



BACHELORARBEIT

Herr
Martin Konkolewski

**Herausforderung
Krankenversicherung:
Ist ein Zweiklassensystem
noch zukunftsfähig?**

2016

BACHELORARBEIT

Herausforderung Krankenversicherung: Ist ein Zweiklassensystem noch zukunftsfähig?

Autor:

Herr Martin Konkolewski

Studiengang:

Business Management

Seminargruppe:

BM13sV1-B

Erstprüfer:

Michael Hösel (Prof. Dr.-Ing.)

Zweitprüfer:

Jens Weber (Master of Laws)

Einreichung:

Burg, 25.01.2016

BACHELOR THESIS

**Challenge
health insurance:
Is a two-class system still
sustainable?**

author:

Mr. Martin Konkolewski

course of studies:

Business Management

seminar group:

BM13sV1-B

first examiner:

Michael Hösel (Prof. Dr.-Ing.)

second examiner:

Jens Weber (Master of Laws)

submission:

Burg, 01/25/2016

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Konkolewski, Martin

Thema der Bachelorarbeit Herausforderung Krankenversicherung: Ist ein
Zweiklassensystem noch zukunftsfähig?

Topic of thesis Challenge health insurance: Is a two-class system still
sustainable?

45 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2016

Abstract

Hintergrund:

Dynamik und Wandel im Gesundheitssystem beeinflussen die Krankenkassenstrukturen und führen dort seit einigen Jahren zu einer zunehmenden Diskrepanz zwischen optimaler Patientenversorgung und effizienter Wirtschaftlichkeit. Trotz langer Tradition des dualen Krankenkassensystems in Deutschland wird vermehrt die Frage nach einer Bürgerversicherung in Deutschland laut. Inwieweit dies ein optimaler Weg ist, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Daher soll die vorliegende Forschungsarbeit den aktuellen Stand des deutschen Krankenkassensystems darstellen und sowohl das aktuelle System als auch die Zukunftsbestrebung der Bürgerversicherung hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und der Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit evaluieren.

Material und Methoden:

Die Datenerhebung erfolgte als empirische Literaturstudie, wobei hauptsächlich Daten und Studien nach dem Jahr 2000 analysiert wurden.

Ergebnisse:

Die beiden deutschen Krankenkassensysteme, gesetzliche und private Krankenversicherungen (GKV und PKV), unterscheiden sich maßgeblich in ihren Erstattungsprinzipien, wobei beide in den vergangenen Jahren ihren Fokus vermehrt auf die Mitgliederbindung und den Ausbau ihrer Leistungen gelegt haben. Vor diesem Hintergrund gewinnt vor allem in den gesetzlichen Krankenversicherungen die Frage der Wirtschaftlichkeit zunehmend an Bedeutung. Im politischen Kontext forcieren hierbei sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die Politik die Einführung einer Bürgerversicherung, obgleich die Datenlage keine eindeutige Zustimmung zum System der Bürgerversicherung abgibt.

Fazit:

Eine Empfehlung der Übertragung des Kostenerstattungsprinzips auf die gesetzlichen Krankenkassen kann derzeit nicht gegeben werden. Ebenso wenig kann die Bürgerversicherung in ihrem aktuellen Konzept als optimale Zukunftsoption des deutschen Krankenkassensystems betrachtet werden. Dennoch zeigte die Analyse die Notwendigkeit neuer Strukturen im deutschen Krankenkassensystem, die auf verschiedenen Ebenen angegangen werden und so vor allem die Wirtschaftlichkeit des Krankenkassensystems verbessern könnten.

Schlüsselwörter:

Krankenkassensystem in Deutschland, gesetzliche Krankenversicherung (GKV), private Krankenversicherung (PKV), Bürgerversicherung

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung.....	1
2 Krankenversicherungssystem in Deutschland.....	3
2.1 Geschichte der Krankenversicherung.....	3
2.2 Aufbau des deutschen Krankenversicherungssystems.....	6
2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen im Krankenversicherungssystem.....	9
2.4 Kostenträger des Krankenversicherungssystems.....	10
2.5 Leistungsträger des Krankenversicherungssystems.....	11
3 Material und Methoden	12
3.1 Forschungsdesign.....	12
3.2 Methodik der Datenerhebung.....	15
3.2.1 Untersuchungsmaterial	15
3.2.2 Feldzugang	18
3.2.3 Datenanalyse	19
4 Ergebnisse.....	20
4.1 Aktueller Stand der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.....	20
4.2 Aktueller Stand der Privaten Krankenversicherung in Deutschland	22
4.3 Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenkassensystems	24
4.4 Krankenversicherungen im internationalen Vergleich	29
5 Diskussion.....	32
5.1 Ist das aktuell bestehende Krankenkassensystem in Deutschland mit einer hohen Zufriedenheit der Versicherten assoziiert?	32
5.2 Können Wirtschaftlichkeit und optimale Patientenversorgung durch das aktuelle Krankenversicherungssystem gewährleistet werden?	34
5.3 Zukunftsoption „Bürgerversicherung“?	35
6 Fazit.....	43
Literaturverzeichnis	X
Eigenständigkeitserklärung.....	XIII

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzw.	beziehungsweise
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DISQ	Deutsches Institut für Service-Qualität
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GKK	Gesetzliche Krankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
i.d.R.	in der Regel
Mio.	Millionen
PKK	Private Krankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
sog.	sogenannte
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel
ZEKO	Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer
ZQP	Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Operationalisierungsschema zur Gegenstandsbenennung in
Anlehnung an Atteslander.....14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.....	8
Tabelle 2: Suchergebnisse der Stichwortsuche im Bibliothekskatalog der Universitätsbibliothek Frankfurt/Main (Zugriffsdatum: 01.11.2015)	16
Tabelle 3: Suchergebnisse der Stichwortsuche in der Suchmaschine Google (Zugriffsdatum: 01.11.2015)	16
Tabelle 4: Suchergebnisse der Stichwortsuche in der medizinischen Fachdatenbank PubMed (Zugriffsdatum: 01.11.2015)	17
Tabelle 5: Suchergebnisse der Stichwortsuche in der Fachdatenbank DIMDI (Zugriffsdatum: 01.11.2015)	17
Tabelle 6: Finanzierung der Krankenversicherungssysteme in Anlehnung an Langer und Döring.	30

1 Einleitung

Problemstellung

Der zunehmende Wandel im Medizinsektor bewirkt eine steigende Diskrepanz zwischen optimal möglicher Patientenversorgung und Wirtschaftseffizienz. Im Fokus dieses Interessenkonflikts stehen die Krankenkassen, die einerseits hohe Anreize schaffen müssen, um ihren Mitgliederpool halten zu können, und andererseits wirtschaftliche Ziele verfolgen. In den vergangenen Jahren gab es verschiedene Trends, um Effizienz und Optimum in der Patientenversorgung sicherzustellen ohne die Wirtschaftlichkeit dabei zu vernachlässigen. Vor allem die gesetzlichen Krankenversicherungen sehen sich im Spagat zwischen Einnahmen und Ausgaben, die gleichzeitig von rechtlichen Vorgaben bestimmt werden. Im Bereich der privaten Krankenversicherungen scheinen tragfähigere wirtschaftliche Konzepte zu bestehen, wenn deren Patientenangebote verglichen werden. Letztlich steht aber beides unter dem Aspekt eines freien Zugangs aller Menschen zur optimalen medizinischen Versorgung in Deutschland. Inwieweit dies mit den aktuellen Strukturen im Bereich des Krankenversicherungssystems erzielt werden kann und wo es Optimierungspotential gibt soll mit dieser Studie untersucht werden. Im Rahmen einer Literaturrecherche soll der aktuelle Stand im deutschen Krankenversicherungssystem dargestellt und hinsichtlich seiner Effizienz analysiert werden. In einem zweiten Schritt soll unter Vergleich des deutschen Krankenversicherungssystems mit anderen Ländern ein mögliches Zukunftskonzept entwickelt werden, um das deutsche Krankenversicherungssystem für die Zukunft sowohl aus wirtschaftlicher als auch aus Patientensicht tragfähig zu machen.

Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den aktuellen Stand des Krankenkassensystems in Deutschland bezüglich seiner Dualität aus privaten und gesetzlichen Krankenkassen darzustellen und sowohl das aktuelle System als auch die Zukunftsbestrebung der Bürgerversicherung hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und der Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit zu evaluieren. Dazu sollen die unten aufgeführten Forschungsfragen beantwortet werden.

Forschungsfrage 1: Welche aktuellen Daten liegen zum deutschen Krankenkassensystem im Allgemeinen sowie hinsichtlich seines internationalen Vergleichs vor?

Forschungsfrage 2: Ist die Bürgerversicherung eine Zukunftsoption für die Struktur des Krankenkassensystems in Deutschland?

Forschungsfrage 3: Gewährleistet das aktuell bestehende Krankenkassensystem in Deutschland eine ausreichende Wirtschaftlichkeit?

Forschungsfrage 4: Ist das aktuell bestehende Krankenkassensystem in Deutschland mit einer hohen Zufriedenheit der Versicherten assoziiert?

Um die Fragen umfassend analysieren und beantworten zu können, wurde die Arbeit in drei Teile gegliedert. Der erste Teil der Arbeit widmet sich dem theoretisch-wissenschaftlichen Hintergrund, der die Grundlage der Arbeit bildet und damit die Beantwortung aller vier Forschungsfragen umfasst.

Im zweiten Teil der Arbeit werden gezielt Literaturdaten herangezogen, um die Forschungsfragen eins und drei beantworten zu können. Hier geht es insbesondere um den aktuellen Stand der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in Deutschland, deren Wirtschaftlichkeit sowie deren Stellung im internationalen Vergleich.

Im dritten Teil der Arbeit, dem Diskussionsteil, wird auf die Forschungsfragen zwei und vier Bezug genommen. Auch diese werden mit Hilfe von gesammelten Literaturdaten evaluiert und bewertet.

Letztlich fließen die Ergebnisse aller vier Forschungsfragen im Fazit zusammen, welches gleichzeitig Ausblick auf künftige bzw. auf die hier gewonnenen Ergebnisse aufbauenden Studien geben soll.

2 Krankenversicherungssystem in Deutschland

2.1 Geschichte der Krankenversicherung

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland weist eine lange Tradition auf und hat seinen Ursprung in dem Bismarck'schen Gesundheitssystem.¹

Vor allem die Ersatzkassen und die daraus hervorgegangenen Verbände lassen sich als Bestandteil der Sozialgeschichte Deutschlands bewerten.² Dabei verdeutlicht die geschichtliche Entwicklung der einzelnen Krankenkassen in Deutschland aus welchem gesellschaftlichen Bereich sie hervorgegangen sind. So entstanden die Ortskrankenkassen aus den Gemeinden, während die Ersatzkassen und die Betriebskrankenkassen an die Wirtschaft gekoppelt wurden.³ Die Betriebskrankenkassen gingen aus den Unternehmen hervor und die Ersatzkrankenkassen entstammten der Arbeiterbewegung.⁴

Der Beginn des Krankenkassensystems in Deutschland, in der noch heute aktuellen Form, ist auf den in Eisenach im Jahr 1912 gegründeten Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen, den heutigen Ersatzkassen, zurückzuführen.⁵ Es bestanden auch in den Jahren und Jahrhunderten zuvor bereits krankenkassenähnliche Institutionen, die für die Versorgung der Armen und Kranken verantwortlich waren. So gab es beispielsweise die Armenfürsorge und das Institut für hilfsbedürftige Handlungsdiener, welches 1774 in Breslau gegründet und im 18. Jahrhundert durch verschiedene Gehilfenverbände auch in Deutschland verbreitet wurde.⁶ 1853 wurden in Preußen Hilfskassen ins Leben gerufen, denen 1854 die gesetzlichen Unterstützungskassen folgten.⁷ Damals waren bereits 246.000 Personen in den 2622 Unterstützungskassen angesiedelt.⁸ Der Unterschied zu den heutigen Krankenkassen lag vor allem in einer hohen Aufsplittung der einzelnen Krankenkassen.⁹

Darüber hinaus war der Versorgungsrahmen dieser Institutionen zumeist regional beschränkt, weshalb nur Mitglieder der jeweiligen Gemeinde im Rahmen des sogenannten Heimatprinzips durch diese Institutionen versorgt wurden.¹⁰ Die Umwandlung des Heimatprinzips erfolgte 1898 in das sogenannte Prinzip des Unterstützungswohnsitzes. Wobei nicht die Abstammung aus einer Region, sondern der Aufenthalt in der jeweiligen Region die Zu-

¹ Vgl. Langer et al., 2006:S.53

² Vgl. Eichenhofer, 2012:S.481

³ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.481f.

⁴ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.481

⁵ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.481

⁶ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.481f.

⁷ Vgl. Tennstedt, 1981:S.15ff.

⁸ Vgl. Tennstedt, 1981:S.15ff.

⁹ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

¹⁰ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

gehörigkeit zu einer Krankenkasse bestimmte.¹¹ Zwar können hierin die frühen Vorläufer des heutigen Krankenversicherungssystems in Deutschland gesehen werden. Die eigentliche Gründung der Krankenkassen, wie sie heute bekannt sind und welche nicht mehr nach dem Heimatprinzip agieren, wird entsprechend der Studienlage jedoch auf den Beginn des 20. Jahrhunderts datiert.¹² Trotzdem dürfen die Gesetze des Deutschen Reichs aus den Jahren 1881 bis 1889, zu denen das Invaliditäts- und Rentenversicherungsgesetz, das Unfallversicherungsgesetz und das Krankenversicherungsgesetz zählen, in der Entwicklung der deutschen Krankenkassen nicht unbeachtet bleiben, da sie die Basis für die sich entwickelnden und formierenden Krankenkassen und die Abwendung von der reinen Armenfürsorge waren.¹³

Die ersten Ortskrankenkassen wurden in Bayern, Baden und Württemberg gegründet.¹⁴ Im Zuge dieser Gründung entwickelte sich ein sogenannter Kassenzwang, der nach Aufhebung des Heimatprinzips als Instrument zur Entlastung der Armenfürsorge genutzt wurde.¹⁵ Bereits zu diesem Zeitpunkt wurden schon erste Verträge zwischen Ärzten und den einzelnen Krankenkassen geschlossen, die eine Versorgung der Personen entsprechend der zugehörigen Gemeinde, des Unternehmens oder der Krankenkasse sicherstellten.¹⁶

Ziel der Krankenkassengründung war es, „zeitgemäße Formen für den Schutz von Arbeitnehmern im Prozess der Industrialisierung und einhergehender Wanderungsbewegung zu finden“¹⁷. Ergänzung fand dieses Ziel in der Feststellung, dass „Krankheit, Erwerbsminderung, Arbeitsunfall und Alter nicht die Folge unmoralischen Lebens randständiger Minderheiten [ist], sondern für viele Menschen untrennbarer Teil ihres Lebens war“¹⁸.

Da die einzelnen Krankenkassen zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur als Zusammenschluss bestehen konnten, entstanden entsprechende Verbände, in denen sich die jeweiligen Krankenkassenarten zusammenschlossen. Hierzu gehörten die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Knappschaften, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und zuletzt auch die Ersatzkrankenkassen.¹⁹ Parallel dazu hatte sich das System der Privatversicherungen entwickelt, was sich später in den privaten Krankenkassen wiederfinden lassen sollte.²⁰ Das System der Privatversicherungen wurde durch die privatrechtlichen Hilfskassen ergänzt, die

¹¹ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.483

¹² Vgl. Eichenhofer, 2012:S.484

¹³ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.481

¹⁴ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.483

¹⁵ Vgl. Frevert, 1981:S.293f.

¹⁶ Vgl. Frevert, 1981:S.293ff.

¹⁷ Eichenhofer, 2012: S.481

¹⁸ Eichenhofer, 2012: S.484

¹⁹ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.483

²⁰ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.483

bereits Ende des 19. Jahrhunderts entstanden waren.²¹ Im Vergleich zwischen den Privatversicherungen und den privatrechtlichen Hilfskassen einerseits und den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen andererseits wurde bereits damals schon die heutige Trennung in gesetzliche und private Krankenkassen deutlich. Denn „im Gegensatz zu den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Knappschaften, die allesamt öffentlich-rechtliche Verbände darstellten, welche durch Gemeindegesetz oder Landesgesetz geschaffen wurden, waren die Hilfskassen seit ihrer Gründung und bis zum Ende der Weimarer Republik als freiwillige Zusammenschlüsse auf vertraglicher privatrechtlicher, gesellschafts- oder genossenschaftsrechtlicher Grundlage tätig“²².

Mit Hilfe der jeweiligen Verbände war den einzelnen Krankenkassenformen eine deutlich bessere Öffentlichkeitsarbeit mit einem höheren Machtpotential im Konkurrenzkampf mit den übrigen Krankenkassen möglich, was vor allem die Ersatzkrankenkassen als Nachzügler betraf.²³ Zur Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkassen gehörten neben der Herausgabe von Verbandszeitschriften auch Verbandstage und anderweitige Veranstaltungen.²⁴

Während des Nationalsozialismus kam es zu einschneidenden Veränderungen im Krankenkassensystem, die insbesondere die Ersatzkrankenkassen betrafen. Diese eigentlich auf Freiwilligkeit und auf Grundlage des Privatrechts basierenden Ersatzkrankenkassen wurden im Nationalsozialismus zu sogenannten öffentlich-rechtlichen Körperschaften, wodurch ihnen ihre Autonomie abgesprochen wurde.²⁵

Einen weiteren Entwicklungsschritt im deutschen Krankenkassensystem gab es mit dem Ende des Nationalsozialismus. Hier trennte sich das Krankenkassensystem in das Krankenkassensystem der DDR und das Krankenkassensystem der BRD.²⁶ In der DDR wurde das System der verschiedenen Krankenkassenarten zu Gunsten einer einheitlichen und für alle Personen verpflichtende Sozialversicherung unter Kontrolle des Freien Deutschen Gewerkschaftsbund aufgehoben.²⁷ In der neu gegründeten BRD blieb das System der verschiedenen Krankenkassenarten bestehen und wurde im weiteren Verlauf optimiert.²⁸ Mit dem Ende der DDR verschwand das Einheitskassensystem der DDR und es galt nun mehr ein gesamtdeutsches Krankenkassensystem auf der Basis der verschiedenen Krankenkassenarten, wie es in der BRD bereits weiterentwickelt worden war.²⁹

²¹ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.483

²² Eichenhofer, 2012: S. 485

²³ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

²⁴ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

²⁵ Vgl. Stolleis, 2001:S.320; Vgl. vdek, 2012:S.2

²⁶ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

²⁷ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

²⁸ Vgl. vdek, 2012:S.2ff.

²⁹ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482

Der Ausbau und die Strukturierung des Krankenkassensystems in Deutschland war neben sozioökonomischen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren auch durch gesellschaftspolitische Faktoren bestimmt, die zu einem Wandel der Bewertung von Gesundheit und Krankheit und einer Neudefinition entsprechend zugehöriger Krankheits- und Gesundheitsbegriffe führten.³⁰ Hierzu trugen vor allem die raschen Entwicklungen in der Medizin und der Rehabilitationslandschaft in den vergangenen Jahrzehnten bei. Bereits Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts entwickelte Beck den Begriff der Risikogesellschaft, mit welchem er das Risiko definierte, welchem die Gesellschaft unterworfen ist.³¹

2.2 Aufbau des deutschen Krankenversicherungssystems

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland setzt sich aus den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen bzw. Krankenkassen zusammen. Im Jahr 2004 betrug die Anzahl der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland 300. Dieser Anzahl standen 50 private Krankenkassen gegenüber.³²

Die gesetzliche Krankenversicherung

Die Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV, fußt auf einem von der Höhe des Einkommens des Versicherten abhängigen Beitragssatzes, der durch die Beitragsbemessungsgrenze reglementiert wird.

Dies gehört zu einer Reihe von Faktoren, die als Kernmerkmale der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet werden können. Zu diesen Merkmalen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören neben der einkommensabhängigen Beitragsbemessung nach Langer folgende Faktoren³³:

Eine Versicherungspflicht existiert nur für Versicherte (Arbeitnehmer), deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.

Alle übrigen Personen sind von der Versicherungspflicht befreit.

Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können von der Versicherungsberechtigung ausgeschlossen werden.

Außer dem Einkommen, welches sich auch aus Lohnersatzeinkommen generieren kann, werden keine weiteren Daten zur Beitragsbemessung herangezogen, was insbesondere auch die Risikoabschätzung und die Bewertung des Gesundheitszustandes des Versicherten ausschließt. Auch andere Einkunftsarten, die nicht unter den Begriff des Einkommens oder

³⁰ Vgl. Eichenhofer, 2012:S.482f.

³¹ Vgl. Beck, 1986:10ff.

³² Vgl. Lauterbach et al., 2005:S.12

³³ Vgl. Langer et al., 2006:

des Lohnersatzeinkommens fallen werden nicht zur Berechnung des Beitragssatzes herangezogen.

Aufgrund der Beitragsmessungsgrenze sinkt die finanzielle Belastung (im Verhältnis zum Einkommen) von Versicherten, deren Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt dem paritätischen Prinzip, wonach die Beitragslast jeweils zu 50 % beim Arbeitnehmer und zu 50 % beim Arbeitgeber liegt. Die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu Lasten des Versicherten ist jedoch möglich.

Die oben dargestellten Merkmale der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich in dieser Art nur in Deutschland finden. In diesem Zusammenhang sind Vergleiche mit Krankenversicherungssystemen anderer Länder nur bedingt möglich und müssen jeweils im Kontext des dort herrschenden Versicherungsprinzips gewertet und analysiert werden. Nichts desto trotz können im internationalen Vergleich Vorteile verschiedener Krankenversicherungssysteme extrahiert werden, die in das deutsche Krankenversicherungssystem integriert werden oder zu dessen Optimierung beitragen können.³⁴

Entsprechend den Daten des Bundesministerium für Gesundheit aus dem Jahr 2014 waren insgesamt 70,65 Mio. Personen (37,13 Mio. Frauen, 33,52 Mio. Männer) in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.³⁵ Hiervon waren unter den Frauen 10,13 Mio. mitversicherte Personen sowie 1,75 Mio. freiwillig Versicherte Personen und unter den Männern 7 Mio. mitversicherte sowie 3,79 Mio. freiwillig Versicherte Personen. In Betrachtung der Versorgungslandschaft der deutschen Krankenversicherungen vor dem Hintergrund einer Bürgerversicherung wurden 87% der Bevölkerung als gesetzlich Versicherte ausgewiesen. Davon waren jedoch lediglich 6,8% freiwillig in der GKV versichert.³⁶

Die private Krankenversicherung

Für die Versicherten in der privaten Krankenversicherung besteht ein sogenannter Bestandsschutz.³⁷

Im Jahr 2014 waren entsprechend dem Verband der privaten Krankenversicherungen 8,83 Mio. Personen in der privaten Krankenversicherung versichert. Davon waren 4,56 Mio. PKV-Vollversicherte und 4,27 Mio. Personen Beihilfeempfänger. Demnach waren 2,77 Mio. Frauen in der PKV versichert und 4,47 Mio. Männer sowie 1,59 Mio. Kinder.³⁸ Bezogen auf die

³⁴ Vgl. Langer et al., 2006:

³⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2014)

³⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2014)

³⁷ Vgl. Langer et al., 2006:S.59

³⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Zahlenbericht der PKV 2014:S.115

Gesamtbevölkerung sind rund 11 % der Personen in Deutschland in der privaten Krankenversicherung versichert. Den Hauptteil der Privatversicherten bildeten dabei die PKV-Vollversicherten mit 4,56 Mio. Personen, knapp gefolgt von den Beihilfeempfängern mit 4,27 Mio. Personen.³⁹

Die nachfolgende Tabelle entsprechend den Ausführungen von Jacobs und Schulze stellt die Merkmale beider Krankenversicherungen in Deutschland gegenüber.⁴⁰

	GKV	PKV
Ordnungspolitisches Prinzip	Solidarprinzip	Individualprinzip: Eigenverantwortung
Beitragskalkulation	Leistungsfähigkeitsprinzip: einkommensabhängige Beiträge	Äquivalenzprinzip: risikoäquivalente Prämien
Beziehung zum Versicherten	Kontrahierungszwang / Versicherungspflicht besteht	Kontrahierungszwang (unter definierten Voraussetzungen) / Versicherungspflicht besteht
Leistungen	Gesetzliche Regelleistung	Umfang des Versicherungsschutzes wählbar (Vollversicherung und Zusatzversicherungen)
Leistungsbezug	überwiegend Sachleistungen	Kostenerstattung
Steuerung	primär angebotsseitig (Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern)	nachfrageseitig (Individualsteuerung über Selbstbehalte etc.)
Versicherungsvertrag	öffentlich-rechtlich: Leistungen werden weitgehend per Gesetz definiert	privatrechtlich: es besteht ein fixierter Anspruch auf die vereinbarten Leistungen
Rechtsform des Versicherers	Körperschaften des öffentlichen Rechts	Kapitalgesellschaften, Vereine auf Gegenseitigkeit
Finanzierung	Umlageverfahren	Kapitaldeckung (Anwartschaftsverfahren)

Tabelle 1: Merkmale der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.⁴¹

³⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Zahlenbericht der PKV 2014:S.29

⁴⁰ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

⁴¹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen im Krankenversicherungssystem

Die rechtlichen Rahmenbedingungen im deutschen Krankenversicherungssystem unterliegen verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Bestimmungen.⁴² Grundlage hierbei ist die Verpflichtung des sozialen Rechtsstaats wie er sich in Deutschland findet, dass der Staat das Minimum an Gesundheitsleistungen für alle Versicherten gewährleisten und schützen muss.⁴³ Diese Rechtsgrundlage betrifft vor allem die pflichtversicherten Bürger des jeweiligen Staates was bedeutet, dass ihnen alle Leistungen gewährt werden müssen, die zum Schutz des Lebens und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beitragen.⁴⁴ Hier greifen insbesondere auch Benachteiligungsverbote, wonach Versicherte beispielsweise wegen ihres Geschlechts oder ihrer Herkunft nicht benachteiligt werden dürfen.

Innerhalb des jeweiligen Landes trägt der Gesetzgeber die Verantwortung für die Umsetzung der geltenden Bestimmungen im Krankenversicherungssystem. Dabei fließen auch europäische Bestimmungen in die nationale Gesetzgebung ein, wodurch nationale Priorisierungen durchbrochen werden können.⁴⁵ Hier sieht sich die Rechtsprechung im Krankenversicherungssystem im Dilemma, welches sich aus prioritätenassoziierten Ermessenserscheinungen einerseits und Versorgungsbedarf andererseits ergibt.⁴⁶ Dabei geht das Krankenversicherungsrecht nach Welti *per se* mit einer priorisierenden Wirkung einher.⁴⁷ Er geht davon aus, dass die anhaltende Priorisierung durch die unzureichende Studienlage forciert wird und es einer Ausweitung der Studien bedarf, um Priorisierungen adäquat in rechtliche Normen integrieren zu können.⁴⁸ Dabei werden sowohl die verfassungsrechtlichen Einschränkungen als auch die Legitimationen bereits diskutiert, was sich beispielsweise am Diskussionspapier der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zeigt.⁴⁹ Aus Sicht der Zentralen Ethikkommission kann ein auf den Elementen des sozialen Rechtsstaats basierendes Krankenversicherungssystem nicht ohne Priorisierung vollzogen werden, weswegen sie die Implementierung der Priorisierung im Krankenkassensystem vorantreiben.⁵⁰ Die Begründung liegt neben der Sozialstaatlichkeit vor allem in der Chancengleichheit und dem Recht auf Selbstbestimmung und Wohlergehen, was allen Versicherten garantiert werden muss.⁵¹

⁴² Vgl. Welti, 2009:S.104

⁴³ Vgl. Welti, 2009:S.105

⁴⁴ Vgl. Welti, 2009:S.105

⁴⁵ Vgl. Welti, 2009:S.107

⁴⁶ Vgl. Welti, 2009:S.104

⁴⁷ Vgl. Welti, 2009:S.104f.

⁴⁸ Vgl. Welti, 2009:S.104f.

⁴⁹ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2750

⁵⁰ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2750ff.

⁵¹ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2750f.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen gibt es ein hochkomplexes rechtliches System aus gesetzlichen und untergesetzlichen Normen.⁵²

2.4 Kostenträger des Krankenversicherungssystems

Im folgenden Abschnitt sollen die Kostenträger im deutschen Krankenversicherungssystem kurz dargestellt werden. Zu diesen gehören unter Beachtung des Schwerpunkts dieser Arbeit die gesetzliche und die private Krankenversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung agiert nach einem Solidaritätsprinzip, das in einer solidarischen Finanzierung mündet. Hinter diesem Finanzierungsmodell verbirgt sich ein „Ausgleich nach Einkommen, Alter [...], Geschlecht, Familienlast und Ex-ante-Morbidität“⁵³. Leistungen an die Versicherten erfolgen dabei i.d.R. nach dem Sachleistungsprinzip.⁵⁴ Zwar können Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung analog zur privaten Krankenkasse einen Kostenerstattungstarif wählen, diese Option wird jedoch nur von weniger als einem Prozent der gesetzlich Versicherten in Anspruch genommen.⁵⁵

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen am Bruttoinlandsprodukt sind relativ konstant.⁵⁶

Die private Krankenversicherung

Die privaten Krankenversicherungsträger finanzieren sich über ein sogenanntes Anwartschaftsdeckungsverfahren in Form einer Kapitaldeckung in Kombination mit dem Prinzip risikoäquivalenter Beiträge.⁵⁷ Deshalb besteht die von den privaten Krankenversicherungen anvisierte Zielgruppe aus allen Personen mit einer Wahlberechtigung hinsichtlich des Eintritts in eine Krankenversicherung. In die eigentliche Beitragskalkulation fließt zudem das Krankheitsrisiko des Patienten ein, was in den privaten Krankenversicherungen zu Prämienzuschlägen oder Leistungsausschlüssen führen kann.⁵⁸ Zudem können die privaten Krankenversicherungen bereits im Vorfeld Personen mit einem zu hohen Krankheitsrisiko oder mit ausgabeintensiven Vorerkrankungen unter Bezug auf die Risikoselektion die Aufnahme in die private Krankenversicherung verweigern.⁵⁹ Ermöglicht wird dies durch den in den pri-

⁵² Vgl. Welti, 2009:S.107

⁵³ Jacobs und Schulze, 2004: S.10

⁵⁴ Vgl. Greß et al., 2011:S.7

⁵⁵ Vgl. Greß et al., 2011:S.7

⁵⁶ Vgl. Langer et al., 2006:S.53

⁵⁷ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

⁵⁸ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

⁵⁹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

vaten Krankenkassen fehlenden Kontrahierungszwang.⁶⁰ Zusätzlich werden die Beiträge älterer Versicherungsteilnehmer, die erst in höherem Lebensalter in die private Krankenversicherung wechseln wollen, deutlich höher angesetzt als bei jüngerem Eintrittsalter. Grundlage dieses Konzepts bilden die im Alter ausbleibenden Altersrückstellungen, die Hauptbestandteil des Finanzierungskonzepts der privaten Krankenversicherungen bilden.⁶¹

2.5 Leistungsträger des Krankenversicherungssystems

Leistungsträger im Krankenversicherungssystem sind neben den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die ambulant tätigen Ärzte sowie alle Anbieter von medizinischen Leistungen. Dabei bilden die einzelnen Leistungsträger zusammen mit den Krankenkassen und den Versicherten eine Dreiecksbeziehung, die durch ein beiderseitiges Erfüllungsverhältnis zwischen Versicherten und Leistungsträgern, ein beiderseitiges Leistungserbringungsverhältnis zwischen Leistungsträgern und Krankenkassen und durch ein beiderseitiges Leistungsverhältnis zwischen Versicherten und Krankenkassen definiert wird.⁶² Aus dieser Dreiecksbeziehung leiten sich verschiedene Rechtsgrundlagen ab, die sich u.a. im Leistungserbringungsrecht und im Krankenhausrecht widerspiegeln.⁶³ Hier unterscheiden sich die rechtlichen Regelungen zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen, was aus deren unterschiedlicher vertraglicher Interaktion mit den einzelnen Leistungsträgern und der Arbeit nach dem Sachleistungsprinzip in den gesetzlichen Krankenkassen und dem Kostenvergütungsprinzip in den privaten Krankenkassen hervorgeht.⁶⁴

⁶⁰ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

⁶¹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

⁶² Vgl. Szabados, 2009:S.4, S.7f.

⁶³ Vgl. Szabados, 2009:S.8f.

⁶⁴ Vgl. Szabados, 2009:S.5ff.

3 Material und Methoden

Im Folgenden Kapitel soll das methodische Vorgehen dargestellt werden, welches dieser Forschungsarbeit zugrunde liegt.

3.1 Forschungsdesign

Die vorliegende Studie wurde als qualitative empirische Studie konzipiert und als Literaturstudie umgesetzt.

Werden die Kriterien der Grundlagen- und der Bedarfsforschung hinsichtlich des nachfolgend dargestellten Forschungsdesigns verglichen, so kann keine eindeutige Zuordnung zu einem der beiden Forschungsbereiche getroffen werden. Vielmehr überschneiden sich beide Forschungsbereiche derart, dass einerseits durch die punktuelle Erhebung eine Momentaufnahme des deutschen Krankenkassensystems verbundenen mit der Gewinnung zukunftsweisender sogenannter strategischer Ergebnisse und Erkenntnisse erfolgt. Und andererseits werden aufgrund des langen Untersuchungszeitrahmens allgemeine Erkenntnisse über die verschiedenen Krankenkassenarten und die Bürgerversicherung gewonnen.⁶⁵

Die Entscheidung für ein qualitatives Vorgehen ergab sich aus der Definition der qualitativen und quantitativen Forschung. Es bleibt jedoch anzumerken, dass die Komplexität der vorliegenden Studie, durch die zuvor dargestellte Überschneidung von Grundlagen- und Bedarfsforschung, auch die eindeutige Zuordnung zum Bereich der qualitativen Studien einschränkt. Auch hier kommt es, wie von Atteslander bereits für andere Studien beschrieben, zur Überschneidung von quantitativem und qualitativem Vorgehen, dessen strikte Trennung sich in der Praxis kaum umsetzbar zeigte.⁶⁶ Dennoch erfüllt die hier vorliegende Untersuchung mehr Kriterien der qualitativen Forschung, weswegen sie auch in diesen Kontext eingebettet wurde. Wegweisend in der Entscheidung war die Reflexivität, mit deren Hilfe erst im Untersuchungsverlauf und aufgrund der Ergebnisse neue Hypothesen und Theorien abgeleitet werden sollen.

Ausgehend davon, dass „qualitative Sozialforschung heißt, das theoretische Vorwissen offen zu legen, die einzelnen Forschungsschritte und -entscheidungen zu beschreiben sowie die Interpretation nachvollziehbar zu gestalten“⁶⁷, werden in diesem Kapitel die Forschungsschritte umfassend dargestellt, um diesem Kriterium qualitativer Sozialforschung Rechnung zu tragen.

⁶⁵ Vgl. Atteslander, 2010:S.24

⁶⁶ Vgl. Atteslander, 2010:S.35f.

⁶⁷ Atteslander, 2010: S.77

Der Ablauf der hier vorliegenden Untersuchung umfasst fünf Phasen entsprechend den von Atteslander beschriebenen Prozessabläufen empirischer Studien.⁶⁸ Zu diesen Phasen gehören die Problembenennung, die Gegenstandsbenennung, die Durchführung der Erhebung, die Analyse der Daten und die Auswertung der Ergebnisse.⁶⁹ Um das zu untersuchende Problem näher eingrenzen zu können wurde anhand eines Analyseschemas vorgegangen, das sich aus den folgenden Fragen zusammensetzte:

„Auf welchen Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit beschränkt sich [die Untersuchung]?

Um welche [zu untersuchenden] Gruppen [...] handelt es sich?

Welche Zeit bzw. örtlichen Bereiche sollen erfasst werden?

Soll [das Thema] umfassend nach Ursachen und Folgen untersucht werden oder stehen Einzelfragen im Vordergrund?

In welchen weiteren Zusammenhängen soll untersucht werden?

Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen vor?“⁷⁰.

Für die Studie ergaben sich folgende Eingrenzungen des zu untersuchenden Problems:

Die Studie befasst sich mit der Analyse des Krankenkassensystems in Deutschland, womit die zu untersuchenden Gruppen festgelegt werden. Der zeitliche Rahmen der Studie wird einerseits durch die Forschungsfragen selbst und andererseits durch die Darstellung des theoretisch-wissenschaftlichen Hintergrundes gesteckt. Zur Evaluierung des theoretisch-wissenschaftlichen Hintergrundes wurde die Datenerhebung auf den Zeitraum 2000 bis 2015 festgelegt. Um den aktuellen Bezug der sich aus den Forschungsfragen ergebenden Ergebnissen gewährleisten zu können, wurde der zeitliche Rahmen auf den Zeitraum 2013 bis 2015 festgelegt. Somit ergibt sich für die gesamte Studie der Zeitrahmen von 2000 bis 2015, der zugleich die darzustellende soziale Wirklichkeit definiert. Im Vordergrund der Analyse stehen die eingangs formulierten Forschungsfragen. Sie sollen zum einen den bekannten aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung verifizieren bzw. falsifizieren und zum anderen die bestehenden Theorien hinsichtlich des Krankenversicherungssystems in Deutschland ergänzen. Darüber hinaus soll das deutsche Krankenkassensystem mit seinen Trendentwicklungen zum einen im internationalen Kontext dargestellt werden und zum anderen hinsichtlich seiner Wirtschaftlichkeit und der mit ihm verbundenen Patientenzufriedenheit untersucht werden. Auch soll mittels dieser Analyse die aktuelle Datenlage zur Trendwende im deutschen Krankenkassensystem untersucht und bewertet werden. Aus diesen Ergebnis-

⁶⁸ Vgl. Atteslander, 2010:S.37

⁶⁹ Vgl. Atteslander, 2010:S.37ff.

⁷⁰ Atteslander, 2010: S.24

sen wiederum lassen sich neue Hypothesen aufstellen, die den Ausgangspunkt weiterer Studien bilden können.

Um das Spektrum der sich ergebenden Forschungsfragen hinreichend abdecken zu können, bedurfte es der Anwendung einer Theorie hoher Abstraktion, die sich zur empirischen Grundlagenforschung sowie zur weiterführenden Forschung eignet. Aus diesem Grund wurden für die hier vorliegende Studie Theorien mittlerer Reichweite gewählt. Da es im Rahmen dieser Studie nicht um die Überprüfung von Hypothesen sondern um die Untersuchung und Beantwortung von aus dem aktuellen Wissenstand generierten Forschungsfragen geht, nimmt die Abstraktion der Theorie weniger Einfluss auf die Datenanalyse als bei Studien zur reinen Hypothesenklärung.⁷¹

Aus dieser Problembenennung ließ sich im Rahmen der Operationalisierung der Gegenstand benennen.⁷² Dabei ist die Gegenstandsbenennung von der Zeit, dem Gegenstandsbereich und dem Feldzugang abhängig, wobei Zeit und Gegenstandsbereich sich bereits aus der vorangegangenen Problembenennung ergeben.

Aufgrund dieser engen Verzahnung von Problem- und Gegenstandsbenennung ergibt sich in Anlehnung an Atteslander für die vorliegende Studie folgendes Operationalisierungsschema.

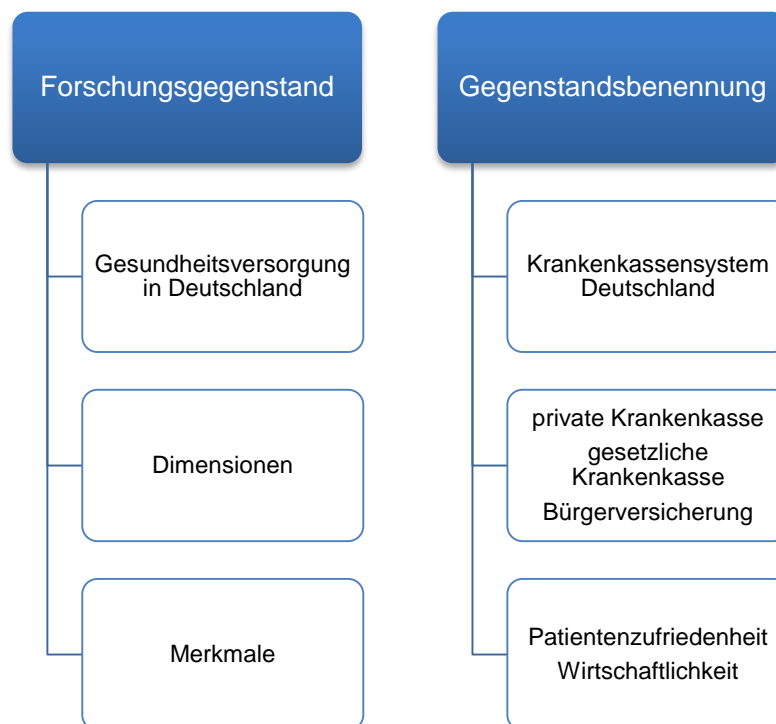


Abbildung 1: Operationalisierungsschema zur Gegenstandsbenennung in Anlehnung an Atteslander⁷³.

⁷¹ Vgl. Atteslander, 2010:S.33f.

⁷² Vgl. Atteslander, 2010:S.39

⁷³ Atteslander, 2010: S.39

Damit ergibt sich der differenzierte Forschungsgegenstand, der sich aus der privaten und der gesetzlichen Krankenkasse sowie der Bürgerversicherung in Deutschland zusammensetzt. Aus der oben dargestellten Problembenennung ergeben sich die in die Untersuchung der Forschungsfragen einfließenden Variablen. Dabei werden „direkt beobachtbare (manifeste) Variablen [...] als Indikatoren bezeichnet. Unter Variablen ist zu verstehen, dass unterschiedliche Ausprägungen einer Eigenschaft vorhanden sind“⁷⁴. Davon ausgehend, dass die Ausprägungen durch die verschiedenen Formen von Krankenkassen (gesetzlich und private Krankenkassen) in Deutschland inklusive dem Trend der Bürgerversicherung gekennzeichnet sind, werden die in dieser Studie herangezogenen Variablen durch die Wirtschaftlichkeit und die Patientenzufriedenheit definiert. Zur besseren Analyse werden diese Variablen dichotom verwendet, wobei die Datenanalyse der Frage nachgeht, ob beispielsweise die Wirtschaftlichkeit bei einer der Krankenkassen (privat, gesetzlich) oder der Bürgerversicherung besser bzw. schlechter ist als bei der anderen.

3.2 Methodik der Datenerhebung

Die folgenden Abschnitte beschreiben die einzelnen Aspekte zur Methodik der Datenerhebung zu denen neben der Darstellung des Untersuchungsmaterials auch die Darlegung des Feldzugangs und der Datenanalyse gehören.

3.2.1 Untersuchungsmaterial

Das in dieser Studie verwendete Datenmaterial wurde mit Hilfe einer Stichwortsuche in der Bibliotheksdatenbank der Universität Frankfurt/Main, der medizinischen Fachdatenbanken PubMed und DIMDI sowie der Suchmaschine Google gesammelt. Die Stichwortsuche erfolgte dabei anhand der Stichworte

- Krankenversicherung (health insurance/medical insurance)
- Krankenversicherungssystem in Deutschland (health insurance system Germany)
- Bürgerversicherung (universal health insurance)
- Private Krankenversicherung (private medical insurance)
- Gesetzliche Krankenversicherung (statutory medical insurance)
- Krankenversicherung UND Wirtschaftlichkeit (health insurance AND economy)
- Krankenversicherungssystem international (health insurance systems international)
- Krankenversicherung UND Patientenzufriedenheit (health insurance AND satisfaction of patients).

⁷⁴ Atteslander, 2010: S.48

Für die Suche in der englischsprachigen Fachdatenbank PubMed wurden die Stichworte entsprechend ins Englische übersetzt.

Die Ergebnisse der Stichwortsuche im Bibliothekskatalog der Universitätsbibliothek Frankfurt/Main sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Innerhalb der gelisteten Bücher wurden seitens des Bibliothekskatalogs neben Büchern und Ebooks auch Dissertationen aufgeführt.

Stichwort	Anzahl der Treffer
Krankenversicherung	3008 Bücher / 24.443 Artikel
Krankenversicherungssystem in Deutschland	32 Bücher / 341 Artikel
Bürgerversicherung	80 Bücher / 386 Artikel
Private Krankenversicherung	710 Bücher / 5844 Artikel
Gesetzliche Krankenversicherung	1471 Bücher / 8534 Artikel
Krankenversicherung UND Wirtschaftlichkeit	183 Bücher / 1829 Artikel
Krankenversicherungssystem international	2 Bücher / 160 Artikel
Krankenversicherung UND Patientenzufriedenheit	6 Bücher / 232 Artikel

Tabelle 2: Suchergebnisse der Stichwortsuche im Bibliothekskatalog der Universitätsbibliothek Frankfurt/Main (Zugriffsdatum: 01.11.2015)

Aufgrund des hohen Datenvolumens bei Google hat die Stichwortsuche auch eine entsprechend hohe Anzahl von Treffern ergeben, die jedoch nur bedingt verwendbar sind.

Stichwort	Anzahl der Treffer
Krankenversicherung	9.100.00 Ergebnisse (0,28 sec)
Krankenversicherungssystem in Deutschland	33.800 Ergebnisse (0,39 sec)
Bürgerversicherung	131.000 Ergebnisse (0,33 sec)
Private Krankenversicherung	639.000 Ergebnisse (0,34 sec)
Gesetzliche Krankenversicherung	1.190.000 Ergebnisse (0,39 sec)
Krankenversicherung UND Wirtschaftlichkeit	206.000 Ergebnisse (0,54 sec)
Krankenversicherungssystem international	554.000 Ergebnisse (0,48 sec)
Krankenversicherung UND Patientenzufriedenheit	31.200 Ergebnisse (0,59 sec)

Tabelle 3: Suchergebnisse der Stichwortsuche in der Suchmaschine Google (Zugriffsdatum: 01.11.2015)

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Stichwortsuche in der Fachdatenbank PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed). Die hohe Trefferquote ist durch den hohen Datenbankumfang bedingt, der zudem auch Artikel listet, die nur entfernt mit den Stichworten und damit mit dem Forschungsthema dieser Arbeit zu tun haben.

Stichwort	Anzahl der Treffer
health insurance / medical insurance	161.827 / 60.261 Artikel
health insurance system Germany	1115 Artikel
universal health insurance	2896 Artikel
private medical insurance	4609 Artikel
non-statutory medical insurance	0 Artikel
health insurance AND economy	142.034 Artikel
health insurance systems international	502 Artikel
health insurance AND satisfaction of patients	1471 Artikel

Tabelle 4: Suchergebnisse der Stichwortsuche in der medizinischen Fachdatenbank PubMed (Zugriffsdatum: 01.11.2015)

Gerade über die Fachdatenbank DIMDI konnten Daten der Medizinischen Dienste der Krankenkassen der einzelnen deutschen Bundesländer gefunden werden. Nachfolgend die Übersicht über die Ergebnisse der Stichwortsuche in der Fachdatenbank DIMDI (www.dimdi.de).

Stichwort	Anzahl der Treffer
Krankenversicherung	3253 Dokumente
Krankenversicherungssystem in Deutschland	0 Dokumente
Bürgerversicherung	0 Dokumente
Private Krankenversicherung	274 Dokumente
Gesetzliche Krankenversicherung	564 Dokumente
Krankenversicherung UND Wirtschaftlichkeit	14 Dokumente
Krankenversicherungssystem international	682 Dokumente
Krankenversicherung UND Patientenzufriedenheit	238 Dokumente

Tabelle 5: Suchergebnisse der Stichwortsuche in der Fachdatenbank DIMDI (Zugriffsdatum: 01.11.2015)

Um den aktuellen Bezug der gesammelten Daten gewährleisten zu können wurden nur Daten ab dem Jahr 2000 in die Studie aufgenommen.

3.2.2 Feldzugang

Um den Feldzugang im Rahmen empirischer Studien darstellen zu können, ist es notwendig, die einzelnen Teilbereiche, die sich aus der Beobachtungseinheit, dem Beobachter und den Beobachteten ergeben, zu definieren.⁷⁵

Beobachtungseinheit

„Beobachtungseinheiten bezeichnen denjenigen Teilbereich sozialen Geschehens, der konkreter Gegenstand der Beobachtung sein soll“⁷⁶. In dieser Studie handelt es sich dabei um das Krankenkassensystem in Deutschland bezogen auf die private und gesetzliche Krankenkasse und die Bürgerversicherung.

Beobachter

Der Beobachter bzw. der Durchführende dieser Studie wird als forschender Beobachter definiert. Aufgrund dessen, dass er selbst auch durch seine Mitgliedschaft in das Krankenkassensystem eingebettet ist, kann von einem hohen Partizipationsgrad gesprochen werden. Ein noch höherer Partizipationsgrad würde vorliegen, wäre der Beobachter selbst Mitarbeiter einer Krankenkasse, was jedoch seine Objektivität mindern würde. Diese ist jedoch Kernelement einer Forschung. Die Wahl des Partizipationsgrades und der Teilhabe des Beobachters entspricht auch den Kriterien eines sogenannten qualitativ orientierten Beobachtungsdesigns.⁷⁷ Sie „betonen [...] die Teilnehmerrolle, was einem hohen Partizipationsgrad des Forschers im Feld und die Identität von Forscher und Beobachter voraussetzt“⁷⁸.

Beobachtete

Der Bereich der Beobachteten wird durch die Beobachtungseinheit definiert. Die Beobachteten stellen die Bürger dar, die von den Krankenkassen und der Bürgerversicherung auf ihre Patientenzufriedenheit hin untersucht werden. Einziges Einschlusskriterium war, dass die Beobachteten im deutschen Krankenkassensystem versichert sind. Da im Rahmen dieser Studie jedoch weder Interviews noch sonstige Arten direkter personenzentrierter Erhebungen stattfinden, kann die Gruppe der Beobachteten nicht weiter eingeschränkt werden. Damit lässt sich auch die Frage nach der verdeckten und offenen Beobachtung nicht hinreichend beantworten, was bei jeder Art von Literaturstudie problematisch ist. Wird pragmatisch

⁷⁵ Vgl. Atteslander, 2010:S.82ff.

⁷⁶ Atteslander, 2010: S.82

⁷⁷ Vgl. Atteslander, 2010:S.83

⁷⁸ Atteslander, 2010: S.84

unterstellt, dass die Beobachteten nichts von der Beobachtung wissen, was sowohl für die Daten hinsichtlich der Patientenzufriedenheit als auch für die Krankenkassen selbst gilt, handelt es sich bei dieser Studie um eine verdeckte Beobachtung.⁷⁹ Einfacher ist demgegenüber die Festlegung der Strukturierung dieser Studie. Um die Forschungsfragen mit der notwendigen Flexibilität beantworten zu können, wurde für diese Untersuchung eine unstrukturierte Beobachtungsform gewählt.⁸⁰

3.2.3 Datenanalyse

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte unter Berücksichtigung der eingangs formulierten Forschungsfragen. Nach einer allgemeinen Sichtung der verfügbaren Daten wie sie in Kapitel 3.3 dargestellt ist, wurden die Literaturdaten entsprechend der Forschungsfrage und des theoretische-wissenschaftlichen Hintergrundes und dem Kriterium des Publikationsdatums sortiert.

⁷⁹ Vgl. Atteslander, 2010:S.90f.

⁸⁰ Vgl. Atteslander, 2010:S.86f.

4 Ergebnisse

4.1 Aktueller Stand der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

In der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt wie eingangs beschrieben die Leistungsvergütung nach dem Sachleistungsprinzip unter der Option eines frei wählbaren Kostenerstattungstarifs.⁸¹ Aus politischer Sicht geht der Kostenerstattungstarif mit einer beiderseitigen Transparenz für die Versicherten und die Ärzte einher, die in der bestehenden Leistungsvergütung der gesetzlichen Krankenkassen nicht gegeben ist. Aus diesem Grund ist es auch ein Bestreben der Politik, das Kostenerstattungsprinzip in den gesetzlichen Krankenkassen umzusetzen.⁸² Der entscheidende Unterschied zwischen dem Leistungsvergütungsprinzip und dem Kostenerstattungsprinzip liegt in der Direktheit der Rechtsbeziehung zwischen Ärzten und Krankenkassen. So ist beim Leistungsvergütungsprinzip die Kassenärztliche Vereinigung in die Beziehung von Ärzten und Krankenkassen zwischengeschaltet.⁸³ Diese Dreiecksbeziehung umfasst einen kassenseitigen und einen arztseitigen Zahlungsstrom, wobei beide Zahlungsströme nach verschiedenen Grundsätzen fungieren.⁸⁴ Diese Unterschiedlichkeiten zwischen den beiden Zahlungsströmen wären durch das Kostenerstattungsprinzip aufgehoben sofern die Zahlungsströme nur reine Einzelleistungsvergütungen umfassen.⁸⁵ In den Vorstellungen der Politik würde die Kassenärztliche Vereinigung, herausgenommen aus dem Zahlungsstrom, lediglich eine Kontrollfunktion erfüllen.⁸⁶ Doch auch unabhängig des sich ändernden Zahlungsstromes wäre eine solche Entwicklung mit zahlreichen Veränderungen für die Versicherten verbunden, wovon die Notwendigkeit der Vorkassenleistung durch die Versicherten die größte Hürde darstellt und die gesetzliche Krankenkasse letztlich nur zu einer neuen Form privater Krankenkasse machen würde.⁸⁷ Dabei ist es gerade diese Problematik, weshalb zahlreiche Personen nicht in der privaten Krankenversicherung angesiedelt sind. Denn eine gesetzliche Krankenversicherung, die für ihre Versicherten eine Vorkasse fordert, wäre insbesondere für sozialschwache Versicherte nicht tragbar und es würde das Solidaritätsprinzip missachtet werden. Das wird auch durch die primären Vorteile aus dem Kostenerstattungsprinzip, welche in der höheren Kostentransparenz für Patienten, der reflektierten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, dem Vermeiden des Arzthoppings

⁸¹ Vgl. Greß et al., 2011:S.7

⁸² Vgl. Greß et al., 2011:S.7f.

⁸³ Vgl. Greß et al., 2011:S.7f.

⁸⁴ Vgl. Greß et al., 2011:S.10f.

⁸⁵ Vgl. Greß et al., 2011:S.10

⁸⁶ Vgl. Greß et al., 2011:S.10f.

⁸⁷ Vgl. Greß et al., 2011:S.12f.

und der höheren Steuerungsverantwortung für die Versicherten liegen, nicht kompensiert.⁸⁸ Greß und Kollegen untersuchten die Einführung des Kostenerstattungsprinzips in den gesetzlichen Krankenkassen aus ökonomischer Sicht und die Entwicklung theoretischer, praktisch möglicher Szenarien. Hier zeigte sich, dass dieses Prinzip in den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht nur bei den Versicherten sondern auch im Gesundheitswesen selbst zu drastischen Einschnitten führen würde, die so seitens der Politik nicht gewollt sein können. Denn – und das ist aus den privaten Krankenversicherungen hinreichend bekannt – mit einer Umwandlung des Leistungsvergütungsprinzip in ein Kostenerstattungsprinzip fällt auch die Vollversorgung der gesetzlich Versicherten weg, die aktuell einen Großteil der Kosten im Gesundheitssystem tragen.⁸⁹ Ohne Vollversicherung würden sich mit großer Wahrscheinlichkeit zahlreiche Versicherte für eine weniger umfangreiche Inanspruchnahme von Leistungen entscheiden, womit für das deutsche Gesundheitssystem hohe Zahlungen entfallen würden.⁹⁰ Demgegenüber kamen die Forscher zu dem Schluss, dass es auch zu einer Überinanspruchnahme von medizinischen Leistungen kommen könne, wenn Versicherte mehr Beiträge zahlen als sie letztlich an Leistungen in Anspruch genommen haben. Dies wiederum würde die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkasse unterwandern.⁹¹ Letztlich ist auch die praktische Umsetzung der höheren Transparenz ärztlicher Leistungen und deren Abrechnung für Versicherte nicht gegeben, da sie i.d.R. nicht über das notwendige medizinische Wissen für die Beurteilung und Interpretation ärztlicher Leistungsabrechnungen verfügen.⁹²

Vor diesem Hintergrund kann das Kostenvergütungsprinzip in gesetzlichen Krankenkassen derzeit nicht empfohlen werden, insbesondere da nicht nur der Argumentation der Gesundheitspolitik die Basis fehlt, sondern es zudem auch keine ausreichende empirische Studienlage zur Thematik gibt.

Ein weiteres Thema, was seit einigen Jahren immer wieder diskutiert wird, ist das Spannungsfeld zwischen Finanzierungsbedarf und Leistungsnotwendigkeit der gesetzlichen Krankenkassen, was zur priorisierenden Wirkung im System der gesetzlichen Krankenversicherungen führt.⁹³ Was aus rechtlichen Aspekten ein scheinbar erstrebenswerter Weg zu sein scheint, der mit einer Aufhebung der Priorisierung im Krankenversicherungssystem verbunden ist, ist aus medizinischen und ethischen Aspekten nicht vertretbar wie es auch in der

⁸⁸ Vgl. Greß et al., 2011:S.12

⁸⁹ Vgl. Greß et al., 2011:S.12f.

⁹⁰ Vgl. Greß et al., 2011:S.12

⁹¹ Vgl. Greß et al., 2011:S.12f.

⁹² Vgl. Greß et al., 2011:S.13f.

⁹³ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2750ff.

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer formuliert wurde.⁹⁴ Hierbei geht die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, kurz ZEKO, davon aus, dass die ethischen Argumente, die für eine Priorisierung im Krankenkassensystem sprechen, auf einer sogenannten Mikroebene „oberhalb der Patientenversorgung in Klinik und Praxis“⁹⁵ rangieren.

4.2 Aktueller Stand der Privaten Krankenversicherung in Deutschland

Aus dem aktuellen Report der privaten Krankenversicherungen wird deutlich, dass sich der Verband der Privaten Krankenversicherungen, kurz PKV, die Qualität zum obersten Ziel gemacht hat, die sowohl die Versorgungsqualität in Deutschland als auch die Qualität der privatkassenärztlichen Leistungen und den Service der privaten Krankenkassen beinhaltet.⁹⁶ Gleichzeitig wird deutlich, dass die privaten Krankenkassen bereits in der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung aktiv sind, was auch durch Zusatzangebote im Qualitätsbereich seitens der privaten Krankenkassen Ergänzung finden soll. Hierbei geht es den privaten Krankenkassen in erster Linie um die Stärkung der Patienten und deren Freiheit in der Wahl der Behandelnden und der medizinischen Leistungen.⁹⁷ Somit transportieren die privaten Krankenkassen das in ihnen bereits verankerte System der freien Arzt- und Leistungswahl in den öffentlichen Fokus.⁹⁸ Hier zeigte sich, dass die gesetzliche Qualitätssicherung trotz umfangreicher empirischer Daten nur unzureichend in der Lage ist, die Meinung der Versicherten abzufragen, so dass es die privaten Krankenkassen als ihre Pflicht sehen, die gesetzliche Qualitätssicherung um den Faktor der sogenannten kommunikativen Qualitätssicherung zu ergänzen, welche die Eigenverantwortung, die Kompetenz und die Wahlfreiheit der Versicherten stärker ins Blickfeld der Forschung rückt.⁹⁹ Um dies zu ermöglichen, bedarf es vor allem qualitätsgesicherter und unabhängiger Informationsquellen für die Versicherten, um das Defizit in der Informationsversorgung und dessen negative Auswirkungen langfristig abfangen zu können.¹⁰⁰ Dabei geht es den privaten Krankenkassen in erster Linie um „laienverständliche Patienteninformationen, die auf international anerkannten wissenschaftlichen Grundlagen erarbeitet werden [und sich durch Unabhängigkeit, Qualitätssicherung und Praxistauglichkeit auszeichnen]“¹⁰¹. Hierbei erarbeiten die unabhängige *Stiftung Gesundheitswissen* und die, vom Verband der Privaten Krankenkassen gegründete, *Stiftung Zentrum für*

⁹⁴ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2750f.

⁹⁵ Bundesärztekammer, 2007: S.A2750

⁹⁶ Vgl. Leienbach, 2015:S.4

⁹⁷ Vgl. Leienbach, 2015:S.4

⁹⁸ Vgl. Leienbach, 2015:S.4

⁹⁹ Vgl. Leienbach, 2015:S.5

¹⁰⁰ Vgl. Leienbach, 2015:S.8

¹⁰¹ Leienbach, 2015: S.5

Qualität in der Pflege, kurz ZQP, bereits Projekte und Konzepte zur Umsetzung dieser PKV-Ziele.¹⁰² Zusätzlich strebt der Verband der Privaten Krankenversicherungen in Deutschland den Aufbau weiterer Kompetenzzentren in Anlehnung an das Zentrum für Qualität in der Pflege an, die sich u.a. mit der Qualität im medizinischen Sektor befassen sollen.¹⁰³ Diese Qualitätssicherung wird nach Ansicht umso wichtiger, als der demographische Wandel eine Zunahme der älteren Bevölkerung und damit auch eine Zunahme der pflegebedürftigen Menschen mit sich bringt, dem sich auch die privaten Krankenkassen stellen müssen.¹⁰⁴ Auch hier sieht der Verband der Privaten Krankenversicherungen die Notwendigkeit des Ausbaus des Informationsflusses für die Versicherten, zumal eine Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege ergab, dass weniger als jeder fünfte Versicherte weiß, wohin er sich im Fall einer Pflegebedürftigkeit wenden kann und muss.¹⁰⁵ In den privaten Krankenkassen wurden eigens hierfür bereits in den vergangenen Jahren verschiedene Konzepte entwickelt, zu denen u.a. die Pflegeberatung COMPASS gehört, welche dazu führen, dass es innerhalb der privaten Krankenkassen ein effizientes Beratungssystem für den Pflegesektor gibt.¹⁰⁶ Gleichzeitig subventionieren die privaten Krankenkassen seit 2011 freiwillig die Unabhängige Patientenberatung Deutschland.¹⁰⁷ Hier geht es den privaten Krankenkassen nicht nur um die Patientenberatung im Allgemeinen, sondern auch um die Sicherstellung einer effizienten Patientenberatung für Versicherte mit Migrationshintergrund.¹⁰⁸

Angestoßen durch diese Entwicklungen arbeitet der Verband der Privaten Krankenversicherung aktuell auch an einer neuen Gebührenordnung für Ärzte, welche die persönliche Betreuung des Patienten beispielsweise durch Beratung im Patientengespräch stärker hervorhebt und anders als bisher besser vergütet, so dass es Medizinern auch aus wirtschaftlicher Sicht möglich ist, den persönlichen Kontakt zum Patienten in den Vordergrund stellen zu können.¹⁰⁹ Dabei definiert der Verband der Privaten Krankenkassen die daraus resultierende „sprechende Medizin“ als Hauptaspekt in der Qualitätssicherung.¹¹⁰ Ein weiterer Eckpfeiler der aktuellen Politik der privaten Krankenkassen bildet der Sektor der Gesundheitsförderung, vor dessen Hintergrund es in den einzelnen privaten Krankenkassen ähnlich den gesetzlichen Krankenkassen bereits verschiedene Gesundheitsförderungsprogramme gibt.¹¹¹ Außerdem werden in den privaten Krankenkassen Gesundheitsförderungsprogramme und Prä-

¹⁰² Vgl. Leienbach, 2015:S.8

¹⁰³ Vgl. Leienbach, 2015:S.8

¹⁰⁴ Vgl. Leienbach, 2015:S.7

¹⁰⁵ Vgl. Leienbach, 2015:S.7

¹⁰⁶ Vgl. Leienbach, 2015:S.8

¹⁰⁷ Vgl. Leienbach, 2015:S.8f.

¹⁰⁸ Vgl. Leienbach, 2015:S.12

¹⁰⁹ Vgl. Leienbach, 2015:S.12f.

¹¹⁰ Vgl. Leienbach, 2015:S.7

¹¹¹ Vgl. Leienbach, 2015:S.7f.

ventionsprogramme kombiniert wie es u.a. im Programm *Älter werden in Balance* der Fall ist.¹¹² Dieses Programm umfasst nicht nur die Förderung der körperlichen Fitness und Beweglichkeit sondern auch die Steigerung der geistigen Fitness und die Teilhabe am gesellschaftssozialen Leben.¹¹³ Verbunden sind diese aktuellen Arbeitsbereiche der privaten Krankenkassen auch mit der Finanzierungssituation, obgleich sich diese bei den privaten Krankenkassen weniger existenziell darstellt, als es in den gesetzlichen Krankenkassen der Fall ist.¹¹⁴

Eine wichtige Rolle spielt auch der Ombudsmann, der aus dem aktuellen Umfang der privaten Krankenkassen nicht herausgenommen werden darf. Zumal die durch den Ombudsmann zu erzielende alternative Streitbeilegung vor dem Hintergrund einer zunehmenden Klagebereitschaft und der hohen Akzeptanz, den dieser unter den Versicherten genießt, das Modell des Ombudsmanns innerhalb der Krankenkassenverbände auch auf internationaler Ebene interessant machen.¹¹⁵

4.3 Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenkassensystems

Die Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenkassensystems ist durch die bestehende finanzielle Situation belastet und konnte bisher nicht durch entsprechende Reformen verbessert werden.¹¹⁶ Vielmehr haben Reformen die angespannte Wirtschaftslage des Krankenkassensystems zusätzlich verschlechtert.¹¹⁷

„Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt durch ein Umlageverfahren mit einkommensbezogenen Beiträgen“¹¹⁸. Die Frage ist, ob dieses Finanzierungsmodell nachhaltig und intergenerativ gerecht bewertet werden kann. Von Kritikern wird vor allem die zu hohe Belastung der künftigen Beitragsgenerationen bemängelt. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass sich durch dieses Missverhältnis die Investitionen im Humankapital reduzieren, wie es von Postler formuliert wird.¹¹⁹ Diese Diskussion bildet seit einigen Jahren die Grundlage zur Entwicklung neuer Ansätze zur Kombination von Nachhaltigkeit und Solidarität.¹²⁰ Vor allem die Einführung der Pauschalprämien und einer auf Altersrückstellungen beruhenden Kapitaldeckung scheint dabei der favorisierte Lösungsansatz im Bereich der Gesetzlichen Krankenkassen zu sein, um deren Wirtschaftlichkeit zu optimieren bzw. um

¹¹² Vgl. Leienbach, 2015:S.7

¹¹³ Vgl. Leienbach, 2015:S.7

¹¹⁴ Vgl. Leienbach, 2015:S.6f.

¹¹⁵ Vgl. Leienbach, 2015:S.14

¹¹⁶ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2750

¹¹⁷ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A27050f.

¹¹⁸ Postler, 2010: S.267

¹¹⁹ Vgl. Postler, 2010:S.267f.

¹²⁰ Vgl. Postler, 2010:S.267

diese langfristig gewährleisten zu können.¹²¹ „Um dem Problem der intragenerativen Umverteilung gerecht zu werden, wird [hierfür] eine inverse Beziehung zwischen Humankapitalinvestitionen und Beiträgen zu den Altersrückstellungen vorgeschlagen“¹²².

Darüber hinaus wird die Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenkassensystems auch vom Systemwettbewerb der bestehenden privaten und gesetzlichen Krankenkassen bestimmt.¹²³ Um die bestehenden Finanzierungsstrukturen zukunftsfähig zu machen, wurden bereits 2004 das GKV-Modernisierungsgesetz, kurz GMG, verabschiedet, welches jedoch nur die gesetzlichen Krankenkassen betraf.¹²⁴

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenkassensystems nicht allein auf dem Boden von Finanzierungsstrukturen erhalten werden kann. Vielmehr müssen nach Jacobs auch „leistungs- bzw. ausgabenseitige Reformen der Steuerungs- und damit letztlich der Versorgungsstrukturen“¹²⁵ in tragfähige und zukunftsweisende Wirtschaftlichkeitskonzepte integriert werden, was sowohl die privaten als auch die gesetzlichen Krankenversicherungen betrifft. Eine mögliche Option wird hierbei in der Schaffung von Wettbewerbsstrukturen gesehen, die langfristig als wettbewerbliche Steuerungselemente die Wirtschaftlichkeit des Krankenkassensystems verbessern sollen.¹²⁶ Eine der Maßgaben, die ebenfalls schon 2004 in die Überlegungen einbezogen wurden, umfasst die Erweiterung einzelwirtschaftlicher Handlungsfreiräume, wie sie u.a. für den Vertragsbereich möglich wären.¹²⁷ So geschaffene Veränderungen bewirken zudem eine neue Wettbewerbsebene, die den Wettbewerb zwischen den verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen verändert, was sich wiederum auf den Wettbewerb innerhalb des Krankenkassensystems auswirkt.¹²⁸ In der Zusammenfassung wird die Wirtschaftlichkeit im deutschen Krankenkassensystem somit durch

- den Kassenwettbewerb,
- den Anbieterwettbewerb,
- den Vertragswettbewerb und
- den Systemwettbewerb bestimmt.¹²⁹

Inwieweit der Begriff des Systemwettbewerbs wirklich auf das deutsche Krankenversicherungssystem angewendet werden kann und was das in der Praxis sowohl für die Versicher-

¹²¹ Vgl. Postler, 2010:S.267ff.

¹²² vgl. Postler, 2010: S.267f.

¹²³ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.8

¹²⁴ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.8

¹²⁵ Jacobs und Schulze, 2004: S.7

¹²⁶ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.8

¹²⁷ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.14ff.

¹²⁸ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.12

¹²⁹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.12ff.

ten als auch für die Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherungen selbst bedeuten würde, haben Jacobs und Schulze in einer Studie aus dem Jahr 2004 untersucht.¹³⁰ Allein das Kriterium des Systemwettbewerbs, dass sich jeder, der eine Nachfrage hat, – in diesem Fall die Versicherten – nach einer Kosten-Nutzen-Abwägung frei für einen Anbieter entscheiden können, wird im deutschen Krankenkassensystem nicht gewährleistet. Zwar stehen den Versicherten Kosten-Nutzen-Abwägungen frei, doch entscheiden die Krankenkassen, gleich ob es sich um private oder gesetzliche Krankenkassen handelt, darüber, ob und welche Versicherten sie aufnehmen.¹³¹ Ausgehend von der bestehenden Klassengesellschaft, welche die Verteilung der Versicherten in den einzelnen Krankenkassen maßgeblich bestimmt, steht der Mehrzahl der gesetzlich Krankenversicherten dieses Wahlrecht als Kriterium des Systemwettbewerbs nicht zu. Gemäß Jacobs und Schulze besaßen im Jahr 2003 87 % der gesetzlich Krankenversicherten kein Krankenkassenwahlrecht.¹³² Aktuell besteht die Wahlpflicht nur für jene Personen, für die keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse besteht.¹³³ Ausgehend vom Mikrozensus des Jahres 2002 betraf diese Wahlmöglichkeit rund 4 Millionen Beamte und Selbständige sowie rund 2,5 Millionen Bürger, deren Bruttoentgelt oberhalb der Mindestgrenze von 3862,50 Euro lag.¹³⁴ Denen standen mit Stand von 2003 laut Jacobs und Schulze 61 Millionen Bürger ohne Wahlfreiheit gegenüber.¹³⁵ Diese Zahlen unterstreichen die mangelnde Erfüllung der Kriterien, um von einem Systemwettbewerb im eigentlichen Sinn sprechen zu können. Möglich wird der Diskurs der Wirtschaftlichkeit des Krankenkassensystems wenn, wie von Jacobs und Schulze postuliert, der Systemwettbewerb dem Anbieterwettbewerb gleichgesetzt wird.¹³⁶

Ihre Wirtschaftlichkeit versuchen die privaten Krankenkassen durch sogenannte risikoäquivalente Beiträge zu gewährleisten. Hierbei wird wie eingangs bereits dargestellt mit Hilfe von Prämienzuschlägen und Leistungsausschlüssen die Wirtschaftlichkeit der privaten Krankenkassen erhalten.¹³⁷ Ergänzt wird dieses Verfahren durch eine Risikoselektion, die unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit bereits die Aufnahme von Personen mit einem zu hohen Krankheitsrisiko bzw. bestehenden Erkrankungen verhindert.¹³⁸ Durch diese Selektion seitens der privaten Krankenkassen kommt es zu einer Verschiebung dieser Personengruppen, zu denen u.a. ältere Personen, chronisch kranke Personen und Personen mit mehreren mitversicherten und nicht erwerbstätigen Familienangehörigen gehören, hin zu den gesetzlichen

¹³⁰ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.1ff.

¹³¹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.13

¹³² Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

¹³³ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

¹³⁴ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

¹³⁵ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

¹³⁶ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.8f.

¹³⁷ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9

¹³⁸ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9f.

Krankenversicherungen. Gleichzeitig kommt es zu einem Zustrom von jüngeren, gesunden und einkommensstarken Personen in die privaten Krankenversicherungen.¹³⁹ Obgleich sich damit die Wirtschaftlichkeit der privaten Krankenversicherungen stärkt, minimiert sich signifikant die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Folgen dieser divergierenden Ströme sind eine sogenannte Aushöhlung des Solidaritätsprinzips der gesetzlichen Krankenkassen und eine Risikoentmischung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen, die auch als adverse Selektion bezeichnet wird.¹⁴⁰ Auch hier bestätigt sich die Hypothese, dass der primär dargestellte Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen aus Sicht der Wirtschaftlichkeit im eigentlichen Sinn nicht der Definition von Wettbewerb entspricht. Aktuell bestimmen die privaten Krankenkassen durch die Inanspruchnahme ihres Selektionsprinzips den Wettbewerb zwischen den beiden Krankenkassensystemen in Deutschland.¹⁴¹ Eine gleichberechtigte Wettbewerbsbasis könnte nur geschaffen werden, wenn die gesetzlichen Krankenversicherungen über gleichstarke Argumente und Elemente verfügen würden, um die wirtschaftliche Chancengleichheit im Wettbewerb aus Sicht der Krankenkassen zu verbessern. Eine mögliche Lösung wäre hierbei die Schaffung eines Risikostrukturgleichs mit Hilfe einer wie von Jacobs und Schulze formulierten „Effizienz- und Präferenzorientierung des Kassenhandelns“¹⁴². Die bisherigen Daten zeigen, dass die Kernelemente der gesetzlichen Krankenversicherungen, zu denen beispielsweise die Disease-Management-Programme, kurz DMP, und die integrierte Versorgung gehören, keine tragfähigen und gewinnbringenden Wettbewerbskriterien im Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen darstellen.¹⁴³ Zwar erscheinen diese Kernelemente aus wirtschaftlichen Überlegungen relevant, sie unterschlagen dabei jedoch, dass sie für die aus wirtschaftlicher Sicht anvisierte Personengruppe der jungen gesunden Erwachsenen keine Relevanz haben.¹⁴⁴ Vielmehr sprechen sie ältere und multimorbide Personengruppen an, welche die gesetzlichen Krankenversicherungen aktuell als Problem im Erhalt ihrer Wirtschaftlichkeit betrachten. Erste Verbesserungen brachte das oben erwähnte und 2004 verabschiedete GMG mit sich, was zumindest den Handlungsspielraum der gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb mit den privaten Krankenkassen erweiterte. Die Wahlfreiheit der sich aus dem GMG ergebenden neuen Tarifen, die vor allem gesunden Personen in der Gesetzlichen Krankenkasse zu Teil wird, brachte jedoch nicht den gewünschten Effekt. Anstatt die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern kam es zu einer partiel-

¹³⁹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.9f.

¹⁴⁰ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.10

¹⁴¹ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.10f.

¹⁴² Jacobs und Schulze, 2004: S.10

¹⁴³ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.10f.

¹⁴⁴ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.10f.

len Entsolidarisierung mit einer sich daraus ableitenden Wettbewerbsverzerrung zwischen den beiden Krankenkassen.¹⁴⁵

Ein weiterer Faktor in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenkassensystems ergibt sich aus der Priorisierung, die im deutschen Krankenversicherungssystem herrscht und welche sowohl politisch wie auch rechtlich und wirtschaftlich Einfluss auf das Krankenkassensystem hat. Dabei haben die einzelnen Bereiche Wirtschaft, Politik und Mediziner jeweils eigene Argumente, die sowohl Vor- als auch Nachteile in sich bergen.¹⁴⁶ Aufgrund der Verflechtung dreier so ungleicher Parteien ist die Lösung des Prioritätenproblems schwierig. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer empfiehlt die Beibehaltung der Priorisierung im deutschen Krankenkassensystem und die Bevorzugung der Rationalisierung vor der Rationierung.¹⁴⁷ In ihren Ausführungen geht sie davon aus, dass durch ein derartiges Vorgehen trotz eingeschränkter Finanzen Rationalisierungsreserven mobilisiert werden können, sodass dieses Vorgehen mit einer Verbesserung der finanziellen Lage einhergehen würde.¹⁴⁸ Unter Berücksichtigung ihrer Datenlage geht sie zudem davon aus, dass mit diesem Vorgehen alle Versicherten sinnvolle medizinische Maßnahmen erhalten können, während Gelder gespart werden könnten, die aktuell für weniger sinnvolle Maßnahmen ausgegeben werden. Ohne Priorisierung würde das bedeuten, dass unter Wahrung der Besitzstände der Krankenkassen Versicherten wirksame Maßnahmen vorenthalten würden.¹⁴⁹ Dennoch lässt sich auch in diesen Systemüberlegungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit mittels Priorisierung eine gewisse Fokussierung auf Schwerpunkte nicht umgehen.¹⁵⁰ Sofern diese jedoch aus sozialem ethischen Aspekten und unter Wahrung des Verfassungsrechts definiert werden, können sie als normative Kriterien in das Krankenkassensystem eingehen.¹⁵¹ Dass ein derartiges Konzept funktionieren kann, zeigt die Umsetzung der Priorisierung in der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden.¹⁵²

Dass die Versicherten bereit sind, zusätzliche Kosten für Sonderleistungen in Kauf zu nehmen zeigt der Anstieg der Zusatzversicherungen beispielsweise bei den Zahnzusatzversicherungen. Ausgehend vom Jahr 2005 hat sich der Anteil der Versicherten mit einer Zahnzusatzversicherung auf mehr als 14 Millionen erhöht, was eine Steigerung von über 80 % bedeutet.¹⁵³ Im Jahr 2005 waren es dagegen nur knapp 8 Millionen gesetzlich Versicherte,

¹⁴⁵ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004:S.11

¹⁴⁶ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.11f.

¹⁴⁷ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2753

¹⁴⁸ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2751

¹⁴⁹ Vgl. Bundesärztekammer, 2007: S.A2751; Vgl. Diederich und Schreier, 2009:S.111ff.

¹⁵⁰ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2751f.

¹⁵¹ Vgl. Bundesärztekammer, 2007:S.A2751

¹⁵² Vgl. Carlsson, 2009: S.92ff.

¹⁵³ Vgl. Leienbach, 2015: S.7

die eine solche Zusatzleistung in Anspruch nehmen.¹⁵⁴ Hier zeigt sich das Potential für die gesetzlichen Krankenkassen im Blick auf deren Finanzierung und Wirtschaftlichkeit, wenn sie den Trend zu Zusatzleistungen als Ressource aufgreift, ohne dabei ihre bestehenden Leistungen zu Lasten der Versicherten zu reduzieren.¹⁵⁵

4.4 Krankenversicherungen im internationalen Vergleich

Bereits im geschichtlichen Kontext des deutschen Krankenkassensystems können Vergleiche zu anderen Ländern gezogen werden. Zumal die parallel zu den eingangs beschriebenen Versicherungsgesetzen des Deutschen Reiches in Österreich verabschiedete Sozialversicherung auch in anderen europäischen Ländern eingeführt worden war.¹⁵⁶

Im internationalen Vergleich hebt sich das Krankenversicherungssystem in Deutschland deutlich von den Versicherungssystemen anderer Länder ab.¹⁵⁷ Das duale Prinzip der nebeneinander existierenden privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen wie es dieses in Deutschland gibt, ist derart in keinem anderen Land anzutreffen.¹⁵⁸ Die meisten europäischen Länder verfolgen das Prinzip einer Bürgerversicherung, welche in Deutschland seit Jahren diskutiert wird, bisher aber noch keine Umsetzung fand.¹⁵⁹ Gleiches gilt auch für nichteuropäische Länder. So besteht u.a. auch in Japan eine Versicherung aller Einwohner in einer sozialen Krankenversicherung.¹⁶⁰ Jedoch bestehen hier selten ganze Krankenversicherungssysteme bzw. setzen diese sich lediglich aus privaten Krankenversicherungsstrukturen zusammensetzen, die dann meist nur der besserverdienenden Gesellschaft zugänglich sind.¹⁶¹ Dennoch zeigt die Analyse anderer europäischer Staaten, dass eine soziale Krankenversicherung nicht grundsätzlich alle Personen innerhalb des Staates absichert.¹⁶² Während in der Schweiz, in Schweden und in Großbritannien alle Einwohner in der sozialen Krankenversicherung versichert sind, gilt dies in Ländern wie Österreich, Luxemburg, Belgien und den Niederlanden zwar für den Großteil, nicht jedoch für alle Einwohner.¹⁶³

Die Finanzierung der Krankenversicherungen, insbesondere der sozialen Krankenversicherungen für alle bzw. für die Mehrzahl der Bevölkerung variiert zwischen den einzelnen Ländern. Während sich die Finanzierung in Deutschland zwischen den gesetzlichen und privaten

¹⁵⁴ Vgl. Leienbach, 2015: S.14

¹⁵⁵ Vgl. Kallweit und Kohlmeier, 2014: S.501

¹⁵⁶ Vgl. Eichenhofer, 2012: S.482f.

¹⁵⁷ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004: S.15f.

¹⁵⁸ Vgl. Jacobs und Schulze, 2004: S.7ff.

¹⁵⁹ Vgl. Langer et al., 2006: S.

¹⁶⁰ Vgl. Langer et al., 2006: S.

¹⁶¹ Vgl. Langer et al., 2006: S.

¹⁶² Vgl. Dixon und Mossialos, 2002: S.1ff.

¹⁶³ Vgl. Langer et al., 2006: S.54; Vgl. Mossialos et al., 2002: S.991f.

Krankenversicherungen wesentlich unterscheidet, reduziert sich die Finanzierungsfrage in anderen Ländern durch das Bestehen einer einzigen Versicherung.¹⁶⁴

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der Finanzierung der Krankenversicherungssysteme in den jeweiligen Ländern.¹⁶⁵

Land	Finanzierungskonzept
Deutschland	GKV: einkommensabhängige Beiträge PKV: einkommensunabhängig und risikoadjustierte Beiträge
Frankreich	einkommensabhängige Beiträge
Schweiz	einkommensunabhängige Pauschalen (Bürgerprämie)
Japan	einkommensabhängige Beiträge
Großbritannien	Steuergelder
Finnland	Steuergelder
Schweden	Steuergelder

Tabelle 6: Finanzierung der Krankenversicherungssysteme in Anlehnung an Langer und Döring.¹⁶⁶

Dennoch bezeichnet der Verband der Privaten Krankenversicherungen das Gesundheitswesen und damit auch das Krankenkassensystem im Vergleich mit anderen Staaten als unterentwickelt, was die Transparenz und den Informationsgehalt medizinischer Leistungen der Versicherten angeht.¹⁶⁷ Die Flut an Informationen, die den Versicherten im Internet zugänglich ist, ist weder unabhängig noch qualitätsgesichert, sodass keine korrekten Daten garantiert werden können, was sich zu einem Problem für die Versicherten entwickelt.¹⁶⁸ Dieses Defizit haben auch andere Personen im Gesundheitswesen erkannt, weswegen beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die

¹⁶⁴ Vgl. Langer et al., 2006: S.54f.

¹⁶⁵ Vgl. Langer et al., 2006: S.54

¹⁶⁶ Vgl. Langer et al., 2006: S.54; Vgl. Langer et al., 2005: S.187ff.; Vgl. Döring et al., 2005: S.

¹⁶⁷ Vgl. Leienbach, 2015: S.1

¹⁶⁸ Vgl. Leienbach, 2015: S.4

Implementierung unabhängiger und vor allem qualitätsgesicherter Informationsquellen für die Versicherten anstrebt.¹⁶⁹

¹⁶⁹ Vgl. Leienbach, 2015: S.4f.

5 Diskussion

5.1 Ist das aktuell bestehende Krankenkassensystem in Deutschland mit einer hohen Zufriedenheit der Versicherten assoziiert?

In der Regel haben Krankenkassen bisher die Zufriedenheit ihrer Versicherten im Kontext externer Leistungen gemessen. So untersuchte beispielsweise die Techniker Krankenkasse die Patientenzufriedenheit in der ambulanten ärztlichen Versorgung.¹⁷⁰ Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs zwischen den einzelnen Krankenkassen werden Instrumente zur Evaluierung der Zufriedenheit der Versicherten auch hier angewandt.

Mit Hilfe entsprechender Assessments können spezifische Faktoren analysiert werden, inwieweit sie die Zufriedenheit der Versicherten erhöhen. Vor allem, wenn es um Zusatzleistungen geht, ist es von Seiten der Krankenkassen sinnvoll, regelmäßig zu überprüfen, ob und wie diese Leistungen von den Versicherten bewertet werden. So erhöhen gesundheitsfördernde Angebote die Zufriedenheit der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse.¹⁷¹ 2013 untersuchte das Kölner Marktforschungsinstitut YouGov in einer repräsentativen Stichprobe an 1000 gesetzlich Krankenversicherten verschiedene Faktoren bzgl. ihres Einflusses auf die Zufriedenheit der Versicherten. Es stellte sich heraus, dass das Angebot an gesundheitsfördernden Maßnahmen und entsprechenden Programmen mit 33 % die Zufriedenheit der Versicherten am stärksten erhöht.¹⁷² Gefolgt von attraktiven Bonusprogrammen, die die Zufriedenheit um 16 % erhöhen und angebotenen Naturheilverfahren, die bei 19 % der Befragten die Zufriedenheit der Versicherten erhöhen.¹⁷³ Unabhängig von diesen Faktoren konnte die Befragung nachweisen, dass 69 % der gesetzlich Versicherten zufrieden und weitere 29 % sehr zufrieden mit ihrer Krankenkasse sind.¹⁷⁴ In dieser Umfrage wird das Potential deutlich, welches die gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb für sich nutzen können.

Die Zufriedenheit der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen wird regelmäßig durch Befragungen des Deutschen Instituts für Service-Qualität, kurz DISQ, erhoben. In seiner Umfrage vom 22.05.2015 wurden 16 gesetzliche Krankenkassen mit Hilfe einer Onlinebefragung von 2405 Versicherten bewertet.¹⁷⁵ In ihrem Report konnten auch sie die hohe Zufriedenheit der gesetzlich Versicherten nachweisen, was sich auf alle abgefragten Kernbereiche bezog. Dennoch zeigte der Report auch, dass eine bestehende hohe Zufriedenheit

¹⁷⁰ Vgl. Bestmann und Verheyen, 2010: S.6ff.

¹⁷¹ Vgl. Rudolf, 2013: Onlinequelle

¹⁷² Vgl. Rudolf, 2013: Onlinequelle

¹⁷³ Vgl. Rudolf, 2013: Onlinequelle

¹⁷⁴ Vgl. Rudolf, 2013: Onlinequelle

¹⁷⁵ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

keine Aussage über die Wechselbereitschaft der Versicherten zulässt. Denn im Report aus dem Jahr 2015 bestand trotz hoher Zufriedenheit eine hohe Wechselbereitschaft von 8,8 %.¹⁷⁶ Der Hauptgrund für den Krankenkassenwechsel bestand dabei in dem schlechteren Bonusprogramm der bisherigen Krankenkasse. Vor allem ein schlechtes oder ein nicht vorhandenes Bonusprogramm führten zum Wechsel der Krankenkasse.¹⁷⁷ Demgegenüber waren die Faktoren Beitragserhöhung und Zusatzbeiträge, die als Ursache der Krankenkassenwechsel angenommen wurden, weniger wichtig in der Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse.¹⁷⁸

Von den 16 untersuchten Krankenkassen erhielten drei das Versichertenurteil „sehr gut“, weitere acht wurden als „gut“ bewertet.¹⁷⁹ Anders als in der Umfrage des Kölner Marktforschungsinstituts war es in der Kundenbefragung des DISQ jedoch der Kundenservice, der maßgeblich die Zufriedenheit der Versicherten beeinflusste. 85 % der Befragten waren hierbei mit dem Kundenservice zufrieden. Weitere Faktoren, die direkten Einfluss auf die Zufriedenheit der Versicherten nehmen, sind laut dem DISQ das Leistungsangebot, die Zuverlässigkeit und die Sicherheit bezüglich der Sicherstellung der Leistungserfüllung und des Datenschutzes.¹⁸⁰ Dennoch gab es auch Negativbewertungen. 13 % der befragten Versicherten äußerten sich negativ zu ihrer Krankenkasse, wobei vor allem eine zu geringe Kostenerstattung zu einer Reduktion der Zufriedenheit führt.¹⁸¹

Im Ranking der untersuchten gesetzlichen Krankenkassen schnitt die SBK Siemens-Betriebskrankenkasse am besten ab. Gefolgt von der Techniker Krankenkasse und der AOK Plus. Die letzten Plätze wurden im Ranking von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, der AOK Baden-Württemberg und der AOK Niedersachsen eingenommen. Bezogen auf die Aspekte Service und Leistungsangebot blieben die drei führenden Krankenkassen konstant auf ihren Rängen, während es zu Verschiebungen im Mittelfeld kam.

Ähnliche Daten ergab die Studie aus dem Jahr 2014. Die ebenfalls vom DISQ durchgeführt wurde.¹⁸² Hier wurden die 20 wichtigsten gesetzlichen Krankenkassen mit Hilfe verschiedener Analyseinstrumente untersucht. Hierzu gehörten u.a. die Analyse der Internetauftritte der einzelnen Krankenkassen durch Testnutzer und die Untersuchung der Serviceangebote.¹⁸³ Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass neben einem guten Service auch die angebote-

¹⁷⁶ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

¹⁷⁷ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

¹⁷⁸ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

¹⁷⁹ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

¹⁸⁰ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

¹⁸¹ Vgl. DISQ, 2015: Onlinequelle

¹⁸² Vgl. DISQ, 2014: Onlinequelle

¹⁸³ Vgl. DISQ, 2014: Onlinequelle

nen Sonderleistungen Einfluss auf die Zufriedenheit der Versicherten und damit auf deren Wechselbereitschaft nehmen.¹⁸⁴

Insgesamt kann somit dem deutschen Krankenkassensystem eine hohe Zufriedenheit der Versicherten bescheinigt werden, auch wenn sich deutlich abzeichnet, dass die gesetzlichen Krankenkassen in einem strengen Wettbewerb befinden, in dem einzelne Faktoren über den Verbleib der Versicherten bestimmen können.

5.2 Können Wirtschaftlichkeit und optimale Patientenversorgung durch das aktuelle Krankenversicherungssystem gewährleistet werden?

Wird das deutsche Krankenversicherungssystem mit den Versicherungssystemen anderer europäischer Länder verglichen, so wird deutlich, dass die Kosten des Versicherungssystems in Deutschland bis zu einem Drittel höher liegen als in anderen Ländern, ohne dass sich die medizinische Versorgung der Versicherten dementsprechend besser ist.¹⁸⁵ Gerade der medizinische Mehraufwand an Behandlungen von Privatversicherten und die sich hierin darstellende Überversorgung führen zu einer signifikanten Kostensteigerung im deutschen Gesundheitssystem.¹⁸⁶ Dieser Trend zeigte sich bereits Ende des letzten Jahrhunderts. Während die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen im Zeitraum 1992 bis 2001 bei 29 % lagen, beliefen sie sich in den privaten Krankenversicherungen auf etwa 43 %.¹⁸⁷

Aufgrund dieses dualen Systems kommt es zu einer Verschiebung der medizinischen Betreuung, die noch dadurch verstärkt wird, dass die Reglementarien der privaten Krankenversicherungen vorsehen, dass Privatversicherte von Chefärzten bzw. adäquaten Vertretern behandelt werden, deren Kapazitäten anderen Patienten dann nicht mehr zur Verfügung stehen. Folglich kommt es zu einer Fokussierung hochqualifizierter Mediziner auf die Behandlung von Privatversicherten, anstatt deren Qualifizierung in gleichem Maß allen Versicherten zu Teil werden zu lassen.¹⁸⁸ „Dies widerspricht dem Prinzip der Chancengleichheit und der ärztlichen Berufsethik, die eine Diskriminierung nach Versichertenstatus nicht zulässt“¹⁸⁹. Chancengleichheit kann nur gewährleistet werden, wenn alle Versicherten in den Kernleistungen entsprechend ihres Bedarfs dieselbe optimale und hohe Versorgung erhalten.¹⁹⁰

¹⁸⁴ Vgl. DISQ, 2014: Onlinequelle

¹⁸⁵ Vgl. Lauterbach, 2004: S.16

¹⁸⁶ Vgl. Lauterbach, 2004: S.17

¹⁸⁷ Vgl. Lauterbach, 2004: S.17

¹⁸⁸ Vgl. Lauterbach, 2004: S.17f.

¹⁸⁹ Lauterbach, 2004: S.18

¹⁹⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.18f.

Somit kann davon ausgegangen werden, dass das duale System der Krankenversicherungen einer optimalen und vor allem einer wirtschaftlichen Versorgung entgegensteht. Obgleich der Faktor der Wirtschaftlichkeit eigens betrachtet werden muss, da die Fokussierung der Chefärzte auf die Behandlung von Privatversicherten auch mit höheren Einnahmen aufgrund eines höheren Abrechnungsschlüssels verbunden ist.

Zusätzlich konnten Studien nachweisen, dass dieses in Deutschland vorherrschende duale Prinzip, innerhalb der Krankenkassen, auch Einfluss auf den Forschungsstandort Deutschland hat. Somit führt es zu einer signifikanten Reduktion der Forschungsleistungen an deutschen Hochschulen.¹⁹¹ Auch hiermit ist langfristig eine Ineffizienz der medizinischen Versorgung der Versicherten assoziiert.

5.3 Zukunftsoption „Bürgerversicherung“?

Das duale System aus privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen, das den Versicherten den Zugang zur privaten Krankenversicherung erst ab einer festgelegten Mindesteinkommengrenze ermöglicht, entspricht nicht dem solidarischen Prinzip und ist nach Lauterbach sowohl „ökonomisch [als auch] medizinisch und ethisch fragwürdig“¹⁹². „Durch die Tatsache, dass die privaten Krankenversicherungen für die gleiche Leistung besser bezahlen, obwohl ihre Versicherten in der Regel gesünder sind, wird ein Anreiz gesetzt, Beamte und Besserverdienende aufwendiger zu behandeln“¹⁹³. Zusätzlich wird damit der Ansatz verfolgt, durch eine Senkung der Beitragssätze auch die Lohnnebenkosten als solche zu senken, so dass die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung nicht mehr nur eine Frage der Krankenkassen ist, sondern vielmehr weitreichende sozioökonomische und wirtschaftliche Auswirkungen mit sich bringt.¹⁹⁴

Hinter der Bürgerversicherung verbirgt sich ein Prinzip, was der Aufrechterhaltung des Solidaritätsprinzips in der Kranken- und Pflegeversicherungslandschaft dient.¹⁹⁵ Dieses ist verbunden mit sinkenden Beitragssätzen in den Krankenversicherungen für alle Versicherten und nicht einer Beitragssteigerung in den gesetzlichen Krankenversicherungen gegenüber einer Beitragssenkung in den privaten Krankenversicherungen.¹⁹⁶ Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich der Beitrag nach dem Einkommen der Versicherten. Aufgrund der Abwanderung von Menschen mit hohem Einkommen, die in aller Regel auch jünger und gesünder sind, bricht im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen ein

¹⁹¹ Vgl. Lauterbach, 2004:S.18; Vgl. Rothmund, 1997: S.1358f.

¹⁹² Lauterbach, 2004: S.17

¹⁹³ Lauterbach, 2004: S.17

¹⁹⁴ Vgl. Langer et al., 2006: S.69

¹⁹⁵ Vgl. Lauterbach, 2004: S.11ff.

¹⁹⁶ Vgl. Lauterbach, 2004: S.16; Vgl. Langer et al., 2006: S.69f.

Großteil der Einnahmen weg, während gleichzeitig die Ausgaben steigen, die sich aus dem Mehr an alten und multimorbiden Versicherten in den gesetzlichen Krankenversicherungen ergeben.¹⁹⁷ So kann „die gesetzliche Krankenversicherung [...] in gewissem Sinne [als] ein System der ‘Solidarität’ der Schwachen [gewertet werden], weil sich Gutverdienende, Selbständige und Beamte dem System systematisch entziehen können, um sich privat zu versichern“¹⁹⁸. Nach Lauterbach lagen die Verluste, die mit dem Wechsel eines Versicherten von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung einhergingen, im Jahr 2004 bei etwa 3500 Euro pro Jahr.¹⁹⁹ Der hohe Anteil an Versicherten mit niedrigem Einkommen und die dort vermehrt anzutreffende Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit der Versicherten bedingt durch die oben genannte Abhängigkeit der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Einkommen der Versicherten eine weitere Erhöhung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, um den Bedarf weiterhin decken zu können. Hieraus ergeben sich sozioökonomische und wirtschaftliche Konsequenzen, die u.a. in einer Verschlechterung der sozialen Lage der gesetzlich Krankenversicherten und zur Zunahme von Arbeitslosigkeit führen.²⁰⁰ Für die gesetzliche Krankenversicherung steht eine andere Form der Kompensation der Einnahmensenkung und dem damit verbundenen Zerfall ihrer Finanzierungsbasis bei Zunahme der Ausgaben nicht zur Verfügung.²⁰¹ Anders verhält es sich in der privaten Krankenversicherung, deren Versicherte aufgrund ihrer besseren beruflichen und sozialen Situation eine deutlich bessere Einnahmensicherung bewirken.²⁰²

Auch im Bereich der Pflegeversicherung stellt sich das Problem der Dualität zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung, was auch in diesem Kontext zu Überlegungen der Einführung einer Bürgerversicherung führte.²⁰³ Nach Lauterbach et al. ist die soziale Pflegeversicherung, die auch als gesetzliche Pflegeversicherung bezeichnet wird analog der gesetzlichen Krankenversicherung zu sehen, wohingegen die private Pflegeversicherung das Analogon der privaten Krankenversicherung darstellt.²⁰⁴ In der von Lauterbach et al. bereits 2005 veröffentlichten Ausführung zum Thema der Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung kamen Probleme zur Darstellung, die in ähnlicher Weise auch die Diskussion über eine Bürgerversicherung in der Krankenversicherung initiiert haben. Zu diesen Problemfeldern gehörten

¹⁹⁷ Vgl. Lauterbach, 2004: S.18f.

¹⁹⁸ Lauterbach, 2004: S.11

¹⁹⁹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.13f.

²⁰⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.11; Vgl. Langer et al., 2006: S.53f.

²⁰¹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.13

²⁰² Vgl. Lauterbach, 2004: S.13

²⁰³ Vgl. Lauterbach et al., 2005: S.12ff.

²⁰⁴ Vgl. Lauterbach et al., 2005: S.13f.

- ein steigendes Defizit aufgrund einer Verschiebung der Behandlungsmodalitäten von ambulanten hin zu stationären Leistungen,
- unzureichende Leistungen und Leistungsabdeckungen für spezifische Patientengruppen wie beispielsweise Demenzkranken bei gleichzeitiger Zunahme dieser Patientengruppen,
- die Zunahme der Alterung der Gesellschaft und
- die damit verbundene Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Pflegeversicherungssektor sowie
- die divergierenden Entwicklungen, die mit einer Beitragssenkung in der gesetzlichen und einer Beitragssenkung in der privaten Pflegeversicherung einhergehen.²⁰⁵

Die hier dargestellten Probleme sind ebenso in den Krankenversicherungen anzutreffen.

Auch hier bedingt beispielsweise die ungleiche Struktur der Versicherten hinsichtlich ihres Alters, ihrer Einkünfte und ihres Gesundheitszustandes die unterschiedlichen Trends in den Beitragssätzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.²⁰⁶ Lauterbach spricht hierbei von einer Umkehrung des Solidaritätsprinzips, die so auch für die Krankenversicherungen angenommen werden können.²⁰⁷

Damit soll die Bürgerversicherung „der konsequenten Bekämpfung der beiden Hauptursachen für steigende Beitragssätze“²⁰⁸ dienen. Auf dem Boden der Bürgerversicherung und der sich damit auflösenden dualen Struktur der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen fließen die Beiträge aller Versicherten unabhängig ihres sozialen Status, ihres Alters und ihrer Gesundheit in die Krankenversicherung ein, was zu einer Neustrukturierung des solidarischen Prinzips führt.²⁰⁹ Zusätzlich bedient sich die Bürgerversicherung neben den Beiträgen entsprechend dem Einkommen auch der Erhebung von Beiträgen aus Miet-, Zins- und Kapitaleinkünften.²¹⁰ Davon ausgehend wird bereits 2004 eine Senkung der Krankenkassenbeiträge von damals 12,4 auf unter 11 % postuliert.²¹¹ Lauterbach ging damals davon aus, dass sich auch die wirtschaftliche Situation in Deutschland durch eine Senkung der Krankenkassenbeiträge durch die Einführung der Bürgerversicherung verbessern und die Arbeitslosenquote zurückgehen würde.²¹²

²⁰⁵ Vgl. Lauterbach et al., 2005: S.11

²⁰⁶ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15

²⁰⁷ Vgl. Lauterbach et al., 2005: S.11f.

²⁰⁸ Lauterbach, 2004: S.11

²⁰⁹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15f.

²¹⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.14

²¹¹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.11

²¹² Vgl. Lauterbach, 2004: S.11f.

Bis heute ist es jedoch bei der Diskussion um die Bürgerversicherung geblieben und das duale System der Krankenkassen hat weiterhin Bestand.

Ursachen hierfür scheinen die unklaren strukturellen Änderungen zu sein, die je nach Darlegung des Begriffs der Bürgerversicherung entstehen. Während ein Teil der Politiker davon ausgeht, dass es sich bei der Bürgerversicherung um eine sogenannte Einheitskasse handelt, sieht der andere Teil in der Bürgerversicherung als solidarische Krankenversicherung keine Einheitskasse. Solange diese Unklarheit in der Terminologie besteht, ist es nicht möglich das Konzept einer Bürgerversicherung theoretisch zu planen und praktisch umzusetzen.

Hinter dem Konzept der Bürgerversicherung ohne Ausbildung einer Einheitskasse verbirgt sich der Zusammenschluss von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, wobei sowohl bei den beteiligten gesetzlichen wie auch bei den beteiligten privaten Krankenversicherungen der Beitrag entsprechend dem Einkommen des Versicherten erhoben wird.²¹³ Bis dato wird der Beitrag der privaten Krankenversicherungen unabhängig des Einkommens entsprechend des gesundheitlichen Risikos des Versicherten erhoben.²¹⁴ Dieses Beitragsystem würde sich zumindest für die privaten Krankenversicherungen bei der Teilhabe an einer Bürgerversicherung umkehren. Für die Mehrzahl der Versicherten hieße dieses Prinzip, dass „in einer solidarischen privaten Krankenversicherung [...] der arme Behinderte weniger Beitrag zahlen [würde] als der einkommensstarke Gesunde“²¹⁵.

Letztlich fänden sich dann alle Krankenversicherungen unter dem Schirm einer Bürgerversicherung wieder, ohne zu einer Einheitskasse zu werden, womit weiterhin ein Wettbewerb und eine unterschiedliche Angebotsgestaltung möglich wären. Bisher wurde davon ausgegangen, dass vor allem die gesetzlichen Krankenversicherungen von dieser Art der Bürgerversicherung profitieren würden. Dennoch gibt es auch für die privaten Krankenversicherungen bzw. die Privatversicherten Vorteile, indem beispielsweise durch den Zusammenschluss der Krankenversicherungen in einer Bürgerversicherung neue Mitglieder in der privaten Krankenversicherung durch eine Umlage abgesichert wären.²¹⁶ Gleichzeitig wäre die private Krankenversicherung durch den Risikostrukturausgleich gegen eine übermäßige Zuwanderung von Versicherten mit schlechtem Risikostatus und damit vor einer Finanzeinbuße geschützt.²¹⁷ „Die Unternehmen der PKV würden also in einer Bürgerversicherung überleben, nicht aber das Prinzip kapitalgedeckter risikoabhängiger Prämien ohne Solidarität“²¹⁸, wohingegen das bereits vorhandene Kapital der privaten Krankenversicherung nicht in die Bürger-

²¹³ Vgl. Lauterbach, 2004: S.11

²¹⁴ Vgl. Lauterbach, 2004: S.11

²¹⁵ Lauterbach, 2004: S.12

²¹⁶ Vgl. Lauterbach, 2004: S.12

²¹⁷ Vgl. Lauterbach, 2004: S.12f.

²¹⁸ Lauterbach, 2004: S.12

versicherung einfließen würde.²¹⁹ Die Frage, inwieweit eine durch die Bürgerversicherung unterbundene Kapitalsteigerung, mit welcher auch die demographische Entwicklung der Überalterung der Versicherten aufgefangen werden sollte, künftig zu negativen Auswirkungen führt, ist nach Lauterbach aktuell eher ein Problem der Bürgerversicherung im Kontext der Pflegeversicherung und weniger der Krankenversicherungen.²²⁰ Dennoch zeigt sich auch eine enge Verzahnung von Kranken- und Pflegeversicherung, wenn davon ausgegangen wird, dass eine Zunahme der Kapitaldeckung in der Rentenversicherung zu einem Vorteil im Krankenversicherungssystem führt.²²¹ Eine Optimierung des Pflegeversicherungssystems kann demnach über die Implementierung einer kapitalunterstützten Bürgerversicherung auch zu einer signifikanten Besserung im Krankenversicherungssystem führen.²²² Vor allem würde damit den negativen Konsequenzen einer kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung vorgebeugt werden, die nach Lauterbach in der Praxis nicht effizient funktionierte.²²³ Zumal das System der Kapitaldeckung, was umso besser funktioniert je höher Einkommen und Kapital der Versicherten sind, in der privaten Krankenversicherung eine signifikante und stetige Beitragserhöhung nicht aufhalten konnte.²²⁴ Grund dafür war die durch die höhere Risikoselektion hervorgerufene Zunahme an Personal- und Verwaltungskosten im Bereich der privaten Krankenversicherungen. Des Weiteren konnte durch die Kapitaldeckung nicht die angestrebte demographische Kapitalreserve aufgebaut werden.²²⁵ Lauterbach bezeichnet das derzeit bestehende System der Kapitaldeckung in den privaten Krankenversicherungen als „unsolidarisch, bürokratisch und wenig effizient“²²⁶. Die gleichzeitig bestehende Mitgliederbindung in den privaten Krankenkassen, die durch einen erschwerten und mitunter unmöglichen Wechsel älterer Privatkrankenversicherter in die gesetzliche Krankenversicherung und durch einen Verlust der Altersrückstellung bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherungen bedingt wird, setzt die initial angepriesene hohe Wettbewerbsfähigkeit der privaten Krankenkassen herab.²²⁷ Somit würde die Einbindung der privaten Krankenversicherungen in eine Bürgerversicherung die Wettbewerbsfähigkeit der privaten Krankenkassen signifikant erhöhen, während Wechsel der Versicherten deutlich erleichtert würden. Gleich ob der Versicherte zu einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung wechseln würde.

²¹⁹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.12f.

²²⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.12f.

²²¹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.12

²²² Vgl. Lauterbach, 2004: S.12f.

²²³ Vgl. Lauterbach, 2004: S.12f.

²²⁴ Vgl. Lauterbach, 2004: S.13

²²⁵ Vgl. Lauterbach, 2004: S.13

²²⁶ Lauterbach, 2004: S.13

²²⁷ Vgl. Lauterbach, 2004: S.13

Insgesamt kann, wenn das System der Bürgerversicherung nicht als Einheitskasse sondern als Zusammenschluss der gesetzlichen und privaten Krankenkassen gesehen wird, die Bürgerversicherung als effizient sowohl für die einzelnen Krankenkassen als auch für die Versicherten bewertet werden. Das Problem besteht, wie schon 2004, in der Ablehnung einer solchen Bürgerversicherung durch die privaten Krankenversicherungen, die trotz nachweisbarer Defizite und unter Inkaufnahme einer sinkenden Wettbewerbsfähigkeit am konservativen Prinzip der Kapitaldeckung festhalten.²²⁸

Dabei würden sich bei einer strukturierten Einführung einer Bürgerversicherung Neuerungen für die privaten Krankenversicherungen vor allem für Neuversicherte ergeben. Alle bereits Privatversicherten würden entsprechend dem bisherigen System ihre Beiträge entsprechend ihres Risikoprofils und nicht entsprechend des Einkommens leisten. Es wäre folglich möglich, die Bürgerversicherung einzuführen ohne die bestehenden Systeme *ad hoc* umwälzen zu müssen. Das betrifft auch die Einnahmen aus Miet-, Zins- und Kapitaleinkünften, die im Rahmen der Bürgerversicherung von den Finanzämtern verbeitragt und mit Hilfe des Risikostrukturausgleichs den Krankenkassen zugeführt werden würden.²²⁹ Zudem käme es mit der Einführung der Bürgerversicherung zu einer Minimierung des bürokratischen Aufwands, indem alle neu zu versichernden Personen direkt in die Bürgerversicherung aufgenommen werden würden.²³⁰ Trotz der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bliebe bei dieser Form von Bürgerversicherung die Beitragsbemessungsgrenze bestehen.²³¹ Langer et al. gehen jedoch davon aus, dass eine Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland mit einem signifikanten bürokratischen und rechtlichen Aufwand verbunden ist. Vor allem auch aufgrund des für die Privatversicherten bestehenden Bestandsschutzes.²³² Folglich kann die Implementierung einer Bürgerversicherung in Deutschland nur durch über eine stufenweise Einführung und Umstrukturierung im Bereich der privaten Krankenversicherungen erfolgen zu denen neben der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf GKV-Niveau auch neue Finanzierungsmöglichkeiten und Beitragsentlastungen gehören.²³³

Gegenüber der oben dargestellten Bürgerversicherung, die nicht das Prinzip einer Einheitskasse verfolgt, würde eine Bürgerversicherung im Sinn einer Einheitskasse zu einer sogenannten staatlichen Einheitskasse führen. Innerhalb dieses Konzepts käme es zu einem Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze, weswegen die Beiträge der Bürgerversicherung als

²²⁸ Vgl. Lauterbach, 2004: S.13

²²⁹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.14

²³⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.14

²³¹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.14

²³² Vgl. Langer et al., 2006: S.69

²³³ Vgl. Langer et al., 2006: S.68

Steuer erhoben werden würden.²³⁴ Diese Form der Bürgerversicherung ist nicht anzustreben. Gerade auch weil es dadurch neben der Aufhebung der Wettbewerbs- und Wahlfreiheit durch den Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze zu einer ungedeckelten Steigerung der Beiträge kommen würde, die sich mit dem Solidaritätsprinzip nicht mehr vereinbaren ließe.²³⁵

Die Hochrechnung von Lauterbach unter Annahme der Einführung einer Bürgerversicherung im Sinn des Zusammenschlusses der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen ohne Ausbildung einer staatlichen Einheitskasse und unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in Deutschland ergäbe einen Beitragssatz von 15,06 % für das Jahr 2030.²³⁶ Hiermit würde ein Einnahmepplus von 23,7 Milliarden Euro erreicht werden.²³⁷ Eingesflossen in diese Berechnung sind

- die Demographie der deutschen Bevölkerung,
- die Kostenprofile einzelner Altersgruppen,
- eine Beitragsbemessungsgrenze von 5100 Euro,
- die Veränderungen der Grundlöhne,
- Einnahmen aus Miet-, Zins- und Kapitalanlagen bis zur Beitragsbemessungsgrenze und
- der sich ändernde Kreis der Versicherten.²³⁸

Damit kann von einer realistischen Prognose ausgegangen werden, auch wenn die Werte der Diskontierung und der Inflation nicht berücksichtigt wurden.²³⁹

Lauterbach geht sogar davon aus, dass prognostisch bis 2030 der Beitragssatz in der Bürgerversicherung sogar auf unter 15 % gehalten werden kann, wenn die Einführung der oben beschriebenen Bürgerversicherung mit einer Strukturreform und damit einer ausreichenden Wettbewerbsstruktur einhergeht.²⁴⁰

In ihrer Studie aus dem Jahr 2006 wiesen Langer et al. diese Beitragssenkung jedoch eher als ein theoretisches Konstrukt aus, welches zumindest in den simulierten Berechnungsbeispielen nicht die gewünschten langfristigen Vorteile in der Praxis nach sich ziehen würde.²⁴¹ Zudem scheinen die Effekte aus der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland von der Art der Umsetzung abhängig zu sein, wobei eine stufenweise Einführung der Bürgerversicherung signifikant bessere Ergebnisse erzielen würde, als eine sofortige Umset-

²³⁴ Vgl. Lauterbach, 2004: S.14

²³⁵ Vgl. Lauterbach, 2004: S.14f.

²³⁶ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15

²³⁷ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15

²³⁸ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15

²³⁹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15

²⁴⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.16

²⁴¹ Vgl. Langer et al., 2006: S.63ff.

zung.²⁴² In einer darauf aufbauenden Hochrechnung, welche auch die Zunahme an medizinischem Fortschritt und die jährliche Zunahme an Ausgaben berücksichtigte, ergab sich bis zum Jahr 2050 ein Anstieg des Beitragssatzes auf 23,8 %.²⁴³ Auch wenn die Daten von Lauterbach und Langer deutlich auseinanderliegen, folgen sie einem ähnlichen Trend. Auch die Berechnungen von Langer et al. ergaben einen signifikant niedrigeren Beitragssatz unter Einführung der Bürgerversicherung als ohne Bürgerversicherung in Deutschland.²⁴⁴ Ohne die Umsetzung der Bürgerversicherung betrüge rein statistisch der Beitragssatz im Jahr 2050 26,7 %.²⁴⁵ Die unterschiedlichen Endpunkte der beiden Studien von Lauterbach und Langer ergeben sich aus den Überlegungen zu einer schrittweisen oder sofortigen Einführung der Bürgerversicherung.²⁴⁶ Durch die sofortige Umsetzung der Bürgerversicherung wie von Lauterbach beschrieben²⁴⁷, wäre diese bis zum Jahr 2030 vollständig implementiert. In dem stufenweisen Einführungsprozess, wie von Langer beschrieben, würde es bis zum Jahr 2050 dauern bis eine Bürgerversicherung vollständig implementiert wäre.²⁴⁸

²⁴² Vgl. Langer et al., 2006: S.62ff.

²⁴³ Vgl. Langer et al., 2006: S.68

²⁴⁴ Vgl. Langer et al., 2006: S.66

²⁴⁵ Vgl. Langer et al., 2006: S.66

²⁴⁶ Vgl. Langer et al., 2006: S.67f.

²⁴⁷ Vgl. Lauterbach, 2004: S.15ff.

²⁴⁸ Vgl. Langer et al., 2006: S.68

6 Fazit

Ogleich das deutsche Krankenkassensystem im internationalen Vergleich kontrovers bewertet wird, scheint es insgesamt und unter Betrachtung der hier ausgewerteten Daten seine Berechtigung zu haben. Vor allem machen die unterschiedlichen Krankenkassensysteme einerseits und die unterschiedlich aufgebauten Sozialversicherungssysteme andererseits es nahezu unmöglich Krankenkassensysteme verschiedener Länder miteinander zu vergleichen. Forciert wird diese Vergleichsunmöglichkeit durch die hohe Dynamik verbunden mit zahlreichen Veränderungen innerhalb der Krankenkassensysteme einzelner Länder sowohl im europäischen als auch im internationalen Raum. Die lange Geschichte des deutschen Krankenkassensystems, im Zuge derer es eine Vorläuferrolle auch in den anderen europäischen Ländern eingenommen hat, spricht zumindest aus Sicht einer stabilen Funktionalität für die Effizienz des deutschen Krankenversicherungssystems. Dennoch bestehen zahlreiche Probleme und Defizite, die sich insbesondere in der wirtschaftlichen Situation der deutschen Krankenkassen widerspiegeln. Hier sind endgültige Lösungskonzepte sowohl in den privaten als auch in den gesetzlichen Krankenkassen noch nicht vorliegend. Obwohl die wirtschaftlichen Probleme der gesetzlichen Krankenkassen deutlich stärker ausgeprägt sind als die der privaten Krankenkassen, was sich in deren spezifischen Ausformungen begründet.

Aufgrund der Schwachstellen des dualen Systems in der deutschen Krankenversicherungslandschaft, welche durch die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen bestimmt und zu einer Ungleichverteilung der medizinischen Versorgung zwischen Gesetzlich- und Privatversicherten führt, bedarf es neuer Strukturen, um sowohl eine medizinisch optimale als auch eine wirtschaftlich effiziente und tragbare Behandlung garantieren zu können. Hier bietet die Bürgerversicherung, die nicht auf dem Prinzip der staatlichen Einheitskrankenkasse agiert, eine wirtschaftlich, medizinisch und sozioökonomisch effiziente Lösung, die sich am solidarischen Prinzip orientiert. Darüber hinaus ist sie mit einer Steigerung der Qualität der medizinischen Leistungen ebenso assoziiert wie mit einer steigenden Nachhaltigkeit, während die Monopolstellungen minimiert und der Wettbewerb forciert werden könnte.²⁴⁹ Alle an diesem System Beteiligten würden profitieren. Die Versicherungen profitieren durch eine Verbesserung der Wettbewerbsstrukturen und eine Optimierung ihrer wirtschaftlichen Situation, die hochqualifizierten Mediziner durch einen bedarfsgerechten Einsatz und die Versicherten durch den Wegfall der ineffizienten Überversorgung, dem Wegfall der Risikoselektion und der Erhöhung der Chancengleichheit sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der Wahl der Krankenkasse.²⁵⁰ Darüber hinaus wirkt sich die Implementierung einer

²⁴⁹ Vgl. Lauterbach, 2004: S.19

²⁵⁰ Vgl. Lauterbach, 2004: S.19f.

Bürgerversicherung, wie im vorangegangenen Kapitel ausführlich dargestellt wurde, positiv auf die sozioökonomische und wirtschaftliche Situation der Versicherten aus.²⁵¹ Begünstigt durch eine schrittweise Einführung der Bürgerversicherung in Deutschland.²⁵² Denn auch wenn die Beitragssätze in den kommenden Jahrzehnten ansteigen werden, so blieben die Beitragssätze einer Bürgerversicherung deutlich unter den Beitragssätzen des aktuellen dualen Systems.²⁵³ Aufgrund der langen Zeitspanne bis zur vollständigen Umsetzung einer Bürgerversicherung in Deutschland, unabhängig davon, ob sie als Stufen- oder *Ad-hoc*-Prozess vorangetrieben wird, bedarf es neben dem Konzept der Bürgerversicherung zusätzlicher Finanzierungskonzepte, die in die Beitragsbemessung einfließen müssen und beispielsweise Kapitaleinkommen integrieren.²⁵⁴ Natürlich muss auch hier die Kapitalmobilität aufgrund der zunehmenden Globalisierung berücksichtigt werden.²⁵⁵

„Die Variante einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ohne Ausweitung des Versichertenkreises hätte zwar den Vorteil der sofortigen Umsetzbarkeit sowie eines nicht unbeachtlichen Entlastungseffekts, allerdings würde sie die durch die Existenz der Versicherungspflichtgrenze hervorgerufenen Probleme nicht lösen können“²⁵⁶.

Im Kontext der Zufriedenheit der Versicherten scheinen derartige Maßnahmen von den Versicherten akzeptiert und getragen zu werden. Insbesondere da die Daten zur Erhebung der Zufriedenheit der gesetzlich Versicherten verdeutlichen, dass Beitragserhöhungen und Zusatzkosten nur bedingt die Zufriedenheit und damit den Krankenkassenwechsel beeinflussen. Hier stehen vielmehr Faktoren wie Serviceangebote und das Angebot medizinischer Zusatzleistungen im Fokus, die über die Zufriedenheit und den Verbleib der Versicherten in den jeweiligen Krankenkassen entscheiden. Wohlwissend, dass es anhand der Umfragedaten aus den Literaturquellen nur eine bedingte Korrelation zwischen Zufriedenheit und Wechselbereitschaft der Versicherten gibt.

Folglich bedarf es neuer Strukturen im deutschen Krankenkassensystem, die auf verschiedenen Ebenen angegangen und so vor allem die Wirtschaftlichkeit des Krankenkassensystems verbessern könnten. Ein optimales Lösungskonzept für die deutsche Krankenkassenslandschaft existiert aktuell jedoch nicht. Und auch Überlegungen wie die der Bürgerversicherung sind aktuell zu wenig vorangeschritten, um sie bereits in die Praxis übernehmen zu können. Zumal zahlreiche Fragen, die vor dem Hintergrund einer Bürgerversicherung auftreten, bisher nicht einstimmig geklärt werden konnten. So stellt sich die Frage, ob es in der Tat

²⁵¹ Vgl. Langer et al., 2006: S.56

²⁵² Vgl. Langer et al., 2006: S.57

²⁵³ Vgl. Langer et al., 2006: S.57

²⁵⁴ Vgl. Langer et al., 2006: S.57f.

²⁵⁵ Vgl. Langer et al., 2006: S.69f.

²⁵⁶ Langer et al., 2006: S.70

einer Bürgerversicherung in Deutschland zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Effizienz des deutschen Krankenkassensystems bedarf oder ob sich nicht Veränderungen in einzelnen Bereichen, die nicht zu einer kompletten Umstrukturierung des Krankenkassensystems führen, ebenso effizient auf die Wirtschaftlichkeit auswirken könnten. Dies zu klären ist künftigen Studien aus den verschiedenen politischen, wirtschaftlichen und ethischen Fachrichtungen vorbehalten.

Literaturverzeichnis

Atteslander, P. (2010). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Beck, U. (1986). Die Risikogesellschaft. Frankfurt / Main: Verlag Suhrkamp.

Bestmann, B., Verheyen, F. (2010). Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. *winewissen* 1: 6-21.

Bundesärztekammer (2007). Bekanntmachungen: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Zusammenfassung - (September 2007). *Deutsches Ärzteblatt* 104(40):A-2750 / B-2430 / C-2358.

Bundesministerium für Gesundheit (2014). Zahlenbericht: Daten des Gesundheitswesens S.7-8

Carlsson, J. (2009). Praxis der Priorisierung am Beispiel der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*. 103: 92-98.

Diederich, A., Schreier, M. (2009). Kriterien der Priorisierung aus gesellschaftlicher Sicht. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*. 103: 111-116.

DISQ (2015). Kundenbefragung Gesetzliche Krankenkassen (22.05.2015). <http://disq.de/2015/20150522-GKV.html> (Zugriffsdatum 01.11.2015).

DISQ (2014). Studie Gesetzliche Krankenkassen (24.07.2014). <http://disq.de/2014/20140724-Gesetzliche-Krankenkassen.html> (Zugriffsdatum 01.11.2015).

Dixon, A. & Mossialos, E. (2002). Health care systems in eight countries: trends and challenges. Prepared by the European Observatory on Health Care Systems. Eigenverlag: London.

Eichenhofer, E. (2012). Ersatzkassen und ihre Verbände in der deutschen Sozialgeschichte. *ZSR* 58(4): 481-493.

Frevert, U. (1981). Arbeiterkrankheit und Arbeiterkrankenkassen im Industrialisierungsprozess Preußens (1840-1870). In: Conze, W., Engelhardt, U. (Hrsg.). *Arbeiterexistenz im 19. Jahrhundert*. Stuttgart: Verlag Klett Cotta. S. 293-319.

Greß, S. Heberlein, I., Heinemann, S., Niebuhr, D. (2011). Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *pg-papers* 1: 7-36.

Jacobs, K., Schulze, S. (2004). Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre. *GGW*. 4: 7-18.

Kallweit, M., Kohlmeier, A. (2014). Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklungsoptionen und ihre finanziellen sowie allokativen Aspekte. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. 234(4): 490-517.

Langer, B.; Mamberer, F.; Pfaff, A.B. & Rindsfüßer, C. (2006). Beitragssatzwirkungen einer schrittweisen Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland. *ZSR*. 52(1): 53-72.

Langer, B.; Pfaff, A.B.; Wasem, J.; Rothgang, H. & Greß, S. (2005). „Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfprämiensystems in der Schweiz“. In: Greß, S.; Pfaff, A.B. & Wagner G.G. (Hrsg.). *Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie*. Eigenverlag: Düsseldorf. S. 187-208.

Lauterbach, K.W.; Lungen, M.; Stollenwerk, B.; Gerber, A. & Klever-Deichert, G. (2005). Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. *Sozialwissenschaftlicher Informationsdienst soFid. Gesundheitsforschung*. 2: 11-31.

Lauterbach, K. (2004). Die Bürgerversicherung. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid. Gesundheitsforschung*. 2: 11-20.

Leienbach, V. (2015). Der Patient im Mittelpunkt. *PKV publik*. 6: 4-15.

Mossialos, E. & McKnee, M. (2002). Health care and the European union. *BMJ*,

324(7344): 991-992.

Postler, A. (2010). Gesundheitspolitik – Grundrisse einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. *ORDO*. 61: 267-285.

Rothmund, M. (1997). Die Stellung der klinischen Forschung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Dtsch. Med, Wschr*. 122: 1358-1362.

Rudolf, P. (2013). Gesundheitsförderung macht GKV-Versicherte zufrieden. *versicherungsmagazin* vom 26.02.2013. <http://www.versicherungsmagazin.de/Aktuell/Nachrichten/195/20337/Gesundheitsfoerderung-macht-GKV-Versicherte-zufrieden.html> (Zugriffsdatum: 30.10.2015).

Statistisches Bundesamt (2015). Gesetzliche Krankenversicherung. In: Statistisches Bundesamt (2015). *Gender Datenreport*. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/7-Soziale-sicherung/7-7-Frauen-und-maenner-in-der-kranken-und-in-der-pflegeversicherung/7-7-1-gesetzliche-krankenversicherung.html> (Zugriffsdatum: 30.10.2015).

Statistisches Bundesamt (2014). Amtliche Statistik KM 1 Dezember 2014. Zahlenbericht der PKV 2014

Stolleis, M. (2001). Sozialpolitik in Deutschland bis 1945. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung / Bundearchiv (Hrsg.). Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 1. Baden-Baden: Verlag Nomos. S. 199-332.

Szabados, T. (2009). Krankenhäuser als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung. 1. Auflage. MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Verlag Axel Springer: Heidelberg.

Tennstedt, F. (1981). Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

vdek (2012). 100 Jahre vdek. Berlin: Verband der Ersatzkrankenkassen e.V.

Welti, F. (2009). Rechtliche Rahmebedingungen von Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 103:104-110.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Martin Konkolewski