannten spezifischen Krankheitssymptomen,
- der Nachweis ambulanter Pflegedienste,
- der Nachweis von Krankenhäusern, von Fach-, Spezial- und Rehabilitationskliniken sowie von Pflegeheimen einschließlich der Organisation des Aufenthalts,
- die sofortige, bevorzugte Terminvereinbarung für den Versicherten bei o. g. Leistungserbringern oder
- die direkte Abrechnung zwischen Arzt und Krankenversicherung

eine wichtige Rolle.

---

566) Medizinische Kundenservice-Center mit entsprechendem Dienstleistungsangebot werden zur Zeit nicht nur, wie oben beschrieben, von versicherungsfremden, externen Dienstleistern, wie z. B. ArztPartner, aufgebaut. Auch einige – mit privaten Krankenversicherern zum Teil innerhalb eines Konzerns verbundenen – Assistancegesellschaften sind in diesem Geschäftsfeld bereits aktiv. So wird die mediLine, die die AXA COLONIA Krankenversicherung AG ihren Versicherten anbietet, von der Roland Assistance GmbH betrieben. Soweit bekannt, bietet die Roland Assistance ihr Dienstleistungsangebot auch konzernfremden PKV-Unternehmen zur Nutzung für deren Kunden an.

Unter Ausgabenaspekten hinsichtlich optimierter Behandlungsabläufe kommen – möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt – z. B.

- die Weitergabe von Informationen und Ratschläge zum Krankheitsverlauf und zu möglichen Behandlungsstrategien, z. B. bei chronischen Erkrankungen,
- die Abwicklung von (geplanten) Krankentransporten,
- die Steuerung eines Rettungsdienstes in Notfällen,
- die Vermittlung einer freiwilligen Second-Opinion-Meinung zu vorgeschlagenen Operationen durch einen Spezialisten

in Frage.

Zum anderen kann das Kundenservice-Center auch Beratungsleistungen anbieten. Neben Feldern wie z. B. der Arzneimittelberatung, der Impfberatung oder der reise- bzw. tropenmedizinischen Beratung im Vorfeld von Auslandsreisen erscheinen dazu die oben beschriebenen zielgruppenorientierten, präventionsbezogenen Beratungsleistungen zur Verhaltensbeeinflussung betroffener versicherter Personen mit dem Ziel der Eliminierung bzw. Verringerung von Risikofaktoren besonders geeignet.

Die über ein medizinisches Kundenservice-Center erbrachten Beratungs- und Abwicklungsleistungen führen zu dialogorientierten Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenversicherer und Versichertem. Dabei kann die Aufnahme der Kommunikationsbeziehung bei fast allen Dienstleistungen sowohl vom Krankenversicherer als auch vom Versicherten ausgehen. So kann etwa die Weitergabe von Informationen und Ratschlägen über bestimmte Krankheitsbilder und entsprechender dazugehöriger Behandlungsstrategien sowohl versicherungsnehmer- als auch versichererinduziert sein. Dies gilt theoretisch beispielsweise auch für die Aufnahme einer Kommunikationsbeziehung zum Nachweis eines qualifizierten Arztes; in der Praxis dürfte sie jedoch heute regelmäßig vom Versicherten ausgehen.

Darüber hinaus ist denkbar, daß sich der Versicherer in die Kommunikationsbeziehung des Versicherungsnehmers mit Leistungserbringern "einschaltet". Ein derartiger Sachverhalt wäre beispielsweise bei der Terminvereinbarung des Krankenversicherers für eine versicherte Person bei Vertrags-Ärzten gegeben.

Es ist plausibel, daß mit steigendem Umfang der zweiseitigen Kommunikation sowohl die Ex-ante-Beeinflussung des Verhaltens des Versicherungsnehmers (z. B. mit dem Ziel der Eliminierung bzw. Verringerung von Risikofaktoren) als auch der Ex-post-Einfluß auf den Behandlungsprozeß über die versicherte Person und die Vertragsärzte (mit dem Ziel qualitäts- und kostenoptimierter Behandlungsprozesse) zunimmt.



### 5.3.1.2 Ärzteliste

Entscheidend für den Aufbau eines medizinischen Kundenservice-Centers ist die Auswahl der teilnehmenden Ärzte, die bei Anruf eines Versicherten "empfohlen" werden. Dabei spielt nicht nur die fachliche Qualifikation des Arztes eine Rolle, sondern auch seine Bereitschaft, Servicestandards (kürzere Wartezeiten für Privatpatienten der verbundenen Krankenversicherungsunternehmen, Praxisausstattung, etc.) einzuhalten (vgl. auch Abbildung 47).

Die Erstellung einer entsprechenden Ärzteliste ist berufsrechtlich nicht ganz unproblematisch, praktisch wohl aber bereits heute realisierbar. Voraussetzung dürfte sein, in die Ärzteliste zwar alle niedergelassenen Ärzte z. B. einer Region aufzunehmen (analog zu den "Gelben Seiten"), die teilnehmenden Ärzte aber mit – im Rahmen der Berufsordnung zulässigen – Zusatzinformationen (z. B. Sondersprechstunden, Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde, Praxislage in Bezug auf öffentliche Verkehrsmittel, Angabe über Parkplätze, besondere Einrichtungen für Behinderte) zu versehen.<sup>567</sup> Im praktischen Fall eines eingehenden Anrufs durch einen Versicherten könnten dann grundsätzlich mehrere Ärzte nach Vorgaben des Patienten benannt werden, wobei das Gespräch über die o. g. Kriterien so gelenkt werden könnte, daß letztlich ausschließlich am Netzwerk teilnehmende Ärzte vermittelt werden.

### 5.3.2 Entwicklungsstufe 2: Netzwerk mit medizinischem Qualitätsmanagement

Wie in Abbildung 47 dargestellt, könnte es in einem zweiten Schritt dazu kommen, daß bestehende "lose" Ärztegruppen zu Ärztenetzwerken ausgebaut werden, indem ausgewählte, effizient arbeitende Ärzte miteinander vernetzt werden. Durch diese Vernetzung könnten dann über einen verbesserten Informationsaustausch Qualitäts- und Rationalisierungsreserven im Behandlungsprozeß gehoben werden. In dieser Entwicklungsstufe stehen Überlegungen zur stärkeren Einflußnahme auf die prozeßorientierte Steuerung medizinischer Behandlungsabläufe im Vordergrund. In dieser Phase ist es denkbar, daß die Vernetzung gegenüber dem Versicherungsnehmer offengelegt wird und Überweisungen überwiegend zu Netzwerk-Ärzten erfolgen. Es könnten – gemeinsam mit den teilnehmenden Ärzten – Behandlungsleitlinien erarbeitet sowie Zweitmeinungsgremien etabliert werden. Zwecks Sicherung von Qualitätsstandards sowohl der

---

567) Diese Möglichkeit eröffnet sich insbesondere aus Nr. 3 Abs. 4 in Verbindung mit Nr. 5 Abs. 3 der "Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Information über die berufliche Tätigkeit", als ergänzende Bestimmung zu § 27 MBO-Ä 1997. Danach wären o. g. praxisorganisatorische Hinweise in Verzeichnissen erlaubt, wenn zum einen allen Ärzten das Verzeichnis zu denselben Bedingungen mit einem Grundeintrag offensteht und zum anderen hinsichtlich weiterer Angaben, wie z. B. den praxisorganisatorischen Zusatzinformationen, die Systematik sowie die Art der Angaben vom Verleger des Verzeichnisses vor der Veröffentlichung mit der zuständigen Ärztekammer abgestimmt worden sind.

Organisationsabläufe in der Praxis als auch der Behandlungsabläufe ist eine Zertifizierung der Leistungserbringer vorstellbar.

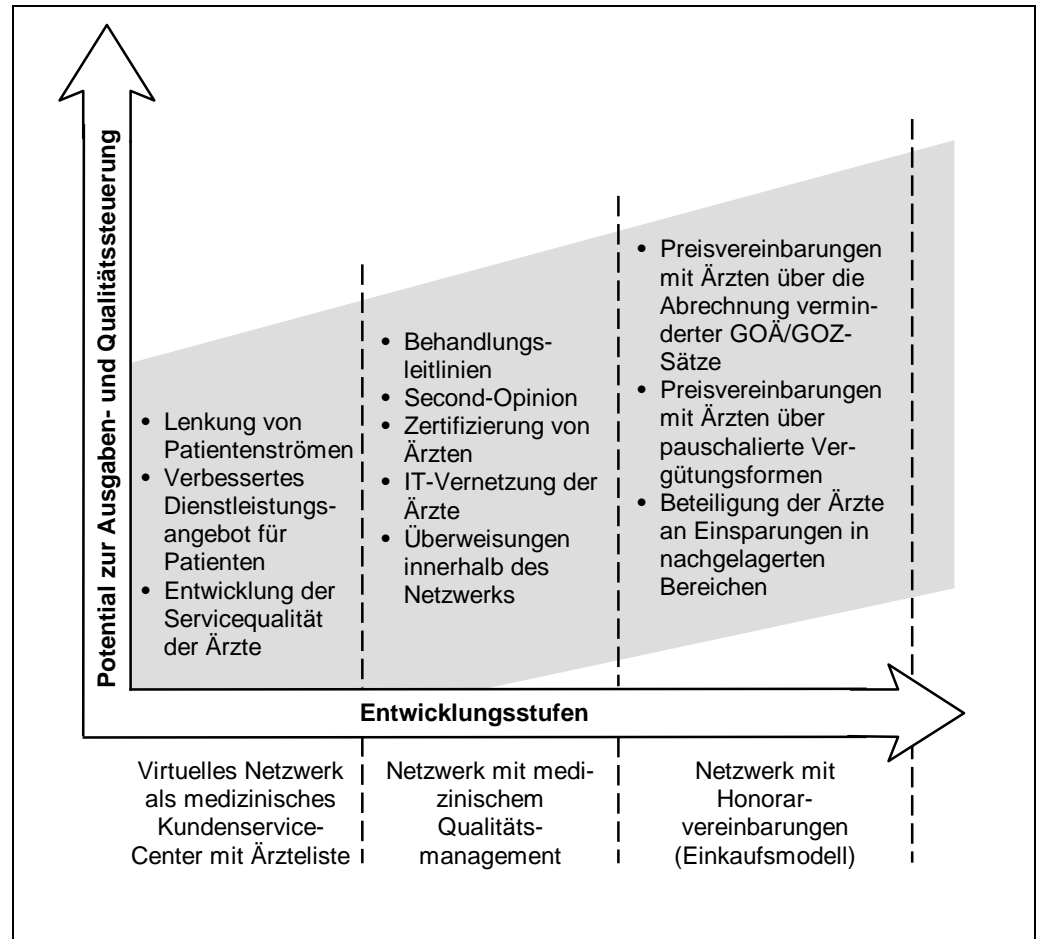


Abbildung 47: Mögliche Entwicklungsstufen zukünftiger Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern

### 5.3.3 Entwicklungsstufe 3: Netzwerk mit Honorarvereinbarungen mit Ärzten (Einkaufsmodell)

In einem dritten Schritt sind Honorarvereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern sowohl auf den jeweiligen Verbandsebenen als auch zwischen einzelnen oder mehreren PKV-Unternehmen und ausgewählten Leistungserbringern vorstellbar. Hier stehen Regelungen zum Honorartarif mit dem Ziel der Begrenzung des Multiplikatorsatzes auf der Basis der Einzelleistungsvergütung im Mittelpunkt. Zu einem späteren Zeitpunkt sind dann gegebenenfalls auch Honorarvereinbarungen über pauschale Vergütungsformen möglich (vgl. Abbildung 47).

## **5.4 Entwicklungslinien der Umsetzung leistungserbringerorientierter Instrumente zur Ausgaben- und Qualitätssteuerung im Rahmen der Gestaltung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte**

### **5.4.1 Grundlagen**

Die verschiedenen Entwicklungsstufen eines sich vermutlich schrittweise vollziehenden Beziehungsaufbaus zwischen Krankenversicherern und ausgewählten Leistungserbringern sind jeweils durch typische Instrumente gekennzeichnet, mit denen Qualitäts- und Rationalisierungsreserven im Behandlungsprozeß gehoben und Preisreduzierungen der Leistungserbringer erzielt werden sollen. So ist bereits ab der ersten Stufe die Lenkung von Patientenströmen zu ausgewählten Leistungserbringern charakteristisch. Im Zuge eines weiteren Ausbaus der Netzwerkfunktionen kommen dann prozeßorientierte Instrumente in Form von vertraglichen Vereinbarungen über Bereitstellung und Austausch von Daten, die Art und Umfang der Leistungserbringung (u. a. Behandlungsleitlinien, Second-Opinion-Modelle) und Maßnahmen der Qualitätssicherung zum Einsatz. Darüber hinaus können sukzessive auch Vergütungsregelungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern etabliert werden.

Derartige vertragliche Regelungen zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringern führen nicht automatisch zu Konsequenzen für das Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherer und seinem Kunden, dem Versicherungsnehmer. Im folgenden werden mögliche, aus vertraglichen Regelungen zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer resultierende Auswirkungen auf die Produktgestaltung substitutiver Krankenversicherungsprodukte in ihren Komponenten Risiko- und Dienstleistungsgeschäft betrachtet.

### **5.4.2 Lenkung von Patientenströmen zu ausgewählten Leistungserbringern**

#### **5.4.2.1 Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft**

##### **5.4.2.1.1 Beispiel: Patientensteuerung durch Beschränkung der freien Arztwahl**

Zentrales Merkmal einer im Zusammenhang mit der Auswahl von Leistungserbringern zu diskutierenden Änderung der Vertragsgestaltung ist die Einschränkung der freien Arztwahl auf die mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen vertraglich verbundenen Leistungserbringer.<sup>568</sup>

---

568) Zur Akzeptanz derartiger Einschränkungen durch den Versicherten vgl. insbesondere S. 275 f.

Eine Möglichkeit wäre nun die Beschränkung der freien Arztwahl durch Modifizierung des § 4 Abs. 2 Satz 1 MB/KK, nach dem den versicherten Personen die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten freisteht. Dies könnte beispielsweise in der Form geschehen, daß bestimmte Leistungserbringer durch Verzeichnisse oder auf Nachfrage benannt werden. Die Wahl anderer als der benannten Leistungserbringer würde dann nicht unter den Versicherungsschutz fallen und hätte insofern eine 100%ige Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers zur Folge.

Diese Regelung erscheint aus zwei Gründen wenig praktikabel: Zum einen ist es wahrscheinlich, daß ein flächendeckendes Vertragsarztsystem nur sukzessive aufgebaut werden kann, und zum anderen erscheint es zur Akzeptanz einer Beschränkung der freien Arztwahl notwendig, die Behandlung durch einen Nicht-Vertragsarzt unter Inkaufnahme einer Selbstbeteiligung zu ermöglichen.

Einen besseren Weg stellt daher vermutlich die Beschränkung der freien Arztwahl über unternehmensindividuelle, tarifspezifische Regelungen dar. Über eine derartige Tarifklausel könnte konkret vereinbart werden, daß die Behandlung durch einen Nicht-Vertragsarzt bzw. in Modellen mit Gatekeeper zusätzlich die direkte fachärztliche (gegebenenfalls auch stationäre) Behandlung mit einer prozentualen Abzugsfranchise belegt wird. Eine entsprechende Tarifbestimmung für ein in Abbildung 48 auf S. 245 dargestelltes Grundmodell zur Beschränkung der freien Arztwahl könnte beispielsweise wie folgt lauten:

1. *Der Versicherer leistet Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern die Heilbehandlung durch einen von mindestens x vom Versicherer zu benennenden niedergelassenen Ärzten<sup>569</sup> im Umkreis von y Kilometern vom Wohnort des Versicherungsnehmers durchgeführt wird.*
2. *In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.*

Aufgrund dieser Tarifbestimmung wäre der Krankenversicherer in der Verpflichtung, Vertragsärzte zu benennen, will er die 100%ige Erstattung von durch Nicht-Vertragsärzte vorgenommenen Heilbehandlungen vermeiden. Diese Nachweispflicht erhöht einerseits den Druck auf den Krankenversicherer, den flächendeckenden Ausbau des Vertragsarztnetzwerkes zu forcieren und andererseits sein Interesse, durch entsprechende Abwicklungsleistungen dafür Sorge zu tragen, daß im Leistungsfall von den versicherten Personen auch tatsächlich Vertragspartner aufgesucht werden.

---

569) Es erscheint zur Förderung der Akzeptanz durch den Versicherten sinnvoll, ihn unter mindestens drei Leistungserbringern wählen zu lassen.

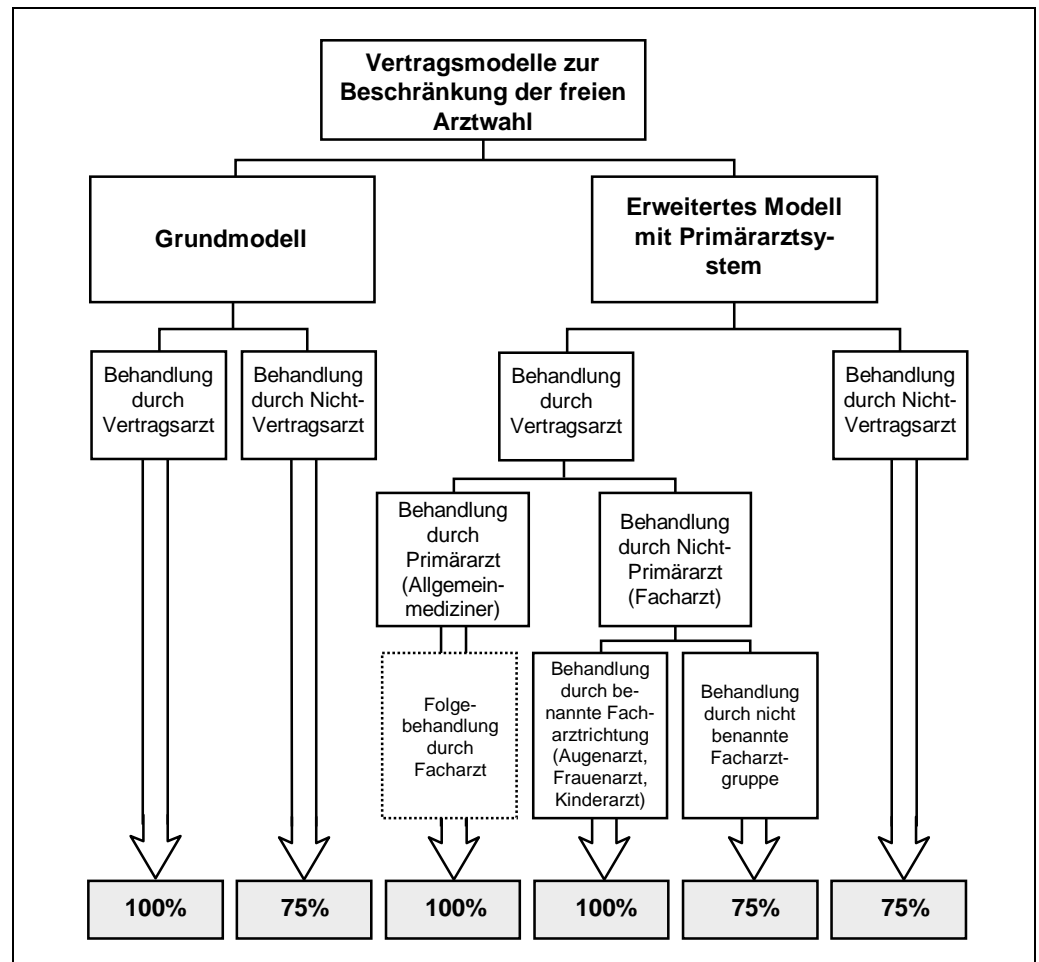


Abbildung 48: Vertragsmodelle zur Beschränkung der freien Arztwahl

Dies gilt ebenso für ein erweitertes Modell mit Primärarztsystem nach dem Gatekeeper-Prinzip, in dem der Versicherte eine 100%ige Erstattung nur bei Heilbehandlungen durch einen vom Krankenversicherer zu benennenden Allgemeinmediziner oder durch konkret benannte Fachärzte bei bestimmten Indikationen (Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt) erfolgt. Eine tarifspezifische Regelung in Vertragsarztmodellen mit Gatekeeper-Prinzip könnte etwa folgenden Wortlaut haben:

1. *Der Versicherer leistet Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern*
  - a.) *die Heilbehandlung durch einen von mindestens x vom Versicherer zu benennenden niedergelassenen Ärzten im Umkreis von y Kilometer vom Wohnort des Versicherungsnehmers durchgeführt wird und*
  - b.) *die Erstbehandlung jeweils zunächst durch einen gemäß a) vom Versicherer zu benennenden Allgemeinarzt durchgeführt wird.*

2. *Der Versicherer leistet ebenfalls Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn der Versicherte unmittelbar einen vom Versicherer gemäß 1a.) zu benennenden Augenarzt, Frauenarzt oder Kinderarzt aufsucht.*
3. *In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.*

Schwierig ist im erweiterten Modell mit Primärarztsystem insbesondere die Definition der Abhängigkeiten der Erstattung bei der Behandlung durch den Primärarzt. In obiger Tarifklausel muß der Versicherte zur Erlangung einer 100%igen Erstattung "nur" die Erstbehandlung durch einen vom Versicherer zu benennenden Allgemeinarzt durchführen lassen. Folgebehandlungen durch Fachärzte wären danach ebenfalls zu 100% erstattungsfähig, soweit die behandelnden Fachärzte Vertragsärzte des Netzwerkes sind. Diese Klauselformulierung trägt vermutlich gerade bei im Aufbau befindlichen Managed-Care-Strukturen zur Akzeptanz der Versicherten bei. Sie birgt allerdings auch die Gefahr, daß sich der Versicherte nur "pro forma" zur Erstbehandlung zum Allgemeinarzt begibt, um danach umgehend fachärztliche Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Da Gatekeeper-Modelle ihre ausgabensenkenden Effekte u. a. durch Verschiebung der Behandlungsgrenzen zugunsten des ambulanten allgemeinärztlichen (und damit zulasten des fachärztlichen Bereichs) erzielen wollen, könnten zur Sicherung der Ausgabeneffekte weitere Einschränkungen notwendig sein. So ist es vorstellbar, der Behandlung durch Allgemeinärzte dadurch Priorität zu gewähren, indem die Erlangung einer 100%igen Erstattung von Behandlungen durch Vertrags-Fachärzte von einer Überweisung durch den Allgemeinarzt abhängig zu machen. Dazu könnte obige Tarifklausel wie folgt abgeändert werden:

1. *Der Versicherer leistet Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern die Heilbehandlung durch einen von mindestens x vom Versicherer zu benennenden niedergelassenen Allgemeinärzten im Umkreis von y Kilometern vom Wohnort des Versicherungsnehmers durchgeführt wird.*
2. *Der Versicherer leistet Kostenersatz in Höhe von 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern die Heilbehandlung durch einen von mindestens x vom Versicherer zu benennenden Fachärzten im Umkreis von y Kilometern vom Wohnort des Versicherungsnehmers aufgrund einer Überweisung durch einen niedergelassenen Allgemeinarzt gemäß Nr.1 durchgeführt wird.*

3. *Der Versicherer leistet ebenfalls Kostenersatz in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn der Versicherte unmittelbar einen vom Versicherer gemäß Nr. 1 zu benennenden Augenarzt, Frauenarzt oder Kinderarzt aufsucht.*
4. *In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.*

#### **5.4.2.1.2 Beispiel: Patientensteuerung durch Belohnung freiwilliger Einschränkungen des Versicherten bei der freien Arztwahl**

Die oben dargelegten Möglichkeiten zur Beschränkung der freien Arztwahl durch unternehmensindividuelle, tarifspezifische Klauseln können in der praktischen Umsetzung vor allem auf folgende Vorbehalte stoßen:

- die Einschränkung der freien Arztwahl durch die "Bestrafung" des Versicherten bei der Wahl von Nicht-Vertragsärzten in Form von prozentualen Selbstbeteiligungen würde zumindest zum heutigen Zeitpunkt ein Produktnachteil gegenüber der GKV darstellen,
- die Bedingungstexte werden durch die zum Teil verhältnismäßig komplizierten Klauseln für den Kunden intransparenter und könnten ihn daher vom Kauf derartiger Produkte abhalten,
- dem sich nur schrittweise vollziehenden Aufbau von Netzwerken mit ausgewählten Leistungserbringern können die eher unflexiblen Klauseln kaum Rechnung tragen.

Möglicherweise sind hier Beitragsrückerstattungsmodelle – wie auch bereits bei der Förderung von Präventionsaktivitäten<sup>570</sup> – eine interessante Alternative. So könnte der Krankenversicherer folgende, tariflich zu hinterlegende Vereinbarung mit seinen Kunden treffen:

*Für bestimmte vom Krankenversicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten kann der Krankenversicherer eine Beitragsrückerstattung vorsehen. Die zum Erhalt der Beitragsrückerstattung vom Versicherten zu erfüllenden Voraussetzungen und die Höhe der möglichen Beitragsrückerstattung werden den Versicherten zu Beginn jedes Versicherungsjahres mitgeteilt.*

Ein derartiges Beitragsrückerstattungsmodell, das auch in Ergänzung zu den "klassischen", auf Leistungsfreiheit abzielenden Beitragsrückerstattungssystemen<sup>571</sup> eingeführt werden kann, setzt nicht nur auf "Belohnung" des Versicherten und vermeidet dadurch Produktnachteile zur GKV, wie sie mit prozentualen

---

570) Vgl. hierzu S. 185 ff., vor allem S. 189.

571) Vgl. hierzu S. 151 f.

Selbstbeteiligungen bei Nutzung von Nicht-Vertragsärzten regelmäßig verbunden sind. Es ermöglicht insbesondere auch ein deutlich flexibleres Reagieren auf den sich vermutlich nur sukzessive vollziehenden Aufbau von Vertragsärztenetzwerken. So könnte der Krankenversicherer etwa in frühen Entwicklungsstufen von Netzwerkstrukturen z. B. die Versicherten belohnen, die bei allen ambulanten Behandlungen in einem Versicherungsjahr ausschließlich ihren Hausarzt in Anspruch genommen haben. Mit dem Ausbau der Netzwerkfunktion, vor allem der flächendeckenden Etablierung eines Vertragsärztenetzwerkes, ist dann auch die Kopplung des Beitragsrückerstattungsanspruchs an die ausschließliche Nutzung des Vertragsärztenetzwerkes des Krankenversicherers denkbar.

#### **5.4.2.1.3 Exkurs: Patientensteuerung durch Modifizierung des bestehenden Kostenerstattungsprinzips**

Als ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Lenkung der Patientenströme zu den Leistungserbringern im Rahmen eines virtuellen Netzwerks wurde die Ausdehnung des Dienstleistungsangebots, vor allem durch über eine Hotline abrufbare Beratungs- und Abwicklungsleistungen, beschrieben. Offen ist, ob dies zur Akzeptanz entsprechender Produktkonzepte, die diese Dienstleistungen beinhalten, ausreichend ist. Dagegen könnte beispielsweise sprechen, daß finanzielle Anreize fehlen, um Versicherungsnehmer, deren Ärzte nicht dem Netzwerk angehören, zu einem Wechsel des Arztes zu bewegen.

Ein interessanter Ansatz könnte nun darin liegen, den Versicherungsnehmern die Einführung der Direktliquidation zwischen dem Krankenversicherer und den in Anspruch genommenen Leistungserbringern anzubieten, soweit der entsprechende Arzt Teilnehmer im Ärztenetzwerk ist.<sup>572</sup> Denn eine Direktliquidation wäre neben einer Modifizierung des Risikogeschäftes durch eine vereinfachte Form der Kostenerstattung mit weiteren, für den Versicherungsnehmer nutzenstiftenden Abwicklungsleistungen verbunden:

- Der Versicherungsnehmer muß nicht, wie es das "reine" Kostenerstattungsprinzip eigentlich vorsieht, in Vorleistung gehen und zunächst den Leistungserbringer bezahlen, bevor er beim Krankenversicherer eine Erstattung der Heilbehandlungskosten beantragt.
- Für den Versicherungsnehmer entfallen die teilweise recht umfangreichen Arbeiten im Zusammenhang mit Erstattungsanträgen (Ausfüllen und Versenden der Anträge, Prüfung des Geldeingangs).

---

572) Die Direktliquidation zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern dürfte auch für letztere ein Anreiz zur Teilnahme am Ärztenetzwerk sein. Denn sie sichert ihnen einen zeitnahen Ausgleich der abgerechneten Leistungen.



- Die Direktliquidation zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer mindert die Gefahr für den Versicherungsnehmer, daß er - für ihn ex-ante nicht erkennbare - Selbstbeteiligungen tragen muß, weil beispielsweise der Steigerungssatz der Gebührenordnungen überschritten wurde oder einzelne Leistungen medizinisch nicht notwendig waren.

In der Praxis könnte die Direktliquidation dergestalt durchgeführt werden, daß sich Versicherungsnehmer bei Vertragsärzten durch eine Versichertenkarte ausweisen<sup>573</sup>. Diese Karte könnte durch Aufdruck oder durch Speicherung auf einem Chip für den Leistungserbringer wesentliche Informationen zum Versicherungsschutz des Patienten, wie z. B. die Einschränkung der Arztwahlfreiheit auf bestimmte Vertragsärzte oder die Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen auf einen bestimmten Steigerungssatz des Honorartarifs, enthalten.

Zwecks Erhaltung der Transparenz über Art, Umfang und Kosten der durchgeführten Heilbehandlungsmaßnahmen auf Seiten des Versicherten sollte eine gewisse Rechnungsprüfung nach wie vor durch ihn erfolgen. Dies könnte beispielsweise vereinfachend dadurch geschehen, daß der Versicherte nach jedem Behandlungstermin vor Ort in der Praxis - alternativ auch in einem bestimmten Turnus (z. B. vierteljährlich), nach Abschluß der Heilbehandlung bzw. nach Zusendung der Liquidationen - die abgerechneten Leistungen quittiert. Der Rechnungsausgleich selbst würde - unter Berücksichtigung gegebenenfalls bestehender versicherungsvertraglicher Selbstbeteiligungen des Versicherten - unmittelbar zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer erfolgen.<sup>574</sup>

#### **5.4.2.2 Modifizierung der Produktgestaltung im Dienstleistungsgeschäft – Patientensteuerung durch Information über geeignete Leistungserbringer**

Bereits das oben als erste Stufe einer Zusammenarbeit zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern beschriebene virtuelle Netzwerk mit medizinischem Kundenservice-Center und Ärzteliste setzt voraus, daß der Versicherte darüber informiert wird, welche Leistungserbringer dem Netzwerk überhaupt angehören. Diese Voraussetzung gilt erst recht bei Einfüh-

---

573) Diese Funktion könnte z. B. die bereits heute im ambulanten und stationären Bereich zu Ausweiszwecken verwendete "Card für Privatversicherte" erfüllen, die zusätzlich im stationären Bereich mit einer begrenzten Kostenübernahmegarantie versehen ist. Vgl. zur "Card für Privatversicherte" u. a. PKV-Verband (1996a), S. 69 ff. Insbesondere mit der Übernahme von Dienstleistungsfunktionen durch externe Unternehmen im Rahmen virtueller Netzwerke sind jedoch auch eigenständige "Servicekarten" (co-branding Versicherer und Dienstleister) mit entsprechenden Kostenübernahmegarantien denkbar.

574) Auch dieses Verfahren würde in der Durchführung und ebenso rechtlich dem der im stationären Bereich mit einer begrenzten Kostenübernahmegarantie versehenen "Card für Privatversicherte" entsprechen. Zu den rechtlichen Aspekten von Kostenübernahmeverträgen im stationären Bereich vgl. u. a. Wriede (1989), S. 669 ff.

zung eines Produktkonzepts mit beschränkter Arztwahlfreiheit. Denn in diesem Fall will der Versicherungsnehmer wissen, welche Leistungserbringer er aufsuchen kann, ohne daß die Heilbehandlung einer Selbstbeteiligungsregelung unterfällt. Dies führt im Ergebnis zu Informations- und Kommunikationsnotwendigkeiten zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer. Angesprochen sind dann konkret Abwicklungsdienstleistungen im Rahmen des Dienstleistungsteils von substitutiven privaten Krankenversicherungsprodukten.<sup>575</sup>

Die Information der Versicherungsnehmer über die an das Netzwerk gebundenen ärztlichen Leistungserbringer könnte beispielsweise über Verzeichnisse erfolgen. Dieses Informationsmedium wirft jedoch verschiedene Durchführungsprobleme auf. Insbesondere ist daran zu denken, daß durch die notwendige zeitnahe Aktualisierung der Listen, vor allem in der Aufbauphase von Netzwerken, hohe Erstellungs- und Versandkosten entstehen. Darüber hinaus ist zu befürchten, daß der Versicherte gerade dann, wenn er die Liste benötigt (z. B. in Notfällen) kein Verzeichnis – oder möglicherweise jedenfalls nicht das aktuelle – zur Hand hat.

Eine bessere Dienstleistungsqualität ließe sich vermutlich mit der Implementierung einer Service- bzw. Hotline-Nummer und deren Bekanntgabe an die Versicherungsnehmer erreichen. Hierbei werden insbesondere die zuvor geschilderten Nachteile vermieden. Zusätzlich bietet diese auf Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer ausgerichtete Hotline neben der Nennung der am Netzwerk teilnehmenden Primärärzte Möglichkeiten zu weiteren Beratungs- und Abwicklungsleistungen.<sup>576</sup>

---

575) Die notwendige Integration von Abwicklungsdienstleistungen in das Krankenversicherungsprodukt ist letztlich unabhängig von der Art der Beziehung zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern. Denn da die Einschränkung der freien Arztwahl immer darauf beruht, daß vertragliche Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringerseite nicht die gesamte Ärzteschaft bindet, sind z. B. Informationen über die angeschlossenen Leistungserbringer unabhängig davon notwendig, ob einseitige Verpflichtungserklärungen der Ärzte (wie beispielsweise im Standardtarif) oder feste vertragliche Bindungen bestehen.

576) Vgl. zu entsprechenden Beispielen S. 239 f.

### **5.4.3 Einsatz von prozeßorientierten Instrumenten**

#### **5.4.3.1 Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft**

##### **5.4.3.1.1 Beispiel: Freiwillige Second-Opinion-Programme**

Fakultative Second-Opinion-Programme setzen darauf, daß sich Versicherte freiwillig einer Zweitmeinung unterziehen, weil sie sich davon einen persönlichen Nutzen in Form einer qualitativ besser abgesicherten Entscheidungsfindung versprechen. Wie bereits ausgeführt werden Beitragsrückerstattungsmodelle der Belohnung freiwilliger Verhaltensweisen am besten gerecht. Im Zusammenhang mit der Lenkung von Patienten zu ausgewählten Leistungserbringern wurde bereits folgende Formulierung für die tarifliche Verankerung eines Beitragsrückerstattungsmodells vorgeschlagen:<sup>577</sup>

*Für bestimmte vom Krankenversicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten kann der Krankenversicherer eine Beitragsrückerstattung vorsehen. Die zum Erhalt der Beitragsrückerstattung vom Versicherten zu erfüllenden Voraussetzungen und die Höhe der möglichen Beitragsrückerstattung werden dem Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.*

Es ist nun denkbar, daß die Einholung einer Zweitmeinung bei bestimmten, vom Versicherer festzulegenden Operationen eine (von gegebenenfalls mehreren) Voraussetzungen zum Erhalt der Beitragsrückerstattung ist.

##### **5.4.3.1.2 Beispiel: Obligatorische Second-Opinion-Programme**

Aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Effektivität dieses prozeßorientierten Instruments zur prospektiven Entscheidung über Leistungen sind mit Blick auf den Einsatz obligatorischer Second-Opinion-Programme erhebliche Bedenken gerechtfertigt.<sup>578</sup> Dennoch soll hier am Beispiel obligatorischer Second-Opinion-Programme aufgezeigt werden, wie derartige verpflichtende Instrumente im Rahmen der Gestaltung des Risikogeschäfts des Krankenversicherungsprodukts verankert werden könnten.

Obligatorische Second-Opinion-Programme sind dabei grundsätzlich ohne und mit Einbettung in ein Vertragsmodell mit beschränkter Krankenhauswahlfreiheit vorstellbar.

---

577) Vgl. S. 247.

578) Vgl. hierzu ausführlich S. 213 ff.

Ohne Beschränkung der freien Krankenhauswahl könnte ein Zweitmeinungsmodell vertraglich mit folgender Tarifbestimmung vereinbart werden:

1. *Der Versicherer leistet bei stationärer medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem § 4 MB/KK entsprechenden Krankenhaus Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern der Versicherte vor Durchführung einer Operation deren medizinische Notwendigkeit durch einen vom Versicherer zu benennenden Arzt bestätigen läßt.*
2. *Der Versicherer leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn Operationen ohne Bestätigung durch einen vom Versicherer zu benennenden Arzt aufgrund folgender Indikationen durchgeführt werden:*
  - a.) ...
  - b.) ...
  - c.) ...
3. *In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.*

Eine derartige "harte" Formulierung der Tarifklausel nimmt dem Versicherten bei abweichender Zweitmeinung die Möglichkeit, sich – entsprechend der Beurteilung des Erstbehandlers – der Operation bei voller Kostenerstattung durch den Krankenversicherer zu unterziehen.<sup>579</sup>

"Weichere" Formulierungen, nach denen der Versicherte auch dann die Operation durchführen lassen kann, wenn die Zweitmeinung gegen die Operation ausfällt, sind hier aber grundsätzlich denkbar. So könnte Absatz 1 der obigen Tarifklausel etwa wie folgt lauten:

*Der Versicherer leistet bei stationärer medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem § 4 MB/KK entsprechenden Krankenhaus Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern der Versicherte vor Durchführung einer Operation eine Zweitmeinung durch einen vom Versicherer zu benennenden Arzt einholt.*

---

579) Insoweit wären mit dieser Tarifbestimmung deutliche Rationierungstendenzen verbunden, so daß erhebliche Zweifel an der Marktakzeptanz des Produkts angebracht erscheinen.

Wie Abbildung 49 verdeutlicht, könnten obligatorische Second-Opinion-Programme darüber hinaus einfache Vertragsmodelle mit beschränkter Krankenhauswahlfreiheit erweitern. Ein einfaches Vertragsmodell wäre (ähnlich dem Modell bei beschränkter Arztwahlfreiheit) durch eine unternehmensindividuelle Tarifklausel etwa wie folgt umsetzbar:

1. *Der Versicherer leistet bei stationärer medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem § 4 MB/KK entsprechenden Krankenhaus Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern die Heilbehandlung in einem vom Versicherer zu benennenden Krankenhaus durchgeführt wird.*
2. *In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz in Höhe von 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.*

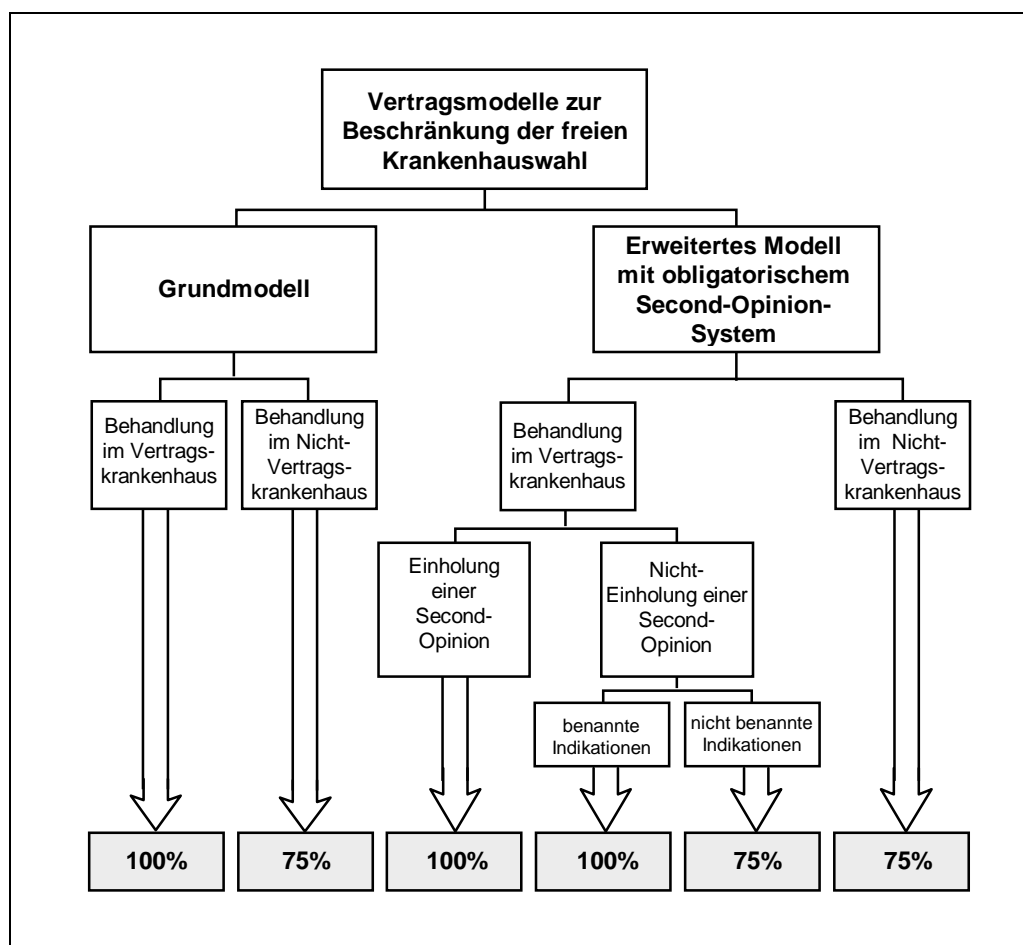


Abbildung 49: Obligatorische Second-Opinion-Systeme im Rahmen von Vertragsmodellen zur Beschränkung der freien Krankenhauswahl

In einem erweiterten Vertragsmodell mit Zweitmeinung könnte nun folgende Tarifbestimmung aufgenommen werden:

1. *Der Versicherer leistet bei stationärer medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem § 4 MB/KK entsprechenden Krankenhaus Kostenersatz in Höhe von 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, sofern*
  - a.) *die Heilbehandlung in einem vom Versicherer zu benennenden Krankenhaus durchgeführt wird und*
  - b.) *der Versicherte vor Durchführung einer Operation deren medizinische Notwendigkeit durch einen vom Versicherer zu benennenden Arzt bestätigen läßt.<sup>580</sup>*
  
2. *Der Versicherer leistet Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn Operationen ohne Bestätigung durch einen vom Versicherer zu benennenden Arzt aufgrund folgender Indikationen durchgeführt werden:*
  - a.) ...
  - b.) ...
  - c.) ...
  
3. *In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz in Höhe von 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.*

## **5.4.3.2 Modifizierung der Produktgestaltung im Dienstleistungsgeschäft**

### **5.4.3.2.1 Grundlagen**

Bereits unter den heutigen Rahmenbedingungen hat der private Krankenversicherer Möglichkeiten, über den versicherten Patienten als "Prozeßtreiber" die Nutzung von behandlungsprozeßorientierten Instrumenten durch den Leistungserbringer mit dem Ziel einer ausgaben- und qualitätsoptimierten Leistungserbringung zu forcieren. Soll die Position des versicherten Patienten im Sinne eines Prozeßtreibers im Behandlungsprozeß gestärkt werden, so geht dies nur über Erhöhung seiner Kompetenz in den relevanten medizinischen Fragestellungen. Denn es ist davon auszugehen, daß die meisten Patienten dieses Know-How nicht besitzen. Insoweit ist es erforderlich, daß der versicherte Patient über entsprechende Informationen verfügt.

---

580) Auch hier kann die "harte" Formulierung – wie zuvor beschrieben – grundsätzlich durch eine "weichere" Variante ersetzt werden.

Die notwendigen Informationen können Gegenstand von Abwicklungsleistungen des Krankenversicherers im Rahmen von Kundenservice-Centern innerhalb virtueller Netzwerke sein. Gute Ansatzpunkte für derartige Dienstleistungen bieten Disease und Case-Management-Programme. Denn hier besteht häufig Unzufriedenheit bzw. Unsicherheit beim Patienten mit dem bisherigen Behandlungsprozeß, so daß der Versicherte Informationen, Rat und tätige Hilfe bei seinem Krankenversicherer suchen könnte.<sup>581</sup>

In "echten" Netzwerken, in denen die beteiligten Krankenversicherer z. B. über Behandlungsleitlinien einen stärkeren Einfluß auf den Leistungserbringer hinsichtlich dessen Vorgehensweise im Behandlungsprozeß gewinnen, steigt dann auch der potentielle Erfolg von Disease und Case-Management-Konzepten. Denn die Hebung von Kosten- und Qualitätsvorteilen durch derartige Programme beruht stark auf einem Qualitätskreislauf, in dem alle Beteiligten optimal miteinander arbeiten und untereinander kommunizieren.

#### **5.4.3.2.2 Beispiel Disease Management: Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus gilt als ein Paradebeispiel für den Einsatz von Managed-Care-Prinzipien zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse durch den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen und die übergreifende Steuerung von Behandlungsabläufen durch Therapierichtlinien unter einer ökonomisch stringenten Führung.<sup>582</sup> Dies liegt u. a. daran, daß beim Indikationsgebiet Diabetes weitgehender Konsens über das medizinisch notwendige Vorgehen besteht. Basierend auf weiteren Grundaussagen wie z. B., daß

- die ambulante Versorgung von Diabetikern kein spezifisch fachärztliches Problem und somit in der hausärztlichen Versorgung anzusiedeln ist, wobei Versorgungsziel die Verbesserung der durchschnittlichen Versorgungsqualität ist,
- im Falle komplexerer Behandlungssituationen die ambulante Versorgung durch diabetologische Schwerpunktpraxen indiziert ist und dadurch ein nennenswerter Anteil der diabetesbedingten Krankenhausaufnahmen vermieden werden kann,

---

581) Ähnliches gilt für das Angebot eines fakultativen Second-Opinion-Programms in der substitutiven privaten Krankenversicherung: Zwar hat der Patient bereits heute im Rahmen der freien Arztwahl die Möglichkeit, einen weiteren Arzt zur Beurteilung einer Operationsempfehlung hinzuzuziehen, das aktive Angebot seitens der Krankenversicherer fehlt jedoch bisher. Zu den Vorteilen eines freiwilligen Second-Opinion-Programms vgl. S. 213 ff.

582) Vgl. Stillfried (1998), S. 1832 ff.

- die gegenwärtigen Akzeptanzprobleme diabetologischer Schwerpunktpraxen bei den Hausärzten überwunden werden müssen, damit Schwerpunktpraxen integraler Versorgungsbestandteil werden können,
- die Grundvoraussetzung einer besseren Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Schwerpunktpraxen eine Definition ihres jeweiligen Aufgabenspektrums sowie ein systematischer Informationsaustausch über den Behandlungsverlauf ist und
- zur Förderung einer engen Kooperation von Hausärzten und Schwerpunktpraxen im Hinblick auf das gemeinsame Therapieziel die Vergütungsstruktur Hausärzten wie Schwerpunktpraxen gleichermaßen Vorteile bieten und deren Zusammenarbeit ergebnisorientiert belohnen muß,

geht etwa die Konzeption des Diabetologischen Kooperationsmodells<sup>583</sup>, u. a. davon aus, daß der Schlüssel zu Verbesserungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Diabetiker-Versorgung in strukturverbessernden Maßnahmen im ambulanten Bereich liegt, die eine systematische Patientenführung ermöglichen.<sup>584</sup> Patientenführung im Rahmen von Disease-Management-Programmen setzt dabei regelmäßig auf die Stärkung der Patientenautonomie durch Information und Schulung des Patienten, um sein Wissen über seine Krankheit und seine Selbständigkeit im Umgang mit dieser zu fördern.<sup>585</sup>

Vor allem im Bereich der systematischen Patienteninformation, -schulung und -führung liegen nun Felder, die sich grundsätzlich auch für Angebote privater Krankenversicherung zur Erweiterung des Dienstleistungsspektrums substitutiver Krankenversicherungsprodukte eignen.

Auf dem Feld der Patienteninformation könnte etwa die Vermittlung von grundlegendem Wissen über und von Verhaltensaspekten bei Diabetes mellitus ein erster Schwerpunkt liegen. Dabei ist besonderer Wert auf eine den Bedürfnissen der Versicherten angepaßte (sprachliche) Darstellung der Informationen zu legen.<sup>586</sup> In diesem Zusammenhang bietet sich gegebenenfalls auch eine Kooperation mit Diabetiker-Selbsthilfeorganisationen an, deren Ziel u. a. eben die Wissensvermittlung über das Krankheitsbild Diabetes mellitus ist. In diesem Zusammenhang kann auch überlegt werden, versicherten Diabetikern Informationsschriften wie das "Diabetes-Journal" (Kirchheim-Verlag) kostenfrei oder zu

---

583) Das Diabetologische Kooperationsmodell soll im Bereich der GKV bisherige Diabetesvereinbarungen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen ersetzen.

584) Vgl. ebenda sowie basierend auf ähnlichen Ansätzen und Zielen Hunsche u. a. (1998, S. 491 ff.) mit Bezug auf den Strukturvertrag gemäß § 73 a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen sowie der ergänzenden – im Rahmen des auf den Raum Leverkusen beschränkten Modellprojekts "Focus Diabeticus Leverkusen" geschlossenen – Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der BKK Bayer.

585) Vgl. u. a. BDA (1998), S. 7.16 und 9.1 f.

586) Vgl. Hunsche u. a. (1998), S. 493.



vergünstigten Konditionen zukommen zu lassen. Daneben ist sicherlich die Weitergabe von Anschriften und Kontaktpersonen wichtiger Diabetiker-Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. des Deutschen Diabetiker Bundes e. V. (DDB) und des Bundes diabetischer Kinder und Jugendlicher e.V. (BdKJ), von diabetologisch tätigen Ärzten wie den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte (AND) oder von Krankenhäusern und Rehakliniken, die etwa Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Diabetes-Kliniken (ADDK) oder der Arbeitsgemeinschaft Strukturierte Diabetestherapie (ASD) sind, von Bedeutung.<sup>587</sup>

Untersuchungen zur Versorgungsqualität von Diabetikern zeigen weiter, daß Schulungsprogramme offensichtlich ein wesentlicher Schlüssel zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der diabetologischen Versorgung sind.<sup>588</sup> Schulungen werden für die verschiedenen Diabetikertypen angeboten, wobei die Schulungen sowohl für den nicht-insulinpflichtigen als auch den insulinpflichtigen Typ II-Diabetiker im Rahmen von Gruppenschulungen von Hausärzten oder in diabetologischen Schwerpunktpraxen durchgeführt werden können. Schulungen für Typ I-Diabetiker finden dagegen regelmäßig nicht bei den (Haus-)Ärzten sondern in Diabetes-Schwerpunktpraxen sowie in entsprechenden Diabetes-Rehakliniken oder fachlich ausgewiesenen Krankenhäusern statt.<sup>589</sup>

Ansatzpunkt für Dienstleistungskomponenten im Rahmen substitutiver Krankenversicherungsprodukte ist hier die Information des Diabetikers über Inhalte und Ziele derartiger Schulungen sowie die konkrete Nennung von Schulungsterminen (eventuell einschließlich der Anmeldung zu entsprechenden Veranstaltungen) in der Nähe seines Wohnortes.<sup>590</sup>

Für den Bereich der Patientensteuerung erscheinen insbesondere die Erinnerung der Patienten an Termine und Kontrollen über sog. Recall-Systeme sowie die Dokumentation von Behandlungszielen und Kontrolluntersuchungen in einem Gesundheits-Paß Diabetes geeignet, um im Rahmen von Dienstleistungsangeboten privater Krankenversicherer umgesetzt zu werden.

So sehen Disease-Management-Konzepte für Diabetes bereits heute Terminsysteme vor, die es dem (Haus-)Arzt ermöglichen, Patienten regelmäßig auf

---

587) Entsprechendes Adreßmaterial mit Ansprechpartnern findet sich z. B. im Anhang bei BDA (1998).

588) Vgl. etwa für den Typ-1-Diabetiker Berger u. a. (1998), S. A-2773.

589) Vgl. zu den Inhalten der jeweiligen Schulungsprogramme z. B. BDA (1998), S. 10.1 ff.

590) Hier bietet es sich an, in einer Vereinbarung mit dem Patienten über die Erinnerung an Termine und Kontrolluntersuchungen im Rahmen von – im folgenden Abschnitt erläuterten – sog. Recall-Vereinbarungen auch die Nennung von bzw. die Erinnerung an Schulungstermine mitaufzunehmen.

Termine und Kontrollen aufmerksam zu machen.<sup>591</sup> Ob derartige Recall- bzw. Reminder-Systeme allerdings durch die Leistungserbringer im Rahmen ihres Praxismanagements überhaupt geleistet werden können, ist, auch nach Beurteilung durch die Leistungserbringerseite selbst, eher skeptisch zu beurteilen. So sind heute Praxen nur in seltenen Fällen in der Lage, "durch ein effektives Recall-System ihre Diabetiker in regelmäßigen Abständen zu strukturierten Untersuchungen einzubestellen."<sup>592</sup> In Anbetracht dieser Problematik und vor dem Hintergrund, daß der private Krankenversicherer durch die eingereichten Leistungsabrechnungen zum einen einen recht guten Einblick in den Behandlungsprozeß des Diabetikers hat und zum anderen die notwendigen Kontrolluntersuchungen inhaltlich und zeitlich im Rahmen von Leitlinien gut strukturiert sind<sup>593</sup>, ist es nun denkbar, daß entsprechende Recall-Systeme durch private Krankenversicherer bzw. von ihm beauftragte Dienstleister (z. B. Assistance-Unternehmen) übernommen werden können. Dabei empfiehlt es sich, beim Versicherten (das schriftliche) Einverständnis für diese Erinnerungen (und eventuell auch die Ankündigung von Schulungsterminen) durch eine Recall-Vereinbarung einzuholen.

Der Erfolg eines Diabetes-Disease-Management-Programms hängt daneben weiter von einem gut dokumentierten Krankheitsverlauf ab. Dies kann durch den bereits entwickelten Gesundheits-Paß Diabetes unterstützt werden. Der Paß bietet u. a. folgende Möglichkeiten und Vorteile:

- Definition von erreichbaren und damit motivierenden Zielen für den Patienten (z. B. Aufgabe des Rauchens oder Reduzierung des Körpergewichtes),
- Vorgabe der durchzuführenden Kontrolluntersuchungen mit der Möglichkeit, Termine einzutragen,
- jederzeitiger Einblick in "seine" Behandlungsdaten für den Patienten, der sich damit selbst als "Herr seiner Daten" fühlt und die Möglichkeit hat, Auffälligkeiten und Lücken umgehend mit seinem Behandler zu klären.<sup>594</sup>

In einer Grundstufe der Patientenführung könnte der private Krankenversicherer Diabetikern diesen Gesundheits-Paß zur Förderung o. g. Möglichkeiten und Vorteile regelmäßig zuzusenden. In einer nächsten Ausbaustufe könnte den versicherten Diabetikern das Angebot gemacht werden, ihnen auf der Basis einer vom Versicherten einzureichenden Kopie des Gesundheitspasses (gegebenenfalls unter Hinzuziehung unabhängiger diabetologisch tätiger Mediziner) konkrete Informationen und Empfehlungen zum weiteren Behandlungsprozeß zu geben. Bei Vorliegen entsprechender Netzwerkstrukturen auf der Leistungser-

---

591) Vgl. BDA (1998), S. 7.16 ff.; Heidbreder (1997), S. 148 ff.; Hunsche u. a. (1998), S. 495 und 497 mit Bezug auf ein konkretes Recall-System im Rahmen des bereits in Fußnote 584 auf S. 256 genannten Modellvorhaben "Focus Diabeticus Leverkusen".

592) BDA (1998), S. 7.11.

593) Vgl. hierzu z. B. Wahle (1997), S. 125 ff.

594) Vgl. zum Gesundheits-Paß Diabetes BDA (1998), S. 7.20 ff.

bringerseite und einer daraus resultierenden zunehmenden EDV-technischen Intergration sind auch die Dokumentation und Auswertung entsprechender Daten sowie deren Bereitstellung an die behandelnden Ärzte im Netzwerksystem (Feedback-Mechanismus) denkbar.<sup>595</sup>

#### **5.4.3.2.3 Beispiel Case Management: Anschlußheilbehandlungen als besondere Form der Rehabilitation**

Im Rahmen eines Pilotprojekts zwischen privaten Krankenversicherern und zwei Klinikketten (Asklepios in Kronberg und Sana in München) wurde jüngst eine Kooperation für die Durchführung von Anschlußheilbehandlungen als besonderer Form der Rehabilitation bei den Indikationen Schlaganfall, Carzinome, Herzinfarkt und Endoprothetik vereinbart.<sup>596</sup> Die Kooperation verfolgt fünf wesentliche Ziele.<sup>597</sup>

1. Sicherung besonderer Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung für PKV-Patienten
2. Besondere Service-Pakete für PKV-Patienten
3. Fallpauschalen für bestimmte Indikationen
4. Verkürzung der Verweildauern im Akut- und Anschlußheilbehandlungsbereich
5. Besseres Kommunikationskonzept zwischen gemischten Krankenanstalten und der PKV.

Die Erreichung einiger dieser Ziele ist eng mit der Schaffung administrativer und organisatorischer Voraussetzungen zur Realisierung einer qualitäts- und kosteoptimierten Ausgestaltung eines Fallmanagements bei Anschlußheilbehandlungen verknüpft. Dazu gehört z. B. die "Sicherung eines besonderen Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung" (Ziel Nr. 1), die von den kooperierenden Klinikbetreibern durch objektive Zertifizierungen oder sonstige konkrete Qualitätsangaben zu belegen ist. Auch die zu Auswertungszwecken, insbesondere auch zur Überprüfung der Zielsetzung "Verkürzung der Verweildauern im Akut- und Anschlußheilbehandlungsbereich" (Ziel Nr. 4) von den beteiligten Kliniken für die einzelnen PKV-Unternehmen vierteljährlich erstellten Falldokumentationen, die neben persönlichen Daten (Name, Versicherungs-Nr., etc.)

---

595) Vgl. Hunsche u. a. (1998), S. 492 f.

596) Vgl. o.V. (1998h), S. 23. Maßgeblich am Pilotprojekt beteiligt waren die Kölner Krankenversicherer BERLIN-KÖLNISCHE, CENTRAL, AXA COLONIA, DKV und Gothaer. Neben diesen Unternehmen haben aber alle PKV-Unternehmen die Möglichkeit, sich dieser Kooperation anzuschließen. Vgl. ebenda.

597) o.V. (1998f), S. 1. Es wird hier und im folgenden auf die Vereinbarung einer Kooperation zwischen Unternehmen der PKV und der Sana-Kliniken GmbH Bezug genommen. Eine nahezu identische Vereinbarung wurde auch mit der Asklepios Kliniken GmbH geschlossen.

auch die Einweisungsdiagnose (möglichst nach ICD 9, ansonsten Langtext), Aufnahme- und Entlassungstag sowie die Fallkosten (gestaffelt nach Fallpauschalen und eventuellen Zusatzkosten) enthalten, gehören in diese Kategorie. Dies gilt ebenso auch für das Instrument eines medizinischen Statusbogens. Dieser dient dem Ziel eines "besseren Kommunikationskonzepts" (Ziel Nr. 5) zwischen den beteiligten Kliniken und den PKV-Unternehmen, so daß innerhalb von zwei Tagen über die vertragliche Kostenübernahmen durch das PKV-Unternehmen entschieden werden kann.<sup>598</sup> Im Ergebnis sind diese Maßnahmen und Aktivitäten in erster Linie dem Bereich der innerbetrieblichen Leistungserstellung als Grundlage für das Angebot kundenbezogener Dienstleistungen zuzuordnen.

Die "Vereinbarung von Fallpauschalen"<sup>599</sup> (Ziel Nr. 3) betrifft hingegen weniger den Prozeß des Versorgungsablaufs beim Fallmanagement, sondern in erster Linie deren Vergütung. Ansatzpunkt für angebotspolitische Maßnahmen wäre die Umsetzung von Vergütungsabsprachen zwischen den Kooperationskliniken und den Krankenversicherern im Risikogeschäft des Krankenversicherungsprodukts. Da an dieser Stelle in erster Linie mögliche "neue" Dienstleistungskomponenten diskutiert werden, müssen diesbezügliche Fragestellungen an anderer Stelle erörtert werden.<sup>600</sup>

---

598) Der medizinische Statusbogen enthält einen Katalog von Informationspunkten sowohl zum aktuellen Status der Behandlung (u. a. Diagnose, Anamnese, bisherige Therapien, etc.) im Akut-Krankenhaus als auch zu den beabsichtigten Maßnahmen in den Kooperationskliniken. Konkret könnte die Kommunikation dann in den Fällen, in denen eine Anfrage einer Akut-Klinik zur Übernahme zwecks Anschlußheilbehandlung an eine Kooperationsklinik ergeht, wie folgt verlaufen: Die kooperierende Klinik übermittelt (z. B. per Fax oder Email) den Statusbogen sofort an die Akut-Klinik, um die Angaben zum aktuellen Status der Behandlung ausfüllen und die Befunde beifügen zu lassen. Sie füllt selbst die entsprechenden Informationen zu den beabsichtigten Maßnahmen der Anschlußheilbehandlung aus und übermittelt den medizinischen Statusbogen auf direktem Wege (z. B. per Fax oder Email) noch am gleichen Tag an den Versicherer. Der Versicherer prüft und entscheidet unverzüglich und informiert sowohl die Kooperationsklinik als auch die versicherte Person. Kann der Sachbearbeiter zweifelsfrei erkennen, daß es sich um eine Anschlußheilbehandlung bei den genannten vier Krankheitsbildern handelt, wird eine tarifliche Leistungszusage erfolgen. In Zweifelsfällen wird die Entscheidung nach Rücksprache mit den ärztlichen Beratern getroffen. Ähnlich ist der Ablauf, wenn der Versicherungsnehmer selbst bzw. die versicherte Person einen Antrag auf Leistungen für eine Anschlußheilbehandlung in einer Reha-Klinik stellt. In diesem Fall informiert der Versicherte z. B. telefonisch eine kooperierende Klinik, die ihrerseits die Bearbeitung wie beschrieben veranlaßt bzw. durchführt. Auch so wird eine zeitnahe Entscheidung erreicht.

599) Die zwischen den beteiligten PKV-Unternehmen und den kooperierenden Kliniken vereinbarten Fallpauschalen beinhalten die Gesamtkosten einer Therapie mit Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztlicher Behandlung. Sofern im Einzelfall aus medizinischer Indikation die Grenzverweildauer überschritten wird, gelten für die Weiterbehandlung die tagesgleichen Pflegesätze. In den Fallpauschalen sind die dargestellten besonderen Serviceleistungen für PKV-Patienten bereits zuschlagfrei enthalten.

600) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 262 ff.

Zentrale Ansatzpunkte für modifizierte Produktgestaltungen im kundenbezogenen Dienstleistungsgeschäft könnten daher in erster Linie mit den besonderen "Service-Paketen für PKV-Patienten" (Ziel Nr. 2) verbunden sein. Nach der Vereinbarung zwischen den privaten Krankenversicherern und den beiden kooperierenden Klinikketten werden von Letztgenannten insbesondere auch organisatorische Hilfestellungen für die Versicherten angeboten, die gemäß des bereits beschriebenen Phasenmodells des Case Managements<sup>601</sup> den Abschnitten Planung, Implementierung und Fallabschluß zuzuordnen sind. Zur vorstationären organisatorischen Betreuung gehört beispielsweise die telefonische Kontaktaufnahme zur Abklärung der Frage, ob Einzel- oder Doppelzimmer oder die Unterbringung von Begleitpersonen gewünscht ist, die Vorstellung einer Kontaktperson, die Organisation der Anreise und der Unterkunftsmöglichkeit für Angehörige im Zimmer oder in unmittelbarer Nähe zur Klinik. Organisatorische Leistungen während des stationären Aufenthalts ist die Mithilfe bei den Aufnahmeverfahren sowie bei der stationären Abmeldung (verkürztes Check-out) und die Übergabe des Entlassungsberichtes am Entlassungstag. Zu den nachstationären organisatorischen Leistungen gehört u. a. ein automatisches Nachsorge schreiben sechs Monate nach der Behandlung durch den behandelnden Arzt und die Übersendung neuen Informationsmaterials.

Bei den Maßnahmen und Aktivitäten vor, während und nach Klinikaufenthalt handelt es sich im wesentlichen um Abwicklungsleistungen<sup>602</sup>, die hier von den Kooperationskliniken erbracht werden, typischerweise aber dem Aufgabenspektrum eines – regelmäßig beim Kostenträger angesiedelten – Case Managers zuzuordnen sind. Erweiterungen dieses Dienstleistungspakets sind jederzeit möglich. Zu denken ist etwa in der Planungsphase des Fallmanagements an die Vermittlung von Beratungsdiensten, wie z. B. Selbsthilfegruppen und Behindertenorganisationen. In der Durchführungsphase und auch in der Nachsorge könnte u. a. die Versorgung mit pflegetechnischen Hilfsmitteln vom Krankenversicherer (oder einem beauftragten Assistenten) organisiert werden. Nach Fallabschluß könnten z. B. bei Bedarf ambulante Pflegedienste vermittelt werden.<sup>603</sup>

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß sowohl die Umsetzung der Kooperation zwischen PKV-Unternehmen und kooperierenden Kliniken sowie die Erreichung der damit verbundenen Zielsetzungen als auch die praktische Durchführung von Abwicklungsleistungen eine entsprechende Steuerung der Patienten zu den kooperierenden Kliniken erfordert. Im Fall der Anschlußheilbehandlung sind die Ansatzpunkte dazu bereits heute besonders gut. Denn die kooperierenden Kliniken sind sog. gemischte Krankenanstalten, in denen nach § 4 Abs. 5 der MB/KK für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die tariflichen Leistungen nur dann gewährt werden, wenn der Versicherer

---

601) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 211 f.

602) Bei den nachstationären organisatorischen Leistungen kann es sich auch um Beratungsleistungen handeln, z. B. der Zusendung von Informationen zu präventiven Maßnahmen.

603) Vgl. hierzu auch weitere Beispiele bei Meierjürgen (1997), S. 21 ff., insbesondere Übersicht 2 auf den S. 22 f.

diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Krankenversicherer soll sich also vor Beginn der Behandlung des Versicherten anhand der eingereichten Unterlagen davon überzeugen können, ob es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung handelt. Ist ihm dies z. B. aufgrund fehlender oder unvollständiger Unterlagen nicht möglich, so kann er seine Leistungszusage verweigern. Es liegt damit im Interesse der versicherten Person wie auch der aufnehmenden Krankenanstalt, möglichst schnell entscheidungsreife Informationen zu liefern. Durch die notwendige Genehmigung der Anschlußheilbehandlung durch den Krankenversicherer muß zwingend eine Kontaktaufnahme zwischen dem PKV-Unternehmen und seinem Kunden erfolgen. Dadurch kann der private Krankenversicherer die kooperierenden Kliniken für Anschlußheilbehandlungen mit der Begründung als besonders geeignet hervorheben, daß in diesen Kliniken u. a.

- ein besonderer nachweisbarer Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung (durch Zertifikate oder sonstige konkrete Qualitätsaussagen) gewährleistet wird,
- durch ein standardisiertes Kommunikationsverfahren (medizinischer Statusbogen) über die vertragliche Kostenübernahme binnen zwei Arbeitstagen entschieden werden kann und
- ein besonders vereinbartes "Servicepaket" mit speziellen Abwicklungsleistungen für den Kunden garantiert wird.

#### **5.4.4 Einsatz von Vergütungsvereinbarungen und Preisabsprachen**

##### **5.4.4.1 Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft**

###### **5.4.4.1.1 Beispiel: Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen auf verminderte Steigerungssätze der Gebührenordnungen**

Die bisherigen Ausführungen zu Honorierungsfragen haben gezeigt, daß sich die damit verbundenen aktuellen Überlegungen privater Krankenversicherer zur Dämpfung der Leistungsausgaben auf Möglichkeiten zu vertraglichen Vereinbarungen mit der Ärzteschaft schwerpunktmäßig auf eine Beschränkung des Steigerungssatzes des Honorartarifs bei grundsätzlicher Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung als Honorierungsform konzentrieren.

Eine derartige Beschränkung ist – letztlich unabhängig von vertraglichen Regelungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern über die Honorierung ärztlicher Leistungen – bereits heute in der Gestaltung substitutiver Krankenversicherungsprodukte möglich. Dies kann dadurch geschehen, daß der Krankenversicherer seine Kostenerstattung gegenüber dem Versicherten auf einen bestimmten Multiplikator der Gebührenordnung beschränkt. Diese Möglichkeit haben einige Unternehmen insbesondere in preisorientierten Elementar-

und Grundschatztarifen bereits verankert. So können Regelungen über bestimmte Steigerungssätze des Honorartarifs etwa wie folgt vertraglich mit dem Versicherungsnehmer als Grundlage der Berechnung der Versicherungsleistungen vereinbart werden:

*Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungsfähig sind. Der Versicherer leistet Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum 1,7fachen Satz der Gebührenordnung.*

Einer derartigen Tarifgestaltung, die ohne vertragliche Absicherung mit den Leistungserbringern eine Beschränkung des Steigerungssatzes verankert und insofern allein auf die Bereitschaft der Versicherten zum Honorargespräch mit dem Arzt setzen, werden allerdings auch seitens der PKV überwiegend keine hohen Marktdurchdringungschancen zugesprochen.<sup>604</sup> Diese Beurteilung ist plausibel, weil zum einen auf seiten des Patienten kaum Bereitschaft vorhanden ist, vor Behandlungsbeginn in Preisverhandlungen einzutreten und insofern von Leistungserbringern ein Angebot zu erfragen.<sup>605</sup> Dies gilt um so mehr bei Personen, die in einer langfristigen vertrauensvollen Beziehung zu "ihrem" Arzt stehen oder auch in Notfällen. Führt der Versicherte vor Eintritt einer Heilbehandlung aber kein Honorargespräch mit dem Leistungserbringer ein, so unterliegt er der Gefahr, die Differenz zwischen abgerechnetem und erstattungsfähigem Multiplikatorsatz in Form einer Selbstbeteiligung tragen zu müssen. Zum anderen dürfte aber auch bei grundsätzlicher Akzeptanz der Notwendigkeit von Honorargesprächen beim Versicherungsnehmer die Angst vor finanzieller Überforderung weit verbreitet sein. Ein finanzieller Engpaß könnte vor allem dann entstehen, wenn – wie z. B. bei notwendigen Spezialuntersuchungen oder in Notfällen – überhaupt keine realistische Chance besteht, das gewünschte Verhandlungsergebnis zu erzielen.

Die obigen Ausführungen lassen es nun plausibel erscheinen, daß Begrenzungen des Steigerungssatzes des Honorartarifs im Markt nur dann mit entsprechender Marktdurchdringung umsetzbar sind, wenn sie – wie dies in einem Netzwerk vorgesehen ist – im konkreten Leistungsfall durch eine Beziehung zwischen dem Versicherer und ausgewählten Leistungserbringern kongruent gedeckt ist und insofern die bilaterale vertragliche Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer und die Beziehung zwischen Leistungserbringer und privatem Krankenversicherer zu einem trilateralen Verhältnis ergänzt wird. Diese Voraussetzung gilt vermutlich auch für andere alternative Honorierungsformen.

Konkret könnten Produktgestaltungen mit Beschränkung des Multiplikatorsatzes des Honorartarifs wiederum durch eine unternehmensindividuelle, tarifspezifische Regelung vereinbart werden, die strukturell derjenigen bei Beschrän-

---

604) Vgl. PKV-Verband (1997c), S. 33.

605) Auch die Bereitschaft der Leistungserbringer zu derartigen Preisverhandlungen ist vermutlich nicht besonders stark ausgeprägt.

kung der freien Arztwahl ähnelt. Vor allem ist daher auch bei dieser Klausel das Interesse seitens der PKV-Unternehmen zu gewährleisten, daß der Versicherte im Umkreis seines Wohnorts Zugang zu einer Mindestanzahl von Ärzten hat. Eine derartige Tarifklausel könnte etwa wie folgt lauten:

- 1. Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungsfähig sind. Der Versicherer leistet Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zum 1,7fachen Satz der Gebührenordnung, sofern die Heilbehandlung durch einen von mindestens drei vom Versicherer zu benennenden niedergelassenen Ärzten im Umkreis von x Kilometern vom Wohnort des Versicherungsnehmers durchgeführt wird.*
- 2. Der Versicherer leistet Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den in der Gebührenordnung festgelegten Höchstsätzen, sofern er dem Versicherungsnehmer nicht mindestens drei im Umkreis von x Kilometern von dessen Wohnort liegende niedergelassene Ärzte nennen kann, die die Behandlung zum 1,7fachen Satz der Gebührenordnung durchführen.*
- 3. In Notfällen leistet der Versicherer Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den in der Gebührenordnung festgelegten Höchstsätzen.*

Bei einer derartigen Modifizierung des Honorartarifs auf der Grundlage der Einzelleistungsvergütung durch Beschränkung des Steigerungssatzes kann beim Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung je abgerechneter Leistung in der Höhe der Differenz zwischen abgerechnetem und vertraglichem Steigerungssatz entstehen. Dieser Fall tritt regelmäßig dann ein, wenn er einen Leistungserbringer außerhalb des Netzwerkes aufsucht und er kein Honorargespräch führt bzw. dieses nicht zum gewünschten Ergebnis führt. So führt beispielsweise die Abrechnung des Arztes zum Regelhöchstsatz (2,3facher Satz) bei einem vertraglich zwischen Krankenversicherer und Kunden vereinbarten 1,7fachen Satz zu einer – zulasten des Kunden gehenden – Honorardifferenz von über 26%. Diese Differenz ist regelmäßig vom Kunden auszugleichen und hat für ihn daher die Wirkung einer Selbstbeteiligung. Insoweit führt daher auch eine Beschränkung des Multiplikatorsatzes des Honorartarifs – ebenso wie die modifizierten Produktgestaltungen zur Beschränkung der freien Arztwahl – über die (potentiellen) Wirkungen einer Selbstbeteiligung zur Lenkung der Patientenströme zu den Leistungserbringern, die entsprechend reduzierte Honorare vertraglich mit dem privaten Krankenversicherer vereinbart haben.

Aus Kundensicht besonders problematisch – weil nicht auf den ersten Blick transparent – wären nun Produktgestaltungen, die sowohl Beschränkungen der freien Arztwahl als auch des Multiplikatorsatzes beinhalten. Denn dann käme es zu additiven Selbstbeteiligungseffekten, wenn nicht ein vom Versicherer benannter Leistungserbringer die Behandlung durchführt. Unter der Annahme, daß



ein Nicht-Vertragsarzt die Behandlung zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung abrechnet, sind diese Aufwendungen nur bis zum 1,7fachen Satz überhaupt erstattungsfähig. Von diesen erstattungsfähigen Aufwendungen wäre eine weitere Selbstbeteiligung (z. B. in Form einer 25%igen absoluten Abzugsfranchise) noch abzuziehen, eben weil der Versicherte einen Nicht-Vertragsarzt konsultiert hat.

Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, in modifizierten Krankenversicherungsprodukten nur eines der beiden Gestaltungselemente, also entweder eine Beschränkung der freien Arztwahl oder des Steigerungssatzes des Honorartarifs, zu verankern. Hauptsächlich zwei Gründe sprechen dabei eher für einen Verzicht auf die versicherungsvertragliche Vereinbarung verminderter Multiplikatorsätze des Honorartarifs: Zum einen ist es vermutlich gerade beim Aufbau von Netzwerken problematisch, qualifizierte Vertragsärzte zu gewinnen, wenn der Krankenversicherer sie schlechter bezahlt als bisher.<sup>606</sup> Und zum anderen könnte - soweit zu einem späteren Zeitpunkt vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenversicherer und ausgewählten Leistungserbringern bestehen - verhältnismäßig leicht auf eine kongruente Abbildung dieser Abmachungen im Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherer und Kunde verzichtet werden, wenn man davon ausgeht, daß

- die Vertragsärzte ihre vertraglichen Vereinbarungen mit dem Krankenversicherer über die Abrechnung verminderter Steigerungssätze einhalten und
- die Patientensteuerung zu eben diesen Vertragsärzten durch die von den Versicherten zu tragenden Selbstbeteiligungen bei Konsultation eines Nicht-Vertragsarztes regelmäßig ausreichend funktioniert.

---

606) Der Honorarverlust bei der Behandlung des einzelnen PKV-Versicherten aufgrund verminderter Steigerungssätze des Honorartarifs könnte durch die Zuführung von privat krankenversicherten Patienten zum Kundenstamm des kooperierenden Leistungserbringers ausgeglichen werden. Dies ist aber eher bei etablierten Netzwerken mit einer entsprechenden Beteiligung von PKV-Versicherten zu erwarten. Hier könnten dann die PKV-Unternehmen den beteiligten Leistungserbringern möglicherweise sogar Umsatzgarantien geben.

#### 5.4.4.1.2 Beispiel: Bezug von Hilfsmitteln

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Modifizierung der Produktgestaltung im Risikogeschäft sind vertragliche Vereinbarungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern in Bereichen, in denen staatliche Gebührenordnungen oder Preisgenehmigungsverpflichtungen nicht greifen. Dazu gehört u. a. auch die Versorgung der Versicherten mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln.<sup>607</sup> So können private Krankenversicherer mit Sanitätshäusern Rahmenvereinbarungen schließen, die ihnen bzw. ihren Versicherten den Bezug von Hilfsmitteln zu rabattierten Konditionen ermöglicht.

Entscheidend kommt es hier darauf an, den Versicherten dazu zu veranlassen, medizinisch notwendige Hilfsmittel nicht "auf eigene Faust" sondern über seinen Krankenversicherer zu beziehen. Im Rahmen der Produktgestaltung des Risikogeschäfts können entsprechende Anreize dazu gesetzt werden, in dem der Bezug von Hilfsmitteln durch den Versicherten selbst – also ohne Einschaltung des Krankenversicherers – mit einer absoluten Abzugsfranchise verbunden wird. Dies könnte in den Tarifbestimmungen wie folgt verankert werden:

1. *Der Versicherer leistet Kostenersatz für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) in Höhe von 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen.*
2. *Er leistet 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel, die er zur Verfügung stellen kann und die vom Versicherten über ihn bezogen werden.*

Eine derartige Tarifklausel berücksichtigt zum einen bereits, daß die Hilfsmittelkataloge der Krankenversicherer produktübergreifend meist schon in Teil II der AVB, den Tarifbedingungen, geregelt sind.<sup>608</sup> Will man daran festhalten, um unterschiedliche Definitionen von Hilfsmitteln in den verschiedenen Krankenversicherungsprodukten zu vermeiden und berücksichtigt weiter, daß der Krankenversicherer – in Abhängigkeit vom zugrundeliegenden Hilfsmittelkatalog sowie den mit entsprechenden Anbietern geschlossenen Rahmenabkommen – möglicherweise seinen Versicherten nur bestimmte Hilfsmittel zur Verfügung stellen kann bzw. will, so muß die Formulierung der Tarifbestimmung verhältnismäßig "weich" ausfallen. Dem wird in Abs. 2 der obigen Klausel durch die "Kann-Bestimmung" hinsichtlich der Zurverfügungstellung der Hilfsmittel durch den Versicherer in Verbindung mit einer hohen "Basisleistung" für Hilfsmittel von 90% gemäß Abs. 1 Rechnung getragen.

---

607) In Betracht kämen weiterhin die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln sowie der Bereich Material- und Laborkosten bei den zahntechnischen Leistungen. Vgl. Unabhängige Expertenkommission (1997), S. 146.

608) Zu den AVB in der privaten Krankenversicherung vgl. S. 39 ff.

Obige Tarifklausel berücksichtigt zum anderen durch die Herausnahme von Sehhilfen – diese gehören regelmäßig ebenfalls zum Katalog der Hilfsmittel – , daß gerade für diesen Leistungskomplex regelmäßig besondere Leistungshöchstgrenzen bestehen. So können die Versicherungsbedingungen etwa vorsehen, daß für Sehhilfen z. B. eine Erstattung bis maximal 500 DM pro Jahr erfolgt. Durch derartige Höchsterstattungen findet mithin bereits ein gewisses Maß an Ausgabensteuerung statt. Weiterhin sprechen Beratungs- und Betreuungsaspekte gegen den Bezug von Sehhilfen beim Krankenversicherer. Denn der Kunde wird gerade beim Kauf und bei der individuellen Anpassung von Sehhilfen regelmäßig die Beratung durch den Optiker erwarten. Interessanter erscheint daher hier der Ansatzpunkt, den Versicherten durch Ausdehnung der Dienstleistungskomponente des Krankenversicherungsproduktes Möglichkeiten anzubieten, Sehhilfen zu Sonderkonditionen zu erwerben, die innerhalb des maximal erstattungsfähigen Rechnungsbetrages liegen.<sup>609</sup> Unter anderem damit beschäftigen sich die nachfolgenden Ausführungen.

#### **5.4.4.2 Modifizierung der Produktgestaltung im Dienstleistungsgeschäft – Patientensteuerung durch Information über Vergütungsvereinbarungen und Preisabsprachen akzeptierende Leistungserbringer**

Soweit ein Krankenversicherer ein Krankenversicherungsprodukt am Markt etablieren will, das seine mit ausgewählten Leistungserbringern abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen widerspiegelt, so ist eine Voraussetzung dieses Modells, daß dem Versicherten, der sich zum Abschluß eines Tarifs mit begrenztem Multiplikatorsatz entschließt, Informationen darüber an die Hand gegeben werden, welche Leistungserbringer er aufsuchen kann, ohne eine versicherungsvertraglich nicht gedeckte Honorarforderung befürchten zu müssen.

Im Ergebnis würde dann letztendlich eine Beschränkung des Steigerungssatzes (oder auch anderer Honorierungsformen), die im Verhandlungswege zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer festgelegt werden, zu ähnlichen Informations- und Kommunikationsnotwendigkeiten zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer führen, wie sie bereits bei den Ausführungen zur Einschränkung der Arztwahlfreiheit dargelegt wurden.<sup>610</sup> Insofern ist auch hier die notwendige Infrastruktur, z. B. die Errichtung eines Kundenservice-Centers mit 24-Stunden-Hotline, aufzubauen.

---

609) Unter Ausgabenenkungsaspekten ist gerade der Leistungskomplex "Sehhilfen" ein sehr guter Ansatzpunkt. Denn Sehhilfen machen einen verhältnismäßig hohen Anteil an den Gesamtausgaben für ambulante Behandlung in einem Vollkostentarif aus. So berichtet etwa die AXA COLONIA, daß sich bei ihr die Ausgaben für Sehhilfen in 1997 auf 11 Mio. DM beliefen. Dies entsprach einem Anteil von über 7% an den Gesamtausgaben für ambulante Behandlung. Vgl. o.V. (1998), S. 7.

610) Vgl. hierzu die Ausführungen auf den S. 249 f.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Thematik der Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenversicherer und (ausgewählten) Leistungserbringern losgelöst von der sehr komplexen Frage des anzuwendenden Honorarsystems für ärztliche Leistungen, so bieten Preisabsprachen bei entsprechendem Aufbau leistungsfähiger Kommunikationsstrukturen Ansätze, durch Dienstleistungskomponenten des Krankenversicherungsprodukts Ausgabeneinsparungen zu realisieren. Geeignet erscheinen hierzu in erster Linie Leistungskomplexe, in denen bereits traditionell Leistungshöchstgrenzen tariflich vereinbart sind. Dazu gehört, wie oben bereits erwähnt, beispielsweise die Leistungsart "Sehhilfen". In ihre Anstrengungen zur Ausgabensteuerung in diesem Leistungsbereich bindet die AXA COLONIA ihre Kunden mit folgendem "Tip" in ihrer Kundenzeitschrift ein:

"Lassen Sie sich Sehhilfen grundsätzlich vom Augenarzt verschreiben. Achten Sie bitte darauf, daß Ihnen der Optiker nur die Gläser verkauft, die Ihnen vom Augenarzt verordnet wurden. Zusätzliche Extras – etwa aus kosmetischen Gründen – sind nicht versichert und werden nicht erstattet.

Am besten reichen Sie uns ein schriftliches Angebot eines oder mehrerer Optiker zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein. Wir teilen Ihnen dann verbindlich mit, wie hoch unser Erstattungsbetrag ist.

Wenn Sie nur Preise bis zu den folgend genannten Höchstbeträgen pro einzelnes Glas akzeptieren, gehen Sie sicher, daß wir Ihnen Ihre Sehhilfe in tariflichem Umfang voll erstatten:

Einstärkenglas 90 DM,  
Gleitsicht- oder Mehrstärkenglas 230 DM.

Zuschläge aus medizinischen Gründen:

- ab 6 Dioptrien 50 DM
- Prisma (bei Schielanlage) 50 DM
- Kunststoffausführung 50 DM.

Gern senden wir Ihnen unser Merkblatt "Sehhilfen" zu. Sie können es anfordern telefonisch unter (...)." <sup>611</sup>

Dies bedeutet letztlich, daß die AXA COLONIA vom Kunden erwartet, sich durch Einholung mehrerer Angebote Markttransparenz zu verschaffen und gegebenenfalls auch Preisverhandlungen mit Optikern zu führen. Denn offensichtlich werden über den genannten Beträgen liegende Angebote von Optikern als nicht medizinisch notwendig erachtet. Dies hat zur Folge, daß eventuell ein Teil der Kosten vom Versicherten selbst zu tragen sind. Dem Kunden wird jedoch nicht gesagt, welche Optiker er aufsuchen kann, um bei Bezug einer Seh-

---

611) Vgl. o.V. (1998), S. 7.

hilfe eine volle Erstattung durch den Krankenversicherer zu erhalten. Dadurch sind Streitigkeiten im Leistungsfall vorprogrammiert.

Abhilfe könnten hier Preisabsprachen einschließlich der Vereinbarung bestimmter Qualitätsstandards zwischen Krankenversicherer und ausgewählten Optikern bzw. Optikerketten schaffen. Die Vertrags-Optiker könnten dann mit Hinweis auf die vereinbarten Preise und Qualitäten der Sehhilfen z. B. telefonisch über ein Kundenservice-Center empfohlen werden. Auch unter Marketingaspekten ("Welcher private Krankenversicherer hat als erster ein Rahmenabkommen mit der bekannten Optikerkette Fielmann?") erscheint eine derartige Ausweitung der Dienstleistungskomponente des Krankenversicherungsprodukts interessant.

## **5.4.5 Marktakzeptanz von "Managed-Care-Produkten"**

### **5.4.5.1 Attraktive Beitragsgestaltung von "Managed-Care-Produkten" als dominierender Wettbewerbsfaktor**

Die Marktakzeptanz von "Managed-Care-Produkten" hängt vermutlich stark von einer im Vergleich zu klassischen Krankenversicherungsprodukten günstigeren Beitragsgestaltung ab. So geht beispielsweise Boetius davon aus, daß Beitragsreduzierungen im zweistelligen Prozentbereich notwendig sein werden, um Kunden für Krankenversicherungsprodukte zu gewinnen, die auf die Steuerung der Patienten zu mit dem Krankenversicherer kooperierenden Leistungserbringern abzielen.<sup>612</sup>

Derartige Beitragsreduzierungen lassen sich letztlich nur über veränderte Ausgabenstrukturen durch die Einflußnahme des Krankenversicherers auf Strukturen und Prozesse der Leistungserbringung und deren Umsetzung in konkrete Krankenversicherungsprodukte realisieren. Dies wird sich jedoch nur sukzessive verwirklichen lassen, weil auch der Aufbau von Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern vermutlich nur schrittweise erfolgen kann. Die Folge ist, daß deutliche Ausgabensenkungen und daraus resultierende mögliche Beitragsreduzierungen nicht kurzfristig erwartet werden können.

Erste Ausgabeneinsparungen erscheinen jedoch bereits im Rahmen eines virtuellen Netzwerks (als erste Entwicklungsstufe eines umfassenden Netzwerkes) durch das Angebot von Beratungsleistungen, z. B. zu Präventionsmaßnahmen, oder von Abwicklungsleistungen, u. a. beim Einsatz prozeßorientierter Instrumente des Disease oder Case Managements, möglich. Denn hier kann der Krankenversicherer vor bzw. zum Zeitpunkt des Leistungsfalls Einfluß auf den Behandlungsprozeß nehmen und dadurch beispielsweise unnötige Facharzt- und Krankenhausbesuche vermeiden. Aus einer qualitativ besseren Versorgung der

---

612) Vgl. Weber (1998), S. 32.

Patienten infolge eines alle Beteiligten integrierenden Behandlungsprozesses und einer damit einhergehenden gewandelten Arzt-Patienten-Beziehung können dann mittelfristig durchaus Ausgabeneinsparungen resultieren, die zu einer Stabilisierung der Beitragsentwicklung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte beitragen können. Der eher "sanfte" Weg zu Managed-Care-Strukturen und -Produkten in der ersten Entwicklungsstufe des virtuellen Netzwerkes hat zusätzlich den Vorteil, daß die Dienstleistungskomponenten in Form von Beratungs- und Abwicklungsleistungen nicht nur für den Neukunden, sondern auch den Bestandskunden – also sozusagen nachträglich – in das Versicherungsprodukt integrierbar sind. Dadurch entstünde für den Kunden gegenüber "klassischen" Produkten ein Zusatznutzen, der es dem anbietenden Krankenversicherer auch kurzfristig ermöglicht, sich vom Preiswettbewerb in einem gewissen Maße abzukoppeln. Dies kann dann nicht nur positive Auswirkungen auf die Akquisitionschancen im Neugeschäft haben. Vielmehr ergeben sich auch Vorteile für das Bestandsgeschäft des Krankenversicherers. Denn die neuen Dienstleistungsangebote können – da sie eben auch in bestehende Krankenversicherungsprodukte "nachträglich" integrierbar sind – auch dazu beitragen, die Bindung dieser Bestandskunden an "seinen" Krankenversicherer zu erhöhen.

Die Größenordnung potentieller Ausgabensenkungen und Beitragsreduzierungen infolge optimierter Behandlungsprozesse und deren adäquater Vergütung könnten dann mit zunehmendem Ausbau der Netzwerkfunktionen – wie sie in einem Szenario über die Organisationsformen zukünftiger Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern in den Entwicklungsstufen 2 und 3 bereits dargestellt wurden<sup>613</sup> – mittelfristig steigen. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, daß der private Krankenversicherer in der Entwicklungsstufe 1 (virtuelles Netzwerk) zwar die Position "seines" Patienten mit dem Ziel einer systematischen Einbeziehung in das Leistungsgeschehen durch Dienstleistungskomponenten fördern kann. Durch die fehlende Einflußnahme auf die Leistungserbringer kann er deren Koordination und die Einhaltung bestimmter Versorgungsstandards im Rahmen eines ganzheitlichen "Total Quality"-Ansatzes über die gesamte Wertschöpfungskette des Prozesses jedoch nur verhältnismäßig eingeschränkt (mit-)steuern.

Mit Blick auf die Marktdurchdringung neuartiger Krankenversicherungsprodukte sind in diesem Zusammenhang vor allem zwei Sachverhalte bedeutsam: Zum einen ist dabei zu beachten, daß modifizierte Produktgestaltungen im Risikogeschäft, wie sie für die Stufen 2 und 3 vorgestellt wurden, zu materiellen Änderungen des Versicherungsschutzes führen. Sobald aber das Risikogeschäft von Versicherungsprodukten betroffen ist, entstehen neue Tarife, die zunächst nur das Neugeschäft betreffen. Bestandskunden in "klassischen" Produktlinien steht hier regelmäßig "nur" der Wechsel in derartige Tarife über den § 178 f VVG offen. Zum anderen hängt die Marktdurchdringung neuer "Managed-Care-Produkte" – auch dann, wenn man eine grundsätzliche Akzeptanz der Nachfragerseite für derartige Produkte voraussetzt – mit der Schnelligkeit des

---

613) Vgl. S. 239 ff., insbesondere Abbildung 47 auf S. 242.

Ausbaus entsprechender Netzwerkstrukturen zusammen. Denn entsprechende "Managed-Care-Produkte" können ihre ausgaben- und beitragsenkende Wirkung nur dann entfalten, wenn der Krankenversicherer ein flächendeckendes Netz von Leistungserbringern anbieten kann. Andernfalls kann der Versicherte – ohne eine Selbstbeteiligung akzeptieren zu müssen – seinen Arzt frei wählen. Insoweit ist zu erwarten, daß modifizierte Produktgestaltungen im Risikogeschäft, z. B. die Einführung von Selbstbeteiligungen bei Wahl von Nicht-Vertragsärzten durch eine versicherte Person zwecks Lenkung von Patientenströmen zu ausgewählten Leistungserbringern, nur dann am Markt eingeführt werden, wenn vertragliche Vereinbarungen mit einer ausreichend großen Anzahl qualifizierter Ärzte zumindest in den Ballungsräumen realisiert sind.

Im Ergebnis sind auf der Grundlage des beschriebenen Szenarios keine "Managed-Care-Produkte" zu erwarten, die aufgrund ihrer Ausgabenstruktur Beiträge ermöglichen, die die Wettbewerbssituation insbesondere im Neugeschäft kurzfristig zugunsten der PKV beeinflussen. Plausibel erscheint eher, daß durch sukzessive Einführung von Managed-Care-Elementen in Krankenversicherungsprodukten, deren Ausgabensenkungspotential sich mittelfristig zeigen wird, ein "Wettbewerb der Systeme" zwischen gemanagten und ungemagten Krankenversicherungsprodukten entsteht. Der Kunde entscheidet dann auf der Grundlage verschiedener Produktlinien darüber, ob und welche Managed-Care-Instrumente sich durchsetzen werden.

#### **5.4.5.2 Exkurs: "Modifiziertes Gatekeeping" als alternatives Produktkonzept mit Managed-Care-Elementen**

##### **5.4.5.2.1 Beschreibung**

Mit Blick auf möglicherweise auch kurzfristig realisierbare Wettbewerbsvorteile wird mit dem "modifizierten" Gatekeeping-Modell im folgenden ein interessanter alternativer Ansatz beschrieben, unter den heutigen Rahmenbedingungen zum Aufbau von Ärztenetzwerken Managed-Care-Elemente in substitutive Krankenversicherungsprodukten einzuführen. "Modifiziertes Gatekeeping" bedeutet in diesem Zusammenhang, daß der Krankenversicherer zwar nicht auf die Auswahl des Primärarztes innerhalb der Gruppe der Allgemeinmediziner einwirkt, wie dies bei "klassischen" Gatekeeper-Modellen im Rahmen von MCO's typischerweise der Fall ist.<sup>614</sup> Statt dessen nimmt der Krankenversicherer Einfluß auf die Arztwahl des Versicherten, indem er den sofortigen Besuch von Fachärzten mit Selbstbeteiligungen belegt.

---

614) "Klassisches" Gatekeeping bedeutet dann aus Kundensicht die Einschränkung der Wahlmöglichkeiten auf die Primärärzte, die zum Ärztenetzwerk einer MCO gehören. Dies ist wegen des Fehlens eines entsprechenden Netzwerkes zumindest in dieser strikten Form zur Zeit in der PKV nicht umsetzbar und muß insoweit modifiziert werden.

"Modifizierte" Gatekeeper-Modelle in der beschriebenen Form wurden in der substitutiven privaten Krankenversicherung – soweit ersichtlich – bisher bereits von zwei privaten Krankenversicherern<sup>615</sup> in einem substitutiven Krankheitskostentarif eingeführt. Wesentliche Charakteristika des modifizierten Gatekeeper-Prinzips sind:

- 100%iger Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bei Durchführung der Erstbehandlung durch einen Allgemeinmediziner,
- 100%iger Kostenersatz der Erstbehandlung, soweit diese durch Kinder- und Augenärzte sowie Gynäkologen durchgeführt wird,
- 75%iger bzw. 80%iger Kostenersatz bei Erstbehandlung durch einen Facharzt (einer oben nicht aufgeführten Fachrichtung).

Die Beiträge der beiden erwähnten substitutiven Krankheitskostentarife mit Gatekeeper-Prinzip liegen teilweise deutlich unterhalb derer klassischer leistungsorientierter Produktkonzepte derselben Anbieter. Dies gilt insbesondere für den Tarif EL der AXA COLONIA, dessen Beiträge – wie Abbildung 50 auf S. 273 zeigt – in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Versicherten um bis zu knapp 60% (!) unter denen für eine "klassische" leistungsorientierte Krankheitskostenvollversicherung liegen. Geht man einmal davon aus, daß die Ausgangskalkulation des Tarifs "richtig" war, der Krankenversicherer bei der Beitragskalkulation also keinem Irrtumsrisiko unterlegen war<sup>616</sup>, so ist mit Blick auf die mittel- und langfristige Beitragsentwicklung folgendes zu berücksichtigen: Zum einen dürften Elementartarife mit "modifiziertem Gatekeeping" in erster Linie junge, gesunde Versicherte anziehen, so daß insoweit Beitragsvorteile auch auf Risikoselektionseffekten beruhen.<sup>617</sup> Zum anderen ist der Beitragsvorteil vermutlich zum Teil auch darauf zurückzuführen, daß beitragsorientierten Elementartarife neben "modifiziertem Gatekeeping" noch weitere ausgabensenkende Gestaltungselemente verwenden.<sup>618</sup> Ob diese beiden Effekte auch zukünftig so stark auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten wirken, daß die bestehende Beitragsdifferenz zu leistungsorientierten Produkten auch mittel- und langfristig Bestand hat, bleibt abzuwarten.

---

615) Es handelt sich hierbei um die AXA COLONIA (Tarif EL) und die GLOBALE (Tarif Pro).

616) Ein Irrtumsrisiko läge z. B. dann vor, wenn der Krankenversicherer die Wirkungen des modifizierten Gatekeeping auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten positiver (im Sinne von stärker ausgabensenkend) eingeschätzt hat, als sie sich in der Realität dann tatsächlich erweisen.

617) Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf den S. 155 f.

618) Zu nennen sind hier u. a. der Ausschluß von bestimmten Leistungsarten, wie z. B. Sehhilfen, Heilpraktikerbehandlung oder ambulante Psychotherapie. Vgl. S. 169 f.



	Monatsbeitrag in DM				Beitragsersparnis EL zu AM 100 / K3 / Z 100/ZS 60	
	AM 100/K 3/ Z 100/ZS 60*		EL*		in %	
Eintrittsalter	männliche	weibliche	männliche	weibliche	männliche	weibliche
Kinder 0-14	240,20	240,20	152,00	152,00	36,72	36,72
Jugendliche 15-19	262,40	276,30	152,00	152,00	42,07	44,99
Erwachsene 30	462,00	724,80	193,30	326,50	58,16	54,95
Erwachsene 50	768,80	879,00	308,40	417,50	59,89	52,50

Stand: 1.10.98  
Versicherer: AXA COLONIA

AM100/K3/ZS60  
Ambulant: 100% ohne Selbstbeteiligung (AM 100)  
Stationär: Allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistungen im Mehrbettzimmer ohne Privatarzt (K 3))  
Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie: bis 1.000 DM p. a. 100 %, darüber hinaus 60% (Z 100/ZS 60)

EL (Kompakttarif)  
Ambulant: 100% ohne Selbstbeteiligung bei Behandlung durch Allgemeinmediziner sowie Gynäkologen, Augenärzte und Kinderärzte; 80% bei Behandlung durch sonstige Fachärzte ohne Erstbehandlung durch Allgemeinmediziner; 90% Erstattung für Heil- und Hilfsmittel  
Stationär: Belegarzt/Mehrbettzimmer  
Zahnbehandlung/Zahnersatz und Kieferorthopädie: 100%/60%

Abbildung 50: Beitragsvergleich zwischen einer "klassischen" leistungsorientierten Krankheitskostenvollversicherung (Bausteintarife) und einem beitragsorientierten Elementartarif mit "modifiziertem Gatekeeping"

### 5.4.5.2.2 Bewertung

Die Einführung der erwähnten Tarife mit "modifiziertem" Gatekeeper-Prinzip erfolgte vor Rahmenbedingungen, in denen – wesentlich beeinflusst durch rechtliche Restriktionen zum Aufbau vertraglicher Beziehungen zwischen Krankenversicherer- und Leistungserbringerseite – eine für die Steuerungsfunktion des Gatekeepers wesentliche Einbettung in ein Ärztenetzwerk nicht besteht. Die Tatsache, daß trotz fehlender infrastruktureller Voraussetzungen die Tarifeinführung erfolgt ist, kann u. a. mit folgenden Überlegungen begründet werden:

Es ist zunächst plausibel, daß ausgabensenkende Wirkungen des Gatekeepers durch die Ausdehnung seines Behandlungsspektrums in den fachärztlichen Bereich zumindest in einem gewissen Maße auch erreicht werden, ohne daß der Hausarzt einem Ärztenetzwerk angehören muß. Wird weiter unterstellt, daß die im Vergleich zu klassischen, leistungsorientierten Produktkonzepten niedrigeren Beiträge in den Tarifen mit "modifiziertem Gatekeeping" auch auf Risikoselektionseffekten auf Seiten der Versicherungsnehmer, u.a. wegen der Selbstbeteili-

gungseffekte des Gatekeeper-Prinzips, sowie auf weiteren Leistungseinschränkungen beruhen und die bestehende Beitragsdifferenz auch zukünftig annähernd gehalten werden kann<sup>619</sup>, so ist es – entsprechende Marktakzeptanz unterstellt – unter Prämiendifferenzierungsaspekten zwingend, ein derartiges Produktkonzept am Markt einzuführen. Denn dann können Ausgabenreduktionen gegenüber konventionellen Produkten realisiert und über niedrigere Beiträge zum Ausbau der Marktposition genutzt werden, auch ohne in den Aufbau einer Infrastruktur im Sinne eines Ärztenetzwerks investieren zu müssen.

In diesem Zusammenhang ist allerdings auch zu beachten, daß aufgrund des Fehlens eines Netzwerkes im "modifizierten Gatekeeping" weitere Ausgabeneinsparungen, die in einem Netzwerk mit "klassischem" Gatekeeping durch die bessere Verzahnung allgemeinärztlicher, fachärztlicher und stationärer Behandlung erzielt werden können, hier eben nicht erreichbar sind. Dies liegt u. a. auch daran, daß der Versicherungsnehmer im "modifizierten" Modell die Wirkungen des Gatekeepers dadurch unterlaufen kann, indem er zwar "pro forma" bei jeder Behandlung (s)einen Hausarzt aufsucht, dann aber umgehend weitere Fachärzte in Anspruch nimmt. Denn der Versicherer kann beim "modifizierten Gatekeeping" – in Ermangelung eines Ärztenetzwerkes – nur die erste sofortige Inanspruchnahme von Fachärzten mit Selbstbeteiligungen "bestrafen". Aufgrund der aufgezeigten Grenzen des "modifizierten Gatekeeping" ist es offen, ob und in welcher Höhe heute bestehende Beitragsvorteile dieser Tarife mittel- und langfristig Bestand haben. Insoweit ist es auch aus dieser Perspektive durchaus realistisch, "modifizierte" Gatekeeping-Modelle als eine erste Generation von "Managed-Care-Produkten" zu sehen, die im Zuge eines intensiveren Beziehungsaufbaus zur Leistungserbringerseite weiterentwickelt und ergänzt werden wird.

---

619) Im Zusammenhang mit der Bewertung von Risikoselektionseffekten sind insbesondere Untersuchungen zu den Ausgabenwirkungen von MCO's in der Schweiz interessant. Die beispielsweise für die Staff Model HMO Zürich-Wiedikon, die nach einem strikten Gatekeeper-Prinzip arbeitet, ermittelten deutlichen Ausgabenreduzierungen waren bereits um alters- und geschlechtsspezifische Risikoselektionseffekte korrigiert worden. Dennoch ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, daß innerhalb einer Altersgruppe eine günstige Morbiditätssituation nicht ausgeschlossen werden kann. Eine bereits seit einiger Zeit avisierte, aber zur Zeit noch nicht vorliegende Evaluation des Bundesamtes für Sozialversicherungen soll u. a. diese Frage klären helfen, indem die longitudinale Kostenentwicklung vor und während der Mitgliedschaft des Versicherten in der HMO untersucht wird. Vgl. Roos (1997), S. 4.

### 5.4.5.2.3 Marktakzeptanz

Durch Produktgestaltung und Preis ist dieser Tarif tendenziell besonders für eher preisorientierte Kunden interessant, die bereit sind, Einschränkungen bei dem freien Zugang zu den Leistungserbringern sowie bei bestimmten, teilweise sicheren bzw. planbaren Gesundheitsleistungen zu akzeptieren. Dafür erhalten sie spürbare Prämienreduktionen. Wie bereits ausgeführt, wurde vor allem das Produktangebot der AXA COLONIA am Markt hervorragend angenommen.<sup>620</sup> Offensichtlich spielen auch Akzeptanzprobleme seitens der Versicherten, wie sie für MCO's mit "klassischem" Gatekeeping belegt sind – dort besteht die Gefahr, daß der Versicherungsnehmer seinen Hausarzt, den er regelmäßig auch als Primärarzt auswählen würde, aufgrund dessen fehlender Primärarztfunktion in der vom Versicherungsnehmer gewählten Managed-Care-Organisation wechseln muß<sup>621</sup> – tendenziell beim "modifizierten" Gatekeeper-Prinzip eine untergeordnete Rolle. Dies liegt vermutlich u. a. daran, daß der Versicherte bei der Wahl des ambulanten Leistungserbringers keinen Beschränkungen unterliegt und sich dessen Steuerungsfunktion nach der Erstbehandlung leicht umgehen läßt.

In dieses Bild paßt auch das folgende empirische Ergebnis aus der von Capital und Schwarz-Pharma herausgegebenen Ärzte- und Patientenbefragung 1997: Einerseits beantworten darin 88% der PKV-Versicherten die Frage, ob ihrer Meinung nach alle Patienten den Arzt frei wählen können sollten oder ob Einschränkungen aus Kostengründen vertretbar sind, zugunsten der freien Arztwahl.<sup>622</sup> Andererseits halten es immerhin 49% der PKV-Versicherten für sinnvoll, grundsätzlich zuerst den Hausarzt aufzusuchen, bevor man gegebenenfalls zum Facharzt geht.<sup>623</sup> Diese Umfrageergebnisse legen nahe, daß zur Zeit eine grundsätzliche Einschränkung der freien Arztwahl am Markt nicht durchsetzbar wäre. Dagegen gibt es – wie auch der Markterfolg des Elementartarifs der AXA COLONIA mit "modifiziertem Gatekeeping" zeigt – auch unter den PKV-Versicherten offensichtlich ein gewisses Marktpotential für Gatekeeping-verbundene Hausarztmodelle. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Krankenversicherer die Wahl des Hausarztes nicht beschränkt.

Auch aus Anbietersicht ist "modifiziertes" Gatekeeping ein interessantes Produkt. Denn offensichtlich können mit diesem Angebot zum einen bereits heute Kundenpotentiale, die ein gewisses Maß an eingeschränkter Wahlfreiheit akzeptieren, für die PKV erschlossen werden. Zum anderen ist dieses Modell auch mit Blick auf zukünftig möglicherweise entstehende Ärztenetzwerke interessant. Denn die Kunden, die sich bereits heute für Produkte mit modifiziertem Gatekeeping entscheiden, sind vermutlich auch diejenigen, die für weitergehende Produktkonzepte mit Lenkung des Patienten zu ausgewählten Leistungserbrin-

---

620) Vgl. Fußnote 415 auf S. 178.

621) Vgl. Neuffer (1997), S. 145.

622) Vgl. Capital/Schwarz Pharma (1997), S. 112 und 148.

623) Vgl. ebenda, S. 111 und 147.

gern und der dafür notwendigen Kommunikation mit dem Krankenversicherer offen sind.

### 5.4.5.3 **Aufbau von Prozeßmanagement-Kompetenz durch private Krankenversicherer**

Im Zusammenhang mit der Erweiterung des Marktleistungsspektrums von Krankenversicherungsprodukten um Dienstleistungskomponenten in Form von Beratungs- und Abwicklungsleistungen spielt dessen Know-How für die Akzeptanz derartiger Dienstleistungen seitens der Kunden eine wichtige Rolle. So erfordert – wie gezeigt – beispielsweise die Durchführung von Disease-Management-Programmen spezifisches Know-how über den damit einhergehenden Qualitätskreislauf.<sup>624</sup> Grundlage des Disease Managements ist dabei der Aufbau einer Wissensbasis über die medizinische und ökonomische Struktur verschiedener relevanter Krankheitsbilder sowie die Identifizierung und Segmentierung von Patienten nach ihren jeweiligen Krankheitsbildern mit den unterschiedlichen Schweregraden. Ergebnis könnte dann ein Behandlungskonzept mit bestimmten empfohlenen Diagnose- und Behandlungsstandards für die verschiedenen Verlaufszustände einer Krankheit sein. Der zweite Schritt wäre dann die Umsetzung dieser Standards. Am Ende des Qualitätskreislaufs steht dann ein intelligentes Feedback-System, das die Messung der Resultate, das Erkennen von Input-Output-Zusammenhängen sowie die Weiterentwicklung und Optimierung der Versorgungsstandards beinhaltet.

Die Kompetenz des Krankenversicherers in medizinischen Fragestellungen dürfte mitentscheidend dafür sein, ob der Versicherte bei entsprechenden Sachverhalten beim Krankenversicherer kundenbezogene Beratungs- und Abwicklungsleistungen aktiv nachfragt bzw. deren Angebot durch den Krankenversicherer zumindest nicht ablehnend gegenübersteht. Erst mit dem Aufbau von entsprechendem Prozeßmanagement-Know-how ist auch ein Imagewechsel des Krankenversicherers sinnvoll anzustreben, verbunden mit der Zielsetzung, daß Kunden, die vom Krankenversicherer bisher ausschließlich die Erfüllung vertraglicher Verpflichtungen aus dem Risikogeschäft (= Auszahlung von Versicherungsleistungen) erwartet haben, diesen auch als kompetenten Gesundheitsdienstleister akzeptieren und nutzen. Unter diesen Voraussetzungen könnten dann auch beim Kunden gegebenenfalls bestehende Bedenken hinsichtlich des Schutzes seiner persönlichen Daten, deren Nutzung z. B. im Rahmen von prozeßorientierten Maßnahmen notwendig ist, ausgeräumt werden.

Mit Blick auf die Gestaltung von Krankenversicherungsprodukten ist nun bedeutsam, daß der Aufbau von Prozeßmanagement-Know-how der innerbetrieblichen Leistungssphäre des Krankenversicherers zuzuordnen ist. Entsprechende innerbetriebliche Leistungen sind dann im Sinne der Schaffung der Betriebsbereitschaft notwendige Voraussetzung dafür, daß kundenbezogene Beratungs-

---

624) Vgl. S. 209 ff., insbesondere Abbildung 46 auf S. 210.

und Abwicklungsleistungen überhaupt erbracht werden können. Auch dies kann wieder am Beispiel Disease Management gut veranschaulicht werden: Sowohl der Aufbau einer Wissensbasis als auch die Schaffung eines Feedback-Systems als ersten bzw. dritten Schritt eines Qualitätskreislaufs zur Durchführung von Disease-Management-Aktivitäten<sup>625</sup> umfaßt nahezu ausschließlich innerbetriebliche Leistungen. Konkrete kundenbezogene Abwicklungsleistungen mit dem Ziel einer verbesserten Leistungserbringung werden "nur" in der zweiten Phase des Qualitätskreislaufs erbracht, wenn es darum geht, den Versicherten im Versorgungsprozeß zu begleiten. In dieser Phase kommuniziert der Krankenversicherer – z. B. über ein Kundenservice-Center – mit dem Kunden, indem er beispielsweise Probleme im Behandlungsablauf identifiziert, Informationen weitergibt, Ärzte vorschlägt sowie Termine mit Leistungserbringern für den Kunden vereinbart und ihn an deren Einhaltung erinnert.

Medizinisches Prozeßmanagement-Know-how als innerbetriebliche Leistungen zur Erbringung externer Dienstleistungen ist bisher – soweit erkennbar – erst in Ansätzen bei einigen privaten Krankenversicherern vorhanden. Insoweit verwundert es nicht, daß auch die daraus resultierenden kundenbezogenen Leistungen nur schrittweise von den Krankenversicherern angeboten werden. Allerdings scheint sich in der PKV zunehmend die Erkenntnis durchzusetzen, daß Investitionen zum Aufbau entsprechender Kompetenzen auch zur Ausschöpfung von Ausgabensenkungspotentialen notwendig sind. Das Know-how zur Erbringung kundenbezogener Dienstleistungen muß dabei nicht zwingend von jedem einzelnen privaten Krankenversicherer eigenständig aufgebaut werden. Gerade für die kleineren und mittleren Unternehmen bietet sich schon aus Kostengründen ein gemeinsamer Kompetenzaufbau an. In diesem Zusammenhang wird sich dann vermutlich auch herausstellen, daß mit dem Kompetenzaufbau typischerweise sog. "Make or Buy"-Entscheidungen verbunden sind. Denn der Know-how-Aufbau kann nicht nur durch vorhandene Ressourcen des Krankenversicherers, sondern gegebenenfalls auch durch Erwerb entsprechenden Expertenwissens von externen Dienstleistern erfolgen. Diese Dienstleister könnten beispielsweise Assistancegesellschaften sein, die aufgrund kapitalmäßiger Verflechtungen den Krankenversicherern bereits recht nahe stehen. Es ist aber auch der Eintritt neuer Marktteilnehmer denkbar, deren Aktivitäten auch von der Ärzteseite initiiert und/oder mitgetragen werden könnten.

---

625) Vgl. ebenda.

## 5.4.6 Ergebnisse und Schlußfolgerungen

1. Die Aufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und (ausgewählten) Leistungserbringern führt nicht automatisch zu Konsequenzen für das Vertragsverhältnis zwischen Krankenversicherer und seinen Kunden. Vielmehr sind für die Erreichung der Zielsetzungen des privaten Krankenversicherers, die aus vertraglichen Regelungen zwischen ihm und Leistungserbringern resultieren, modifizierte Gestaltungen des Krankenversicherungsprodukts in seinen Komponenten Risiko- und/oder Dienstleistungsgeschäft notwendig. Diese sind dem Kunden anzubieten und können dann – eine entsprechende Nachfrage unterstellt – mit diesem vertraglich vereinbart werden.
2. Gegenstand modifizierter Krankenversicherungsprodukte könnten zukünftig vor allem die Lenkung von Patientenströmen zu ausgewählten Leistungserbringern, der Einsatz prozeßorientierter Instrumente sowie die Abbildung von (alternativen) Vergütungsregelungen und Preisabsprachen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern sein.
3. Bei der Gestaltung modifizierter Krankenversicherungsprodukte spielt, insbesondere aufgrund des nur sukzessive zu erwartenden flächendeckenden Ausbaus von Leistungserbringernetzwerken, die Ausdehnung des Dienstleistungsgeschäfts des Krankenversicherungsprodukts eine wichtige Rolle. So setzt die Patientensteuerung zu ausgewählten Leistungserbringern eine entsprechende Information der Patienten über eben diese Leistungserbringer voraus. Dies gilt erst recht dann, wenn zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringern vertragliche Vergütungsregelungen bestehen, die im Krankenversicherungsvertrag abgebildet werden und insofern die Grundlage für die Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen für den Versicherungsnehmer darstellen. Ähnliche Informationsnotwendigkeiten ergeben sich beim Einsatz von prozeßorientierten Instrumenten wie Disease und Case Management, wenn der Versicherte zum "Prozeßtreiber" für die Nutzung von behandlungsprozeßoptimierenden Instrumenten mit dem Ziel einer ausgaben- und qualitätsoptimierten Leistungserbringung werden soll.
4. Modifizierte Produktgestaltungen im Dienstleistungsgeschäft, wie sie vor allem für frühe Entwicklungsstufen von Leistungserbringernetzwerken typisch sein könnten, lassen über eine qualitative Verbesserung des Versorgungsprozesses auch erste Beitragsvorteile für entsprechende Produkte mit integrierten Beratungs- und Abwicklungsleistungen realisierbar erscheinen. Derartige Produkte haben zusätzlich den Vorteil, daß sie nicht nur Neukunden, sondern auch Bestandskunden mit – bezogen auf das Risikogeschäft seit langem eingeführten – "klassischen" Produkten angeboten werden können und insoweit zu einer besseren Kundenbindung im Bestand beitragen.

5. Für frühe Entwicklungsstufen von Netzwerken gilt, daß die Einflußnahme des Krankenversicherers auf die Ausgabenstrukturen und Qualitäten medizinischer Versorgungsprozesse über das Dienstleistungsgeschäft noch nicht so stark ausgeprägt sein dürfte. Die Einflußnahme des Krankenversicherers erfolgt in dieser Phase aufgrund noch weitgehend fehlender Netzwerkstrukturen schwerpunktmäßig über den Versicherten. Daher erscheinen deutlichere Ausgabensenkungen und Beitragsreduzierungen durch Integration neuartiger Dienstleistungskomponenten in das Krankenversicherungsprodukt insbesondere dann realisierbar, wenn mittelfristig auch die Leistungserbringerseite über Netzwerke in eine Kommunikations- und Koordinationsstruktur eingebunden ist, die dann alle am Prozeß der Leistungserbringung Beteiligten umfaßt.
6. Modifizierte Produktgestaltungen im Risikogeschäft - beispielsweise durch die Beschränkung der freien Arztwahl oder die Verankerung eines Second-Opinion-Programms – können sich grundsätzlich verschiedener Selbstbeteiligungsformen bedienen, um das gewünschte Verhalten der Versicherungsnehmer und die mit Selbstbeteiligungsregelungen verbundenen ausgabensenkenden Effekte zu erreichen. Vor dem Hintergrund des sich "nur" schrittweise vollziehenden Aufbaus von flächendeckenden Ärztenetzwerken scheinen hier Beitragsrückerstattungsmodelle – als sekundäre Selbstbeteiligungsform – Vorteile gegenüber (prozentualen) Abzugsfranchisen zu haben. Denn intelligent gestaltete Beitragsrückerstattungsmodelle erlauben dem Krankenversicherer zum einen flexiblere Reaktionsmöglichkeiten auf einen Ausbau von Netzwerkfunktionen. Zum anderen vermeiden sie Nachteile von (prozentualen) Abzugsfranchisen, indem sie – statt auf "Bestrafung" wie bei prozentualen Selbstbeteiligungen – auf Belohnung von gewünschten Verhaltensweisen des Versicherten setzen.
7. Einer raschen Marktdurchdringung neuartiger Produktgestaltungen im Risikogeschäft und dadurch auch der Realisierung kurzfristiger Ausgabensenkungen und Beitragsreduzierungen sind jedoch Grenzen gesetzt. Denn Produktmodifikationen im Risikogeschäft führen aufgrund materieller Veränderungen des Versicherungsschutzes regelmäßig zur Entstehung neuer Tarife, die der Krankenversicherer zunächst nur im Neugeschäft anbieten kann. Bestandskunden in "klassischen" Produktlinien haben allerdings die Möglichkeit, den Wechsel in derartige Tarife unter Berufung auf § 178 f VVG zu betreiben. Aufgrund dieser Zusammenhänge kommt es dann sukzessive zu einem Wettbewerb zwischen gemanagten und ungemagten Krankenversicherungsprodukten, der mittelfristig – entsprechende Beitragsvorteile aufgrund vergleichsweise günstiger Ausgabenstrukturen vorausgesetzt – zu wachsenden Marktanteilen gemanagter Produkte führen könnte.

8. Kurzfristig erscheinen Produktkonzepte mit Managed-Care-Elementen, wie z. B. Elementartarife mit "modifiziertem Gatekeeping", auch ohne Investition in den Aufbau einer Netzwerkinfrastruktur für private Krankenversicherer vor dem Hintergrund des angestrebten Ausbaus ihrer Marktposition durchaus erfolgversprechend. Mittelfristig bleibt hier abzuwarten, ob die zur Zeit bestehenden deutlichen Beitragsvorteile zu klassischen Produktkonzepten bestehen bleiben werden. In jedem Fall stellt die bereits heute für Produkte mit Managed-Care-Elementen gewonnene Kundenklientel eine gute Ausgangsbasis für möglicherweise später entstehende, weitergehende "Managed-Care-Produkte" dar. Denn diese Kunden sind offensichtlich für ein gewisses Maß an Einflußnahme des Krankenversicherers auf den Versorgungsprozeß und auf die am Prozeß beteiligten Akteure offen.
9. Modifizierte Produktgestaltungen – insbesondere durch die Erweiterung der Krankenversicherungsprodukte um neue Dienstleistungskomponenten in Form von Beratungs- und Abwicklungsleistungen – sind vermutlich mit einem Wandel des Krankenversicherers vom reinen Kostenerstatter zum Gesundheitsdienstleister verbunden. Die Akzeptanz derartiger Produktmodifikationen durch den Kunden erfordert vom privaten Krankenversicherer den Aufbau von bisher nur unzureichend vorhandenem Know-how über medizinische Versorgungsprozesse. Das medizinische Prozeßmanagement-Know-how kann dann in die innerbetriebliche Leistungserstellung des privaten Krankenversicherers einfließen und insoweit die Grundlage für das Angebot kundenbezogener Beratungs- und Abwicklungsleistungen am Markt darstellen.



Auslöser von Produktmodifikation in der substitutiven privaten Krankenversicherung ist nicht die Verfolgung von gesundheitsökonomischen Zielvorstellungen seitens der privaten Krankenversicherer, sondern ist in erster Linie die mögliche Verfehlung unternehmerischer Ziele wie z. B. Wachstum.

Mit Blick auf die Wachstumsziele privater Krankenversicherer im Neugeschäft signalisieren wichtige Indikatoren – wie der Zuwachs an privat vollversicherten Personen oder der PKV-Anteil auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherung – seit Beginn der 90er Jahre deutliche Stagnationstendenzen in der substitutiven privaten Krankenversicherung. Darüber täuschen auch nicht die seither weiter deutlich steigenden Beitragseinnahmen hinweg. Denn diese beruhen zu einem großen Teil auf Beitragsanpassungen im Bestand – also bei bereits langjährig privat krankenversicherten Personen. Als ein wesentlicher Grund für diese Entwicklung wurden für die jüngere Vergangenheit die im Vergleich zur GKV als Mitbewerber auf dem Markt für freiwillige Krankenversicherung überproportionalen Steigerungsraten der Versicherungsleistungen und Beiträge, insbesondere auch im Alter, identifiziert.

Für die zukünftige Entwicklung der Wettbewerbsposition ist bedeutsam, daß die privaten Krankenversicherer durch die gesetzlich vorgeschriebenen zusätzlichen Zuschreibungen zu den Alterungsrückstellungen gemäß § 12 a VAG und eigenen neuartigen Produktentwicklungen wie den Beitragsentlastungsmodellen Instrumente einsetzt, die ihr im Wettbewerb mit der GKV eine deutlich verbesserte Relativpreisposition im Alter sichert. Offen ist aber zum einen, ob es der PKV gelingt, diese Maßnahmen in der Öffentlichkeit ausreichend transparent zu machen und dadurch die Nachfrageentscheidung der Kunden zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Zum anderen ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, daß sich die PKV den Vorteil einer im Vergleich zur GKV besseren Relativpreisposition im Alter – wegen der notwendigen Finanzierung dieser Maßnahmen in jungen Jahren – mit einer verschlechterten Marktposition im Neugeschäft und während der Phase des aktiven Erwerbslebens der Entscheidungsträger erkauft. Dies ist aufgrund der bestehenden Dominanz der Neugeschäftsbeiträge im Entscheidungsverhalten der Versicherten mit Blick auf die Wachstumsziele der privaten Krankenversicherer im Neugeschäft nicht unproblematisch.

Alle gesetzlichen Initiativen und angebotspolitischen Maßnahmen in der substitutiven privaten Krankenversicherung können daher letztlich nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn die Steigerungsraten der Versicherungsleistungen sich zukünftig nicht weiter deutlich überproportional zu denen in der GKV entwickeln. Eine weiterhin vergleichsweise dynamischere Ausgabenentwicklung in der PKV würde sich allerdings nicht in allen ihren Zielgruppen kurzfristig nachfragehemmend auswirken. Denn während bei alleinverdienenden Entscheidungsträgern mit Familie bei weiterhin überproportionalen Steigerungsraten der Ver-

sicherungsleistungen noch stärker als bereits heute mit einem veränderten Wahlverhalten zu Lasten der PKV zu rechnen ist, kommt es vermutlich bei Entscheidungsträgern mit "stabiler" Single- oder Doppelverdienersituation erst mittelfristig zu einer verschlechterten Relativpreisposition der PKV mit entsprechenden Auswirkungen auf deren Wahlverhalten.

Die Arbeit zeigt auf, daß es vor diesem Hintergrund zukünftig für die PKV wenig erfolgversprechend erscheint, den Kunden bei überproportionalen Steigerungsraten der Versicherungsleistungen und Beiträge ausschließlich auf immer höhere absolute Selbstbeteiligungen oder leistungsschwächere Tarife mit qualitativen Begrenzungen des Versicherungsschutzes – dies sind die klassischen Instrumente der PKV zur Einflußnahme auf die Entwicklung der Versicherungsleistungen über den Versicherungsnehmer – zu verweisen. Vielmehr muß die PKV darauf hinwirken, daß Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ihr erlauben, mit den Leistungsanbietern als wesentliche steuernde Instanz im Gesundheitswesen Qualitäten und Quantitäten der zu erbringenden medizinischen Leistungen vertraglich zu vereinbaren und adäquat zu vergüten.

Es war ein Ziel dieser Arbeit, die damit angesprochenen Instrumente der Ausgaben- und Qualitätssteuerung, die in ihrer Gesamtheit – einschließlich der beim Versicherungsnehmer ansetzenden Instrumente – als Managed Care bezeichnet werden, darzustellen, zu bewerten und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in der substitutiven privaten Krankenversicherung zu überprüfen.

Dabei wurde herausgearbeitet, daß der Einsatz dieser Instrumente aufgrund fehlender (rechtlicher) Rahmenbedingungen zum Aufbau vertraglicher Beziehungen zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern heute nur teilweise möglich ist. Die Arbeit zeigt aber mögliche Entwicklungsstufen eines schrittweisen Beziehungsaufbaus auf. Vor dem Hintergrund einer daraus resultierenden Notwendigkeit zur Modifizierung substitutiver privater Krankenversicherungsprodukte wurden konkrete Gestaltungsoptionen neuartiger Produktkonzepte erarbeitet. Dabei wurde deutlich, daß erste Ansätze zu dadurch entstehenden "Managed-Care-Produkten" zwar bereits heute realisierbar sind, substantielle Ausgabeneinsparungen aber wohl einen pluralen Prozeß unter Einbeziehung aller am Leistungsgeschehen Beteiligten – also den versicherten Patienten, den Leistungserbringern und den PKV-Unternehmen als Kostenträgern – sowie dessen Umsetzung in konkreten Produktneuentwicklungen voraussetzen. Insoweit erfordern Produktmodifikationen in der PKV Handlungsspielräume, die es ihr ermöglichen, herauszufinden, welche Managed-Care-Instrumente den Bedürfnissen von Versicherten und Leistungserbringern bei gleichzeitiger Ausschöpfung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven am besten entsprechen. Notwendig für eine effizientere Gestaltung der Versorgungsstrukturen unter Einbeziehung der PKV ist daher zunächst die Schaffung einer experimentellen Vertragskultur, die ihr flexible Vertragsgestaltungen mit den Leistungserbringern ermöglicht.

Es liegt nun u. a. an der Politik, rechtliche Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, daß die PKV auch bei einem durch zukünftige medizinische und ökonomische Zwänge absehbaren Wandel vom leistungserbringerbestimmten zum zumindest kostenträgermitbestimmten System – wie es in der GKV schon verhältnismäßig weitgehend besteht – im Sinne eines freien Wettbewerbs der Krankenversicherungssysteme bestehen kann. Der Grad des Engagements der politischen Entscheidungsträger, der PKV derartige Vertragskompetenzen z. B. im Rahmen von Modellvorhaben und Erprobungsregelungen zuzugestehen, hängt sicherlich von deren grundsätzlicher Haltung zur PKV ab. Im Zusammenhang mit den Diskussionen über eine mögliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zur Verbreiterung der Finanzierungsbasis in der GKV schlägt die neue Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) eher liberale Töne an. So hat Frau Fischer auf der Mitgliederversammlung des PKV-Verbandes am 10. Juni 1998 in Würzburg deutlich werden lassen, daß für sie die schlichte Ausweitung der GKV durch Einbeziehung der Höherverdienenden kein Patentrezept darstellt: "Ich möchte Ihnen zwei Gründe nennen, warum ich für die Mischung bin und dafür, daß die gesetzliche und die private Krankenversicherung nebeneinander bestehen. Der eine ist, daß die privaten Krankenversicherungen in meinen Augen ein wichtiger Innovationsfaktor sind, der auch die gesetzliche Krankenversicherung dazu zwingt, sich zu bewegen. Der zweite Grund ist, daß die privaten Krankenversicherungen sowohl als Zusatzsystem als auch als eigenständige Vollversicherung Angebote bereit halten, an denen sich die gesetzliche Krankenversicherung überheben würde."<sup>626</sup> Erst die Zukunft wird zeigen, ob diese liberale Richtung in der rot-grünen Regierungskoalition mehrheitsfähig ist. So kann sich die PKV besonders allem in der Frage der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze wohl nicht in Sicherheit wiegen. Es steht vielmehr zu vermuten, daß diese Diskussion bei erneut auftretenden Finanzierungsengpässen in der GKV erneut aufflammt. Soweit aber die PKV als fester Bestandteil des Krankenversicherungssystems politisch gewünscht wird, sollte die angekündigte große Gesundheitsreform 2000 der PKV die Chance eröffnen, überhaupt Innovationsfaktor im o. g. Sinne sein zu können. Denn: Innovationen erfordern Handlungsspielräume!

Aufgabe der PKV-Unternehmen ist es, dafür Sorge zu tragen, daß sie einer zukünftig möglicherweise veränderten Rolle auch gerecht werden können. Dies erscheint um so realistischer, je eher sie über entsprechendes Know-how zum Management des Versorgungsgeschehens verfügen. Dabei scheint die Umsetzung kleinerer Projekte mit überschaubaren Zusammenhängen für das einzelne private Krankenversicherungsunternehmen deutlich größere Erfolgsaussichten zu haben als das Warten auf den "großen Wurf". Politisch sollte die PKV darauf hinwirken, derartige auf Qualitätsverbesserungen abzielende Projekte seriös erproben zu können. Dieser qualitative Ansatz erscheint sowohl mit Blick auf die erzielbaren Ausgabensenkungen als auch politisch erfolgversprechender, als ein schwerpunktmäßig auf Vergütungsvereinbarungen fixiertes Vertragskonzept, wie es von Teilen der PKV präferiert zu werden scheint.

---

626) o.V. (1998), S. 100

Vor diesem Hintergrund könnte dann letztlich der Kunde innerhalb einer vielfältigen Produktlandschaft aufgrund persönlicher Präferenzen ganz im Sinne eines auf Wahlfreiheit angelegten Systems zwischen ungemanteten und gemanteten substitutiven privaten Krankenversicherungsprodukten (oder einem Versicherungsschutz in der GKV) entscheiden.

## Anhang I

### Gegenüberstellung des Leistungsumfangs in GKV und PKV

<b>Leistungsumfang GKV</b> <b>(§§ 11-68 SGB V, §§ 195-200b RVO)</b> (Stand: 1.1.1999)	<b>Leistungsumfang PKV</b> <b>(MB/KK 94 und MB/KT 94)</b> <i>(kursiv: Tarifbedingungen der GLOBALE Krankenversicherungs-AG)</i>
<b>I. Leistungen zur Verhütung sowie Früherkennung von Krankheiten (§§ 20-26)</b> 1. Erstattung von Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes gemäß Satzung möglich (§ 20)	<b>I. Leistungen zur Verhütung sowie Früherkennung von Krankheiten (§§ 1, 4 und 5 MB/KK94)</b> 1. Erstattung medizinisch notwendiger Impfungen <i>Erstattung von Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff</i>
2. Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21-22) a) Gruppenprophylaxe bis zum Alter von 12 Jahren b) Individualprophylaxe zwischen 6. und 18. Lebensjahr einmal im Kalenderhalbjahr c) Individualprophylaxe ab 19. Lebensjahr	2. Erstattung medizinisch notwendiger Zahnuntersuchungen
3. Medizinische Vorsorgeleistungen (§§ 23-24) a) ambulante Vorsorgekuren (Zuschuß gemäß Satzung von max. 15 DM möglich) b) stationäre Kuren (Zuzahlung von 25 DM bzw. 20 DM für jeden Kalendertag, sofern das 18. Lebensjahr vollendet ist); durch das „Arbeitsrechtliche Gesetz zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung“ werden bei Arbeitnehmern zwei Kurtage je Kurwoche auf den Urlaub angerechnet c) Vorsorgekuren für Mütter im Müttergenesungswerk (Zuzahlung von 17 DM bzw. 14 DM je Kalendertag, sofern das 18. Lebensjahr vollendet ist); alle Leistungen werden i. d. R. für längstens 3 Wochen bei einem Wiederholungsintervall von 4 Jahren erbracht	3. keine Kostenerstattung für offene Badekuren und stationäre Kuren a) <i>Erstattung ambulanter Badekuren (keine Kostenerstattung für Kurtaxe, Unterbringung und Verpflegung)</i> b) <i>Erstattung der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme, soweit diese nicht von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger übernommen werden</i>
4. Empfängnisverhütung (§ 24a) a) Anspruch auf ärztliche Beratung (einschließlich erforderlicher Untersuchung und Verordnung empfängnisregelnder Mittel) b) Bis zum vollendeten 20. Lebensjahr besteht Anspruch auf Versorgung mit ärztlich verordneten empfängnisverhütenden Mitteln	4. keine Kostenerstattung für Untersuchung und Mittel zur Empfängnisverhütung

Abbildung 51: Gegenüberstellung des Leistungsumfangs in GKV und PKV

<p>5. Leistungsanspruch bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation (§ 24b)</p> <p>6. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25)</p> <p>a) Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle 2 Jahre</p> <p>b) jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung für Frauen mit Beginn des 20. Lebensjahres und für Männer mit Beginn des 45. Lebensjahres</p> <p>7. Kinderuntersuchung bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (§ 26)</p>	<p>5. keine Kostenerstattung für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und eine nicht rechtswidrige Sterilisation</p> <p>6. Erstattung von ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen</p> <p><i>Erstattung sämtlicher zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendiger ambulanter Untersuchungen</i></p>
<p><b>II. Leistungen bei Krankheit (§§ 27-51)</b></p> <p>1. Künstliche Befruchtung bis zu viermal (§ 27a)</p> <p>2. Ärztliche Behandlung zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten (§ 28 Abs. 1)</p> <p>3. Zahnärztliche Behandlung einschließlich Kieferorthopädie und Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 - § 30)</p> <p>a) Zahnärztliche Behandlung zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Ausnahmen sind implantologische Leistungen, Suprakonstruktion, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen)</p> <p>b) Kieferorthopädie</p> <p>ba) 80% Kostenerstattung bei einem Kind; für das zweite und jedes weitere Kind in Behandlung befindende Kind 90%</p> <p>bb) keine Leistung nach Vollendung des 18. Lebensjahres außer bei schweren Kieferanomalien</p> <p>bc) Erstattung des Versicherungsanteils, wenn Behandlung gemäß Behandlungsplan abgeschlossen wurde.</p>	<p>7. Erstattung von Kinderuntersuchungen im Rahmen der medizinisch notwendigen Behandlung</p> <p><b>II. Leistungen bei Krankheit (§ 4 MB/KK94)</b></p> <p>1. Künstliche Befruchtung gemäß obergerichtlicher Rechtsprechung (in MB/KK nicht ausdrücklich erwähnt)</p> <p>2. freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes</p> <p>3. freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten</p> <p>a) <i>Erstattung der zahnärztlichen Behandlung zu 100%; zur Zahnbehandlung zählen die Anwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende, chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen, Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontismus, Aufbißbehelte und Schienen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen</i></p> <p>b) <i>Erstattung für Zahnersatz bis 5.000 DM pro Kalenderjahr zu 100%, darüber hinaus zu 80%; zum Zahnersatz zählen Zahnkronen, Kieferorthopädie, prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Stützähne; Erstattungsbetrag ist im 1. Kalenderjahr auf 2.000 DM sowie im 2. Kalenderjahr auf 3.000 DM begrenzt (Begrenzung entfällt bei Unfall)</i></p>

Abbildung 51: Fortsetzung

<p>c) Zahnersatz 50% Kostenerstattung; bei Inanspruchnahme der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 und der Vorsorgeuntersuchung im Jahresrhythmus nach Vollendung des 18. Lebensjahres erhöht sich die Erstattung um 10%; bei jährlicher Vorsorgeuntersuchung 10 Jahre lang erhöht sich der Zuschuß um weitere 5%</p>	
<p>4. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (§§ 31-36)</p> <p>a) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>aa) Anspruch auf Versorgung besteht, soweit diese nicht nach § 34 ausgeschlossen sind</p> <p>ab) Abzüglich der Zuzahlung erfolgt die Kostenerstattung bis zur Höhe des Festbetrages, für andere Mittel in voller Höhe</p> <p>ac) für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beträgt die Zuzahlung für jedes zu Lasten der GKV verordnete Mittel 8 DM/9 DM/10 DM je nach Packungsgröße</p> <p>b) Heilmittel</p> <p>ba) Anspruch auf Versorgung mit Bädern, Massagen und Krankengymnastik besteht, soweit diese Mittel nicht von der Erstattung (§ 34) ausgeschlossen sind</p> <p>bb) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen eine Zuzahlung von 15% der Kosten leisten</p>	<p>4. Erstattung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, wenn diese von einem Behandler gemäß Ziffer 2. oder 3. Verordnet wurden. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden</p> <p>a) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>aa) als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mucoviscidose zu vermeiden oder die Verschlimmerung zu verhindern (Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Erzeugnisse und sanitäre Bedarfsartikel fallen nicht unter den Versicherungsschutz)</p> <p>ab) Erstattung der Arzneien (einschließlich zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel</p> <p>b) Heilmittel</p> <p>ba) als Heilmittel gelten Bäder, Massagen, physikalische und elektrische Behandlung, und zwar auch dann, wenn sie vom Arzt selbst vorgenommen werden</p> <p>bb) Erstattung der Heilmittel</p>

Abbildung 51: Fortsetzung

<p>c) Hilfsmittel</p> <p>ca) Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädische und anderen Hilfsmitteln einschließlich Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung zu ihrem Gebrauch, soweit es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt und diese nicht von der Erstattung (§ 34) ausgeschlossen sind</p> <p>cb) erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht für Versicherte nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien; dabei können Kontaktlinsen nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen bezogen werden; der Zuschuß zum Brillengestell entfällt</p> <p>cc) Kostenerstattung bis zur Höhe des Festbetrages; für andere Mittel die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen eine Zuzahlung von 20% des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages leisten.</p> <p>cd) leihweise Überlassung von erforderlichen Hilfsmitteln</p>	<p>c) Hilfsmittel</p> <p>ca) als Hilfsmittel gelten Brillen, Kontaktlinsen, Hör-, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen und Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Prothesen und Krankenfahrstühle (Kosten für Ersatzbatterien, Ladegeräte u.ä. von Hör- und Sprechgeräten fallen nicht unter den Versicherungsschutz)</p> <p>cb) Erstattung der Hilfsmittel; Brillenfassungen werden bis maximal 300 DM pro Kalenderjahr erstattet</p>
<p>5. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37-38)</p> <p>a) Häusliche Krankenpflege wird bis zu 4 Wochen (Ausnahme bei Bewilligung einer längeren Dauer durch den medizinischen Dienst) gewährt, wenn notwendige Krankenhausbehandlung dadurch vermieden oder verkürzt wird bzw. zur Unterstützung der ambulanten Behandlung unter der Voraussetzung, daß keine im Haushalt lebende Person diese Pflege übernehmen kann</p> <p>b) Haushaltshilfe wird gewährt, wenn Haushalt wegen Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt nicht weitergeführt werden kann und keine andere im Haushalt lebende Person dies erfüllen kann, sofern im Haushalt ein Kind lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist</p>	<p>5. keine Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe</p>

Abbildung 51: Fortsetzung



<p>6. Krankenhausbehandlung (§ 39)</p> <p>a) Versicherter hat Anspruch auf voll-, teil-, vor- oder nachstationäre sowie ambulante Krankenhausbehandlung</p> <p>b) Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer und ärztliche Behandlung</p> <p>c) bei Inanspruchnahme ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus, können die Mehrkosten ganz oder teilweise dem Versicherten auferlegt werden</p> <p>d) Zuzahlung von 17 DM bzw. 14 DM täglich für längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</p> <p>e) notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen (§11 Abs. 3)</p>	<p>6. freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung; in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erfolgt ist</p> <p>a) Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung (allgemeine Krankenhausleistungen)</p> <p>b) Erstattung der gesondert berechneten Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer</p> <p>c) Erstattung der gesondert berechneten privatärztlichen Behandlung sowie Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger</p> <p>d) wenn keine der beiden gesonderten Leistungen in Anspruch genommen wird bzw. nur wahlweise eine der beiden, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld ausgezahlt</p> <p>e) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr aus der Versicherung des Kindes, sofern ein Elternteil nach einem Krankheitskostentarif versichert ist</p> <p>f) Auszahlung einer Pauschalleistung bei ambulanter Entbindung</p>
<p>7. Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 40-43)</p> <p>a) Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen</p> <p>aa) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen für längstens 3 Wochen alle 4 Jahre; dabei kann gemäß Satzung ein Zuschuß von bis zu 15 DM täglich gewährt werden</p> <p>ab) stationäre Rehabilitationsmaßnahme alle 4 Jahre, wenn kein anderer Sozialleistungsträger vorrangig zuständig ist; dabei erfolgt eine Zuzahlung von 25 DM bzw. 20 DM täglich bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</p> <p>ac) bei einer Anschlußheilbehandlung beträgt die Zuzahlung 17 DM bzw. 14 DM täglich für längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</p>	<p>7. keine Kostenerstattung für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht</p> <p>Erstattung der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme, soweit diese nicht von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger übernommen werden</p>

Abbildung 51: Fortsetzung

<p>b) Müttergenesungskuren für längstens 3 Wochen im Wiederholungsintervall von 4 Jahren, sofern kein anderer Sozialleistungsträger vorrangig zuständig ist; dabei erfolgt eine Zuzahlung von 17 DM bzw. 14 DM täglich, sofern das 18. Lebensjahr vollendet ist</p> <p>c) Belastungserprobung und Arbeitstherapie, sofern kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist</p> <p>d) Rehabilitationssport und andere geeignete Leistungen, soweit sie nicht der Berufsförderung oder der allgemeinen sozialen Eingliederung dienen und soweit die Krankenkasse zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder noch leistet</p>	
<p>8. Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen für versicherte Kinder, die der Früherkennung oder der frühen Zuführung zu einer Behandlung dienen (§§ 43a-43b)</p>	<p>8. Nichtärztliche und ärztliche Leistungen für versicherte Kinder, die der Früherkennung oder der Behandlung dienen (§ 4 MB/KK94)</p> <p><i>Die Durchführung der Psychotherapie kann durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen erfolgen, wenn sie durch einen approbierten Arzt veranlaßt ist</i></p> <p><i>Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen</i></p>
<p>9. Krankengeld (§§ 44-51)</p> <p>a) Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld</p> <p>aa) von Beginn einer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung</p> <p>ab) von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt</p> <p>ac) bei Erkrankung eines Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, für längstens 10 Arbeitstage je Kind im Kalenderjahr (bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage) ; Gesamtanspruch für alle Kinder beträgt nicht mehr als 25 Arbeitstage im Kalenderjahr (bei Alleinerziehenden 50 Arbeitstage)</p>	<p>9. Krankentagegeld (§§ 4, 5 und 15 MB/KT94)</p> <p>a) Anspruch auf Krankentagegeld entsteht mit der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit</p> <p>b) Höhe des Krankentagegeldes darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das berufliche Nettoeinkommen nicht übersteigen; anstelle des Nettoeinkommens gilt bei Selbständigen und freiberuflich Tätigen als Bemessungsgrundlage der vereinbarte Vomhundertsatz – höchstens jedoch 75% – des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit</p>

Abbildung 51: Fortsetzung

<p>b) Höhe des Krankengeldes beträgt 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommen, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt); es darf jedoch 90% des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen</p> <p>c) Anspruchsdauer des Krankengeldes beträgt 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit; Wiederaufleben des Anspruchs in einer erneuten Dreijahresfrist kommt bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung nur in Betracht, wenn der Versicherte bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist, und in der Zwischenzeit mindestens 6 Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und erwerbsfähig war bzw. der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand</p> <p>d) Anspruch auf Krankengeld ruht, soweit und solange Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder bestimmte Entgeltersatzleistungen bezogen werden und solange die Arbeitsunfähigkeit nicht der Krankenkasse gemeldet wird (dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt)</p> <p>e) Wegfall des Krankengeldes bei vollwertigen Rentenzahlungen oder bei vergleichbaren Leistungen und Kürzung des Krankengeldes bei ergänzenden Leistungen um den Zahlbetrag</p> <p>f) Bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten nach ärztlichem Gutachten kann durch die Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen gesetzt werden, innerhalb der ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen oder Rente zu stellen ist; der Krankengeldanspruch entfällt, wenn der Versicherte dieser Aufforderung nicht nachkommt</p>	<p>c) Anspruchsdauer auf Krankentagegeld besteht für jeden Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung</p> <p>d – e) keine Krankentagegeldzahlung während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger</p> <p><i>Krankentagegeld wird während einer Rehabilitationsmaßnahme unter Anrechnung einer eventuell. gewährten Ersatzleistung für Verdienstaufschlag gezahlt</i></p> <p>Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht zu diesem Zeitpunkt ein eingetretener Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit), so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung</p> <p><i>Wird eine versicherter Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit</i></p> <p>Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis. Besteht zu diesem Zeitpunkt ein eingetretener Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit), so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit</p> <p><i>Das Versicherungsverhältnis endet spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit</i></p> <p>Das Versicherungsverhältnis endet mit Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird</p>
--	--

Abbildung 51: Fortsetzung

<p><b>III. Sterbegeld (§§ 58-59)</b></p> <p>Wenn der Verstorbene am 1.1.1989 gesetzlich krankenversichert war, wird ein Sterbegeld in Höhe von 2.100 DM bei Tod eines Mitglieds bzw. 1.050 DM bei Tod eines Familienversicherten gezahlt</p>	<p><b>III. Sterbegeld</b></p> <p>Sterbegeld wird in der PKV nicht gezahlt</p>
<p><b>IV. Fahrkosten (§60)</b></p> <p>1. Erstattung der Fahrkosten, soweit sie im Zusammenhang mit einer Krankenkassenleistung notwendig sind und für das medizinisch notwendige Transportmittel</p>	<p><b>IV. Fahrkosten</b></p> <p>1. Erstattung von medizinisch notwendigen Fahrten und Transporten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus wegen ambulanter Behandlung</p>
<p>2. Erstattung ist begrenzt auf den 25 DM je Fahrt übersteigenden Betrag bei stationären Leistungen, Rettungsfahrten zum Krankenhaus, Krankentransporten und bei ambulanten Krankenbehandlungen zur Vermeidung einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung</p>	<p>2. Erstattung des medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus</p>
<p>3. als Transportmittel können öffentliche Verkehrsmittel, Taxi oder Mietwagen (wenn öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann), Krankenkraftwagen oder Rettungsfahrzeug (wenn die ersten beiden nicht benutzt werden können) und ein PKW (höchstens die Kosten, die bei einem der drei anderen entstanden wären) benutzt werden</p>	<p>3. Erstattung der Kosten für den Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland, wenn eine ausreichende medizinische Behandlung im Reiseland nicht gewährleistet ist sowie der Transport für eine Begleitperson, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Die medizinischen Gründe für die Begleitung sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen</p>
<p>4. keine Erstattung der Kosten eines Rücktransports in das Inland</p>	<p>4. Erstattung der Kosten für die Überführung eines durch Krankheit oder Unfall im Ausland Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland</p>
<p><b>V. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195-200b RVO)</b></p> <p>1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe</p> <p>2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln</p>	<p><b>V. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz (§§ 1 und 4 MBIKK94)</b></p> <p>1. medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung</p> <p>2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln</p>

Abbildung 51: Fortsetzung

<p>3. stationäre Entbindung</p>	<p>3. stationäre Entbindung einschließlich Leistungen für freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger</p>
<p>4. häusliche Pflege</p>	<p>4. keine Kostenerstattung für häusliche Pflege</p>
<p>5. Haushaltshilfe</p>	<p>5. keine Kostenerstattung für Haushaltshilfe</p>
<p>6. Entbindungsgeld/Mutterschaftsgeld (§ 200)</p> <p>a) für weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeldanspruch haben oder denen wegen der Schutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, unter der Voraussetzung, daß sie vom Beginn des zehnten bis zum Ende des vierten Monats vor der Entbindung mindestens 12 Wochen Mitglieder waren oder in einem Arbeitsverhältnis standen</p> <p>b) für weibliche Mitglieder, die in einem Arbeitsverhältnis stehen bzw. dieses während der Schwangerschaft zulässig beendet wurde, wird das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei Monate vor der Schutzfrist, höchstens jedoch 25 DM je Kalendertag, gezahlt.</p> <p>c) Zahlung erfolgt für die letzten 6 Wochen vor und die ersten 8 Wochen nach der Entbindung, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten 12 Wochen nach der Entbindung</p>	<p>6. Mutterschaftsgeld in Höhe von 400 DM vom Bundesversicherungsamt (§13 Mutterschutzgesetz)</p>
<p>7. Entbindungsgeld in Höhe von 150 DM, wenn die Versicherte keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hat (§ 200b)</p>	<p>7. keine Krankentagezahlung ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung sowie während des gesetzlichen Beschäftigungsverbot für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz); diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, daß die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den o. g. Ereignissen steht</p> <p>Leistungspflicht besteht ebenfalls außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten und Beschwerden. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten</p>

Abbildung 51: Fortsetzung

## **Anhang II**

### **Modellrechnungen der PKV zur Beitragsentlastung im Alter**

Vorliegende Modellrechnungen<sup>627</sup> zeigen die Beitragsentwicklung für eine Krankheitskostenvollversicherung bei jährlicher Kostensteigerung von 5% mit und ohne Maßnahmen zur Beitragsentlastung im Alter gemäß den gesetzlichen Vorschriften im VAG sowie ergänzt um ein Beitragsentlastungsmodell. Die Modelleinnahmen werden wie folgt variiert:

- Eintrittsalter (Neugeschäft): 30/50 Jahre
- Gesamtzuschreibung (gemäß § 12a VAG): 3,5% Rechnungszins und 1,25% p.a. für alle Versicherte/1,25 % für Versicherte ab 65 Jahren.
- Verhältnis der Alterungsrückstellung der über 64jährigen zu den Gesamtalterungsrückstellungen: beginnend mit 22%/steigend bis auf ca. 50%.

Hinweis: Nach einer Umfrage des PKV-Verbandes bei den Mitgliedsunternehmen liegt der Anteil der Alterungsrückstellung der über 64jährigen an den Alterungsrückstellungen des Gesamtbestandes im Schnitt bei ca. 22% (Stand 12/94). Durch die gesetzliche Zuschreibung gemäß § 12 a VAG wird sich dieser Anteil nach oben bewegen. In einer über 80 Jahre simulierten Bestandsentwicklung unter Berücksichtigung jährlicher Beitragsanpassungen auf Basis der Kostensteigerung von 5% wird der Anstieg des Alterungsrückstellungsanteils der über 64jährigen ermittelt. Ausgehend von den heutigen 22% liegt die Sättigung des Alterungsrückstellungsanteils der über 64jährigen bei ca. 50% und wird im Verlauf der Modellrechnung nach 50 Jahren erreicht. Die jeweiligen Alterungsrückstellungsanteile finden Eingang in die zu beschreibenden Modellrechnungen für einen heute 30- und 50jährigen Neugeschäftsversicherten.

Den Beiträgen liegen die Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafel PKV 2000 sowie das beobachtete Storno der letzten Jahre im Bereich der Vollversicherung zugrunde. Die Eintrittsaltersbeiträge der Krankheitskostenvollversicherung entsprechen dem Marktdurchschnitt.

---

627) Vgl. PKV-Verband (1996), Anlage 1.1, S. 1 ff.

1 Alter	2 Beitrag ohne zusätzliche Zuschreibung	3 Beitrag mit zus. Zuschr. gemäß §12a VAG	4 Beitrag mit zus. Zuschr. gemäß §12a VAG mit Beitragsentlastungs- komponente	5 Beitragsanteil für die Beitrags- entlastungs- komponente	6 Ermäßigung aus der Beitrags- entlastungs- komponente	7 Eintrittsalters- beitrag Alter 30 jährlich +5%	8 GKV-Höchst- beitrag jährlich +5%	9 GKV-Höchst- beitrag jährlich +5% plus Demo- graphieeffekt
	in DM pro Monat							
30	392,25	392,25	426,79	34,54	220,00	392,25	792,00	792,00
35	504,26	504,26	557,72	53,46	320,00	500,62	1.010,81	1.028,00
40	668,51	668,51	747,35	78,84	420,00	638,93	1.290,08	1.346,85
45	908,27	908,27	1.037,96	129,69	570,00	815,46	1.646,51	1.763,41
50	1.256,42	1.256,42	1.468,75	212,33	750,00	1.040,76	2.101,41	2.300,49
55	1.760,76	1.760,76	2.116,43	355,67	980,00	1.328,30	2.681,99	3.001,15
60	2.493,08	2.493,08	2.848,75	355,67	980,00	1.695,28	3.422,98	3.896,49
65	3.544,92	3.075,60	2.047,76	355,67	1.383,00	2.163,66	4.368,68	5.058,94
70	5.034,41	4.012,31	2.555,92	355,67	1.812,00	2.761,44	5.575,67	6.567,19
75	7.107,75	5.199,77	3.239,01	355,67	2.316,00	3.524,37	7.116,13	8.525,17
80	9.915,16	6.623,02	4.058,02	355,67	2.920,00	4.498,09	9.082,18	10.880,45
85	13.541,96	8.199,55	5.634,55	355,67	2.920,00	5.740,83	11.591,42	13.886,52
90	18.170,80	9.837,90	7.272,91	355,67	2.920,00	7.326,91	14.793,92	17.723,11
95	24.078,71	10.970,93	8.405,93	355,67	2.920,00	9.351,20	18.881,20	22.619,68

Abbildung 52: Modellrechnungen der PKV zur Beitragsentlastung im Alter

1 Alter	2 Beitrag ohne zusätzliche Zuschreibung	3 Beitrag mit zus. Zuschr. gemäß §12a VAG	4 Beitrag mit zus. Zuschr. gemäß §12a VAG mit Beitragsentla- stungskomponente	5 Beitragsanteil für die Beitrags- entlastungs- komponente	6 Ermäßigung aus der Beitrags- entlastungs- komponente	7 Eintrittsalters- beitrag Alter 30 jährlich +5%	8 GKV-Höchst- beitrag jährlich +5%	9 GKV-Höchst- beitrag jährlich +5% plus Demo- graphieeffekt
50	663,30	663,30	883,03	219,73	430,00	663,30	792,00	792,00
55	853,38	853,38	1.165,84	312,46	580,00	846,56	1.010,81	1.028,00
60	1.129,39	1.129,39	1.441,85	312,46	580,00	1.080,45	1.290,08	1.346,85
65	1.525,81	1.492,39	1.142,19	312,46	662,00	1.378,95	1.646,51	1.763,41
70	2.087,19	1.921,97	1.360,15	312,46	874,00	1.759,93	2.101,41	2.300,49
75	2.868,60	2.470,07	1.660,88	312,46	1.121,00	2.246,17	2.681,99	3.001,15
80	3.926,69	3.144,83	2.041,87	312,46	1.415,00	2.866,74	3.422,98	3.896,49
85	5.293,59	3.936,71	2.833,75	312,46	1.415,00	3.658,77	4.368,68	5.058,94
90	7.038,15	4.846,26	3.743,30	312,46	1.415,00	4.669,62	5.575,67	6.567,19
95	9.264,78	5.742,28	4.639,32	312,46	1.415,00	5.959,76	7.116,13	8.525,12

Abbildung 52: Fortsetzung



## **Tabellenbeschreibung der Modellrechnungen**

- Spalte 1: Erreichtes Alter.
- Spalte 2: Beitragsentwicklung ohne zusätzliche Zuschreibung zur Alterungsrückstellung zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsentlastung im Alter.
- Spalte 3: Beitragsentwicklung bei zusätzlicher Zuschreibung zur Alterungsrückstellung gemäß § 12 a VAG: Zuschreibung von 1,25% p.a. auf die individuelle positive Vorjahres-Bilanzdeckungsrückstellung aller Versicherten sowie von 1,25% p.a. auf die Alterungsrückstellungen aller Versicherten nur zugunsten der Versicherten ab Alter 65. Nachlaßgewährung ab Alter 65. Die in die Beitragskalkulation eingehende rechnungsmäßige Verzinsung liegt bei 3,5%. Der jeweils in die Modellrechnung eingehende Alterungsrückstellungsanteil der über 64jährigen ist in extra dafür vorgenommenen Modellrechnungen ermittelt worden.
- Spalte 4: Beitragsentwicklung mit zusätzlicher Zuschreibung gemäß § 12 a VAG und einer Beitragsentlastungskomponente. Die über das Beitragsentlastungskomponente vereinbarte bedingungsgemäße Beitragsermäßigung ab Alter 65 beträgt zu Beginn 50% des Beitrags zur Krankheitskostenversicherung (einschließlich des Beitrags für die Beitragsentlastungskomponente) und erhöht sich bis Alter 55 entsprechend der jährlichen Kostensteigerung, das heißt um 5% p.a., und wird auf volle 10 DM aufgerundet. Die zusätzliche Zuschreibung für die Beitragsentlastungskomponente wurde vereinfacht mit 2,5% für alle Versicherten und Alter berücksichtigt. Bei exakter Anwendung von § 12 a VAG ergäben sich im höheren Alter noch weitere Beitragsentlastungseffekte.
- Spalte 5: Absoluter Beitragsanteil für die Beitragsentlastungskomponente an den Beiträgen der Spalten 2 - 4.
- Spalte 6: Vereinbarte bedingungsgemäße Beitragsermäßigung aus der Beitragsentlastungskomponente für den Beitrag gemäß Spalte 5.
- Spalte 7: Entwicklung des Eintrittsaltersbeitrags bei jährlicher Ausgabensteigerung von 5% p.a.
- Spalte 8: Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags bei jährlicher Ausgabensteigerung von 5% p.a. ausgehend von 792 DM monatlich (errechnet aus der Beitragsbemessungsgrenze 1996 von 6000 DM monatlich und dem 1996 gültigen durchschnittlichen Beitragssatz von 13,2%).
- Spalte 9: Entwicklung des GKV-Höchstbeitrags bei jährlicher Ausgabensteigerung von 5% p.a. unter Berücksichtigung des Demographie-Effekts auf die Beitragsentwicklung in der GKV. Quelle ist der Ergebnisbericht des Sachverständigenrates aus Juli 1995. Zugunsten der GKV wurde für die Modellrechnungen der Demographie-Effekt auf Basis des günstigeren Wanderungssaldos zugrundegelegt.

## Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. (1985):** Was bringt die Gesundheitsuntersuchung? In: ArbSozPol, Heft 11 -12, S. 36 - 42
- Abholz, H.-H. (1992a):** Wie soll man das bezahlen? – Ein Vergleich ärztlicher Honorierungssysteme. In: ArbSozPol, Heft 5 - 6, S. 18 - 25
- Albrecht, P./Lippe S. (1988):** Prämie, mathematische und wirtschaftliche Fragen. In: HdV, S. 525 - 532
- Altenähr, V. (1994):** Produktgestaltung im Krankheitskosten- und Krankentagegeldbereich. In: Die private Krankenversicherung auf dem Weg zur substitutiven Krankenversicherung. Schriftenreihe Versicherungsforum. Heft 17. Karlsruhe, S. 17 - 34
- Angerer, A. (1994):** EG-Versicherungsrichtlinien – aktuell. Karlsruhe
- Arnold, M. (1995):** Prävention zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, S. 222 - 228
- Arnold, M./Jelastopulu, E. (1996):** Managed Care. Die Ursprünge, Instrumente, Wirkungen und Problemlösungspotentiale. In: Die Versicherungsrundschau, S. 75 - 81
- Bank, B. u. a. (1997):** Die optimale Krankenversicherung. Kasse oder privat? In: Capital, Ausgabe 4/97, S. 208 - 228
- Bauer, G. /Gutzweiler, F. (1994):** Krankenkassen und Prävention – Möglichkeiten und Grenzen. Schriftenreihe der SGGP. Band No. 35. Muri
- Bauermeister, H./Bohn, K. (1988):** Krankenversicherungsmathematik. In: HdV, S. 401 - 407
- Baumann, M./Stock, J. (1996):** Managed Care – Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung. Endbericht der Prognos AG Basel/ Köln im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf
- BDA (1998):** Case-Management Manual Diabetes. Hrsg. vom Arbeitskreis Case-Management Diabetes im Auftrag des BDA – Bundesverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband – e.V. 1. Auflage. Emsdetten.
- Becker, J. (1998):** Marketing-Konzeption. Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements. 6. Auflage. München
- Beerli, A. u. a. (1996):** WintiMed – ein Erfahrungsbericht. In: Schweizerische Ärztezeitung, S. 525 - 531
- Behne, J. (1995):** Anmerkungen zu den Rechnungsgrundlagen in der deutschen Privaten Krankenversicherung. In: Sozialer Fortschritt, S. 38 - 44
- Berger, M. u. a (1998):** Versorgungsqualität bei Typ-1-Diabetes-Mellitus. Eine Bevölkerungserhebung im Kammerbezirk Nordrhein. In: Deutsches Ärzteblatt, S. A-2770 - A-2774
- BGH (1998):** Unfallersatzwagenvermietung durch Kfz-Haftpflichtversicherer – Carpartner. Beschluß des BGH vom 13.1.1998. In: NJW, S. 2825 - 2829

- Bundeskartellamt (1996):** Untersagung eines Vermietungsunternehmens der Kfz.-Haftpflichtversicherer für Unfallersatzwagen. Beschluß des Bundeskartellamts vom 7. Juli 1995, B10-818000-A-207/94 ("CP-System"). In: WuW, S. BKartA 2795 - BKartA 2812
- Blumrath, P.-N. (1990):** Richtig versichern als komplexe Gesamtlösung. Ein Handbuch für Privatkunden. 2. Auflage. Köln
- BMG (1997):** Daten des Gesundheitswesens. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 91. Baden-Baden
- BMI (1989):** Durchführung des § 257 SGB V. Rundschreiben des BMI vom 23. Mai 1989. In: DOK, S. 540 - 546
- Boetius, J. (1996):** Neue Wege zur Kostensteuerung im Gesundheitswesen – eine Aufgabe für die private Krankenversicherung. Karlsruhe
- Bohn, K. (1980):** Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung. In: Schriftenreihe Angewandte Versicherungsmathematik. Heft 11. Karlsruhe
- Bohn, K. (1995):** Beitragsentlastungstarife in der PKV: Ungelöste Probleme oder Lösung eines Problems? In: VW, S. 1098 - 1101
- Braun, B. u. a. (1998):** Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. 2. Auflage. Frankfurt am Main
- Breyer, F./Zweifel, P. (1992):** Gesundheitsökonomie. Heidelberg
- Brünjes, C. (1990):** Technische Methoden der privaten Krankenversicherung in Deutschland. In: Timmer, H. G. (Hrsg.): Technische Methoden der privaten Krankenversicherung in Europa: Marktverhältnisse und Wesensmerkmale der Versicherungstechnik. Schriftenreihe Angewandte Versicherungsmathematik. Heft 23. Karlsruhe, S. 44 - 62
- Bundesärztekammer (1997):** (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach. In: Deutsches Ärzteblatt, S. B-1920 - B-1928
- Bunte, H.-J. (1997):** Regulierungsabkommen zwischen Leistungserbringern und Versicherungsunternehmen auf dem Prüfstand des Kartellrechts. In: VersR, S. 1429 - 1436
- Capital/Schwarz Pharma (1997):** Ärzte- und Patientenbefragung 1997. Hrsg. von Capital und Schwarz Pharma
- Daviglus, M. L. (1998):** Benefit Of A Favourable Cardiovascular Risk-Factor Profile In Middle Age With Respect To Medicare Costs. In: The New England Journal of Medicine, S. 1122 - 1129
- Delisle, E. (1981):** Marketing in der Versicherungswirtschaft. 2. Auflage. Karlsruhe
- Dibbern, G. (1992):** Gesundheitsstrukturgesetz und Kostendämpfung. In: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 12, S. 13 - 16
- Dominighetti, G. u. a. (1998):** Frequence des procedures operatoires dans la population du Canton du Tessin. Projet Fonds National de la Recherche Scientifique No. 3.946-0-84
- Drengemann, E. (1998):** Schutz vor den Abkassierern. In: DM, Heft 9, S. 15 - 19

- Drees, H./Milbrodt, H. (1995):** Möglichkeiten zur Milderung der Beitragssteigerung bei älteren Versicherten in der deutschen privaten Krankenversicherung – eine Simulationsstudie. In: Blätter der DGVM, S. 393 - 418
- Eberle, G. (1985):** Prävention und AOK. Diskussionsgrundlage für eine strategische Orientierung. In: DOK, S. 581 - 596
- Eisen, R. (1971):** Zur Produktionsfunktion der Versicherung. In: ZVersWiss, S. 407 - 419
- Farny, D. (1989):** Versicherungsbetriebslehre. 1. Auflage. Karlsruhe
- Farny, D. (1995):** Versicherungsbetriebslehre. 2., überarbeitete Auflage. Karlsruhe
- Farny, D. (1995a):** Die Gestaltung von Versicherungsprodukten im Marketing von Versicherungsunternehmen. In: ZVersWiss, S. 79 - 102
- Fromme, H. (1995):** "Wer am besten und kostengünstigsten behandelt, wird keine Einbußen haben." In: Ärzte-Zeitung vom 6. November 1995, S. 14
- Gabler (1994):** Prämie. In: Koch, P./Weiss, W. (Hrsg.): Gabler Versicherungslexikon. Wiesbaden, S. 635 - 636
- Gaulke, J. (1996):** Elementare Gefahr. In: Die Woche vom 29.3.1996, S. 14
- GDV (1997):** Versicherungen im Klipp & Klar-Text. Bonn
- GDV(1996):** Wettbewerbsfaktoren von privaten Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland – Empirische Analyse 1985 - 1994. Schriftenreihe des Ausschusses Volkswirtschaft. Band 20. Bonn
- Geser, G. (1995):** Die Schweizer Krankenversicherer im Zeichen von Managed Care. In: ArbSozPol, Heft 9 - 10, S. 27 - 36
- Geursen, R. (1996):** Suche nach mehr Effizienz. "Disease Management" bietet Ansätze zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. In: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 4, S. 16 - 19
- Goldberg, A./Müller, H. (1980):** Versicherungsaufsichtsgesetz. Berlin
- Graalmann, J./Wasem, J. (1996):** Beitragsentlastungskomponenten – Chancen und Grenzen einer Produktvariante in der PKV. In: ZfV, S. 250 - 258
- Graalmann, J. (1997):** Beitragsentlastungskomponenten in der privaten Krankenversicherung. Schriftenreihe des Fachbereichs Versicherungswesen der Fachschule Köln. Band 10. Karlsruhe
- Harbrügger, U. (1992):** Wertewandel und Corporate Identity. Perspektiven eines gesellschaftsorientierten Marketing von Versicherungsunternehmen. Wiesbaden
- Heidbreder, D. (1997):** Management in der Arztpraxis. In: Diabetes Manual 1. Hrsg. vom Arbeitskreis zur Erarbeitung von diagnostischen und therapeutischen Leitlinien für die Behandlung des Patienten mit Diabetes mellitus in der hausärztlichen Praxis in Zusammenarbeit mit dem BDA – Bundesverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. Emsdetten, S. 137 - 161
- Henry, A. (1991):** Ärzte als Kostentreiber. In: Capital, Nr. 10, S. 42

- Henry, K. (1977):** Versicherungskundendienst heute und morgen (I). In: VW, S. 304 - 312
- Henry, K. (1977a):** Versicherungskundendienst heute und morgen (II). In: VW, S. 385 - 392
- Hertel, A./Sartorius, B. (1994):** Innovatives Zielgruppenmarketing für Versicherungen ab Juli 1994. Karlsruhe.
- Hess, Renate (1997):** Druck auf die Liquidation. In: Deutsches Ärzteblatt, S. A-11 - A-12
- Hildebrandt, H. u. a. (1995):** Health Maintenance Organizations in den USA: Eine Einführung. In: BKK, S. 722 - 732
- Hildebrandt, H./Domdey, A. (1996):** Disease Management. Effizienzsteigerung – Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung – Reorganisation der Behandlungsabläufe. In: Die Ersatzkasse, S. 50 - 54
- Hunsche, E. u. a. (1998):** Diabetes Disease Management – Modellvorhaben Focus Diabeticus Leverkusen –. In: BKK, S. 491 - 498
- Isensee, J. (1996):** Prof. Dr. Josef Isensee: Bei der Ärzte-Liste geht es um Marktinformation. In: PKV Publik, S. 39
- Kayser, B./Schwefing, B. (1998):** Managed Care und HMOs. Lösung für die Finanzkrise in der Krankenversicherung? Bern u. a.
- Knappe E. u. a. (1981):** Der Einfluß von Selbstbehalten und Wahlтарifen auf Leistungen und Ausgabenumfang im Gesundheitssektor. FZV-Information, Nr. 3/1981
- Koch, P. (1988):** Versicherungsformen. In: HdV, S. 1025 - 1027
- Köhler, H. (1995):** Die Regulierungsabkommen zwischen Versicherern und Autovermietern auf dem Prüfstand des Kartellrechts. In: NJW, S. 2019 - 2021
- Krämer, W. (1989):** Die Krankheit des Gesundheitswesens. Frankfurt
- Krämer, W. (1996):** Medizin muß rationiert werden. In: Medizinrecht, S. 1 - 5
- Kreßel, E./Wollenschläger, M. (1996):** Leitfaden zum Sozialversicherungsrecht. 2., neubearbeitete Auflage. Neuwied u. a.
- Krust, K. H. (1995):** Assistance: Neuer Service hilft Kunden in Not. In: vk, Heft 1, S. 26 – 29
- Kühn, G. (1980):** Die Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung. In: Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.). Stuttgart, S. 30 - 36
- Laaser, U./Wenzel, H. (1997):** Effektivität und Effizienz in der Prävention. In: Allhoff, P./Flatten, G./Laaser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. 2., erweiterte und korrigierte Auflage. Berlin u. a., S. 49 - 63
- Lach, H. (1995):** Vertikales Marketing von Versicherungsunternehmen: Marketingkonzepte für Versicherungsunternehmen mit Ausschließlichkeits-, Makler- und Strukturvertrieb. Berlin
- Laufs, A./Uhlenbruck, W. (1992):** Handbuch des Arztrechts. München

- Lauterbach, K. (1997):** Zum Verhältnis von Disease Management und Managed Care. In: Arnold, M. u. a. (Hrsg.): Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart – New York, S. 169 - 178.
- Lauterbach, K./Arnold, M. (1995):** "Managed Care": eine Lösung der Probleme im Gesundheitswesen Deutschlands? In: Das Krankenhaus, S. 254 - 259
- Lorz, S. (1998):** Auf Teilkasko beim Arzt. In: Rheinischer Merkur vom 20.11.1998, S. 14
- Lukarsch, G. (1988):** Versicherungsschutz als Wirtschaftsgut. In: HdV, S. 959 - 964
- Lukarsch, G. (1992):** Formen des Versicherungsschutzes. In: Versicherungswirtschaftliches Studienwerk, 4. Auflage. Studentext 5. Wiesbaden
- Mahr, W. (1977):** Das moralische Risiko in Individual- und Sozialversicherung. Das Prinzip und seine Tragweite. In: ZVersWiss, S. 205 - 253
- Mannheimer (1998):** Vertriebsinformation der Mannheimer Krankenversicherung zur Beitragsanpassung zum 01.07.1998. Eine Argumentationshilfe für Ihr Beratungsgespräch mit Versicherungsnehmern.
- Meffert, H. (1998):** Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. 8., vollständig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden
- Meffert, H./Bruhn, M. (1995):** Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Wiesbaden
- Meierjürgen, R. (1997):** Case Management und Reha-Beratung. In: ArbSozPol, Heft 7 - 8, S. 17 - 24
- Mertens, M. (1992):** Kundentypologien im Versicherungsgeschäft mit Privatkunden. Bergisch-Gladbach/Köln
- Meyer, C.-P. (1996):** Neue Tarife – Therapie gegen Beitragskollaps? In: vk, Heft 2, S. 42 - 43
- Meyer, C.-P. (1996a):** PKV-Vergleichsprogramme: Was leisten sie wirklich? In: vk, Heft 7, S. 47 - 50
- Moewes, M. (1994):** Alternative Modelle zur ärztlichen Vergütung. In: Deutsches Ärzteblatt, S. A-1877 - A-1882
- Moore, S. u. a. (1983):** Does the Primary Care Gatekeeper control the Costs of Health Care? In: The New England Journal of Medicine, S. 1400 - 1404
- Mordi, O. (1985):** Das Produktkonzept der Versicherung. In: ZVersWiss, S. 81 - 93
- Moser, H. (1994):** Besondere Versicherungslehre. Private Krankenversicherung I. In: Asmus, W./Gassmann, J. (Hrsg.): Versicherungswirtschaftliches Studienwerk. Studentext 41. Wiesbaden
- Moser, H. (1994a):** Besondere Versicherungslehre. Private Krankenversicherung II. In: Asmus, W./Gassmann, J. (Hrsg.): Versicherungswirtschaftliches Studienwerk. Studentext 42. Wiesbaden

- Nell, M. (1993):** Versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen von Versicherungsnehmern. Karlsruhe
- Neuffer, A. B. (1997):** Managed Care. Umsetzbarkeit des Konzepts im deutschen Gesundheitssystem. Bayreuth
- Nieschlag, R. u. a. (1997):** Marketing. 18., durchgesehene Auflage. Berlin
- o.V. (1996):** Zur Bescheidenheit zurückfinden. In: Deutsches Ärzteblatt, S. C-515 - C-516
- o.V. (1997):** Umfrage Assistance-Leistungen. Mehr als nur eine zuverlässige Krankenversicherung. In: Privat. Kundeninformation der COLONIA Krankenversicherung AG. Nummer 1/97, S. 3
- o.V. (1997a):** Patienten zweiter Klasse. In: Finanztest, Heft 1/2, S. 95 - 97
- o.V. (1997b):** Vertragsgebührenordnung statt GOÄ? In: PKV Publik, S. 106 - 107
- o.V. (1997c):** Arztpartner. In: Ärzte-Zeitung vom 6.10.1997, S. 24
- o.V. (1998):** Scharf beobachtet – Sehhilfen. Tips für Brillen- und Kontaktlinsenträger. In: Kundeninformation der Colonia Krankenversicherung AG. Ausgabe 1/98, S. 7
- o.V. (1998a):** Einschränkungen bei der Beihilfe. In: PKV Publik, S. 24
- o.V. (1998b):** ArztPartner - Partner der Ärzte. In: ArztPartner-Aktuell, Ausgabe 3/1998, S. 3 - 4
- o.V. (1998c):** Gesetzliche Krankenversicherung auf der Suche nach dem Kassenknüller. In: Finanztest, Heft 4, S. 12 - 20
- o.V. (1998d):** PKV-Schutz für Arbeitslose. In: PKV Publik, S. 47
- o.V. (1998e):** PKV begrüßt Absicht einer Vertrags-GOÄ. In: PKV Publik, S. 84
- o.V. (1998f):** Vereinbarung einer Kooperation zwischen Unternehmen und PKV und der Sana-Kliniken GmbH. Köln
- o.V. (1998g):** Krankenversicherung/Streit um "Managed Care". Globale erreicht Gewinnzone. In: Handelsblatt vom 16.10.1998, S. 18
- o.V. (1998h):** Feste Verträge mit Kliniken. Kooperation steuert Krankheitskosten. In: Handelsblatt vom 20.10.1998, S. 23
- o.V. (1998i):** Frau Fischer öffnet die Diskussion. In: PKV Publik, S. 100
- Pankonin, K. (1998):** Gesundheitsmanagement in der Privaten Krankenversicherung – Neue Wege zur Kostensteuerung. Diplomarbeit im Fachbereich Versicherungswesen an der Fachhochschule Köln
- Peill, E. u. a. (1994):** Servicequalität und Kundenzufriedenheit als Schlüssel zum Markterfolg (II). In: VW, S. 1608 - 1613
- Pieper, C. (1996):** HMOs in den USA kämpfen gegen Imageverlust: Ist der Profit wichtiger als das Wohl des Patienten? In: Ärzte-Zeitung vom 8. Februar 1996, S. 2

- PKV-Verband (1996):** Abschlußdokumentation des mathematisch-statistischen Ausschusses. Modelle der PKV zur Beitragsentlastung. Köln
- PKV-Verband (1996a):** Die private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 1995. Köln
- PKV-Verband (1997):** Die private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 1996. Köln
- PKV-Verband (1997a):** Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1996/97. Köln
- PKV-Verband (1997b):** Herausforderungen. Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges von den Anfängen bis zur Gegenwart. Festschrift zum 50jährigen Bestehen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. PKV-Dokumentation Nr. 20. Köln
- PKV-Verband (1997c):** Standpunkte der PKV zur Struktur des Krankenversicherungssystems '97. Köln
- PKV-Verband (1997d):** Öffnung der privaten Krankenversicherung (PKV) zu erleichterten Bedingungen für Beamtenanfänger. Sammelschreiben des PKV-Verbands an die Vorstände der Mitgliedsunternehmen vom 25.7.1997. Köln
- PKV-Verband (1998):** Die private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 1997. Köln
- PKV-Verband (1998a):** Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1997/98. Köln
- Pokora, H.-J. (1968):** Die Selbstbeteiligung – ein Zentralproblem der Tarifgestaltung in der privaten Krankheitskostenversicherung. Diplomarbeit am Seminar für Versicherungslehre der Universität zu Köln
- Prölss, E. R. (1996):** Versicherungsaufsichtsgesetz. 11., völlig neubearbeitete Auflage. München
- Projektgruppe Zweitmeinung (1997):** Zweitmeinungsprogramme zur Reduktion unnötiger Operationen. Evaluation eines Second-Opinion-Systems der grossen Schweizer Krankenversicherer. Schriftenreihe der SGGP. Band No. 56. Muri
- Pudel, V./Westenhöfer, J. (1989):** Vier-Jahreszeiten-Kur. Göttingen
- Rau, F. (1992):** Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen. Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich. Konstanz.
- Reuter, F. (1992):** Versicherung als Markenartikel. In: vk, Heft 11, S. 23 - 27
- Reuter, F. (1994):** Markenartikel in der Versicherungswirtschaft. In: Mehring, H.-P. (Hrsg.): Festschrift für Dieter Farny zur Vollendung seines 60. Lebensjahres von seinen Schülern. Karlsruhe, S. 55 - 61
- Riege, J. (1990):** Das Versicherungsprodukt. In: ZVersWiss, S. 403 - 470
- Rittweger, R. (1998):** ArztPartner-Konzept bestätigt. Zwei große Krankenversicherer im Boot. In: ArztPartner-Aktuell, Ausgabe 1/1998, S. 1.
- Rohwedder, J. P. (1996):** Nachfrage nach Krankenversicherung: Eine Untersuchung des Wahlverhaltens der freiwillig Versicherten in Deutschland. Karlsruhe



- Roos, A. (1997):** Blick über die Grenzen: Managed Care – ein Erfahrungsbericht aus der Schweiz. Vortrag im Rahmen der Management Circle Konferenz "Zukunft Krankenversicherung" am 17. und 18.11.1997 in Frankfurt
- Sachverständigenrat (1994):** Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994. Bonn
- Sahmer, S. (1996):** Strukturen und Probleme der substitutiven Krankenversicherung. In: ZfV, S. 483 - 487 und S. 524 - 526
- Scheepker, D. (1997):** Wettbewerbsregeln für die private Krankenversicherung: Das dynamische Transparenzmodell. Frankfurt a. M. u. a.
- Schmid, M. u. a. (1992):** Second-Opinion-Programm im schweizerischen Gesundheitswesen. Schriftenreihe des SGGP. Band No. 25. Muri
- Schmid-Grotjohann, W. (1995):** Das Änderungsrisiko in der privaten Krankenversicherung. Wiesbaden
- Schmidt, M. (1993):** Service in der Versicherungswirtschaft: In : ZfV, S. 138 -141
- Schobesberger, W. (1997):** Assistance: Entwicklung zum Instrument der strategischen Positionierung. In: VW, S. 1724 - 1726
- Schröer, A. (1995):** Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Krankenkassen – Analysen und Perspektiven. In: BKK, S. 331 - 337
- Schröder, G./Nitze, G. (1998):** Taschenlexikon des neuen Beihilferechts. ABC der Kranken- und Pflegefürsorge für Beamte, Soldaten und Versorgungsempfänger. 11. neubearbeitete und aktualisierte Auflage. Stand Januar 1998. Regensburg/Bonn
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (1981):** Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Folge eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus? Möglichkeiten, Probleme und Grenzen einer Reform der Steuerung im ambulanten Bereich. Köln-Lövenich
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (1984):** Zum Verhalten von Versicherungsnachfragern in der sozialen Marktwirtschaft. In: ZVersWiss, S. 295 - 320
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (1987):** Selbstbeteiligung. Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen. Tübingen
- Schulin, B. (1994):** Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München
- Schütze, U. (1972):** Probleme der Produktgestaltung in der Versicherungswirtschaft unter besonderer Berücksichtigung der Produktinnovation. Karlsruhe
- Schwake, E. (1987):** Überlegungen zu einem risikoadäquaten Marketing als Steuerungskonzeption von Versicherungsunternehmen. Karlsruhe
- Schwartz, F. W. u. a. (1995):** Eine neue Dimension in der Vergütungsdiskussion. In: ArbSozPol, Heft 5 - 6, S. 29 - 34

- Sigma (1993):** Gesundheitswesen in 8 Ländern: Ausgabenwachstum als Problem für Sozialversicherungssysteme und Privatversicherer. Heft 1. Hrsg. von der Schweizerischen Rückversicherungsgesellschaft. Zürich
- Sigma (1998):** Die Krankenversicherung in der USA: Ein Wirtschaftszweig im Wandel. Heft 2. Hrsg. von der Schweizerischen Rückversicherungsgesellschaft. Zürich
- Statistisches Bundesamt (1978-1995):** Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1. Verschiedene Jahrgänge. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (1998):** Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1996. Fachserie 12, Reihe 6.2. Wiesbaden
- Stillfried, D. Graf von (1998):** Managed Care: Neues Diabetiker-Modell soll Schule machen. In: Deutsches Ärzteblatt, S. A-1832 - A-1834
- Stoll, T. (1998):** Neue Attacke aus Bonn. In: Capital, Ausgabe 8/98, S. 14
- Surminski, A. (1986):** Kundenservice – Alibi oder Realität? In: ZfV, S. 2 - 9
- Surminski, A. (1996):** Elementar- gegen Luxustarif. In: ZfV, S. 650 - 651
- Surminski, A. (1998):** Bürokratische Überregulierung. Die PKV und der Streit um "Balance". In: ZfV, S. 122 - 124
- Timmer, H. G. (1994):** Zur Empirie der Anspruchsspirale – Erfahrungen der PKV zur Aufrüstung von Ansprüchen. In: Timmer, H. G.: Wegzeichen. Köln, S. 24 - 29
- Timmer, H. G. (1994a):** Wettbewerb der Systeme bei der finanziellen Absicherung gesundheitlicher Risiken. In: Timmer, H. G.: Wegzeichen. Köln, S. 52 - 63
- Troschke, J. von (1995):** Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, S. 3 - 6
- Tschubar, F. (1997):** Kostensenkung im Gesundheitswesen durch risikoadäquate Krankenversicherungsverträge. Diplomarbeit im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Fernuniversität Hagen
- Tuschen, K. H./Quaas, M. (1998):** Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 4., überarbeitete Auflage. Stuttgart u. a.
- Uleer, C. (1992):** Die Bedeutung des Privatpatienten für den niedergelassenen Arzt. In: Brendan-Schmittmann-Stiftung: Die Bedeutung des Privatpatienten für den niedergelassenen Arzt. Schriftenreihe zur Gesundheitsforschung. Köln, S. 23 - 54
- Uleer, C. (1998):** 100 Fragen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. 4., völlig neubearbeitete Auflage. Karlsruhe
- Ullmann, T./Peill, E. (1994):** Servicequalität und Kundenzufriedenheit als Schlüssel zum Markterfolg (I). In: VW, S. 1266 - 1271

- Unabhängige Expertenkommission (1997):** Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten. Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter. PKV-Dokumentation Nr. 19. Hrsg. vom PKV-Verband. Köln
- Universa (1997):** Vertragsverlauf einer seit 33 Jahren bestehenden Universa Krankenversicherung. Druckstück 314-014 4.97
- Völker, G. (1991):** Die Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung. In: Hopp, F. W./Mehl, G. (Hrsg.): Versicherungen in Europa – heute und morgen. Karlsruhe, S. 471 - 475
- Wahle, K. (1997):** Die Verlaufsbeobachtung und -kontrolle des Diabetikers. In: Diabetes Manual 1. Hrsg. vom Arbeitskreis zur Erarbeitung von diagnostischen und therapeutischen Leitlinien für die Behandlung des Patienten mit Diabetes mellitus in der hausärztlichen Praxis in Zusammenarbeit mit dem BDA – Bundesverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e.V. Emsdetten, S. 125 - 136
- Wasem, J. (1997):** Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung. In: Arnold, Michael u. a. (Hrsg.): Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart – New York, S. 75 - 91
- Wasem, J. (1997a):** Stand der Reformbestrebungen in der Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung des Gutachtens der Kommission Krankenversicherung. Mannheimer Vorträge zur Versicherungswissenschaft Nr. 68. Karlsruhe
- Weber, S. (1998):** Krankenversicherer wollen die Ärztewahl steuern. In: Süddeutsche Zeitung vom 19.10.1998, S. 32
- Wewers, T. (1994):** Auskehrung von Überschüssen zur Altersentlastung beim Beitrag in der privaten Krankenversicherung. In: Blätter der DGVM, S. 353 - 370
- Westbomke, F. (1996):** Assistance-Geschäfte in Deutschland. Diplomarbeit im Fach Versicherungsbetriebslehre an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln
- Wriede, P. (1989):** Kostenübernahme durch den Krankenversicherer bei Vorlage einer "Klinikcard". In: VersR, S. 669 - 671
- Wriede, P. (1996):** Überlegungen zum Abschlußzwang gem. § 178 f VVG. In: VersR, S. 271 - 274
- Zweifel, P./Waser, O. (1987):** Bonusoption in der Krankenversicherung. Zürich

## **Erklärung**

Ich versichere, die von mir vorgelegte Arbeit selbständig verfaßt zu haben. Alle Stellen, die ich wörtlich oder inhaltlich aus anderen Arbeiten entnommen habe, sind unter Angabe der Quelle als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit verwendet habe, sind angegeben.

Ich versichere, daß ich zu dem Thema der vorliegenden Arbeit oder zu einem anderen Thema keine Dissertationsschrift mit dem Ziel der Promotion an einer Hochschule eingereicht habe.

Düsseldorf, im Mai 1999

Christoph Helmich