

Arbeitspapier **284**

Robert Paquet

**Auswirkungen der
Bürgerversicherung auf die
Beschäftigung in der
gesetzlichen und der privaten
Krankenversicherung**

Arbeitspapier 284

Robert Paquet

**Auswirkungen der Bürgerversicherung
auf die Beschäftigung in der gesetzlichen
und der privaten Krankenversicherung**

Dr. Robert Paquet (1953) ist freier Journalist und Berater im Gesundheitswesen. Seit 2008 ist er Mitglied der Redaktion des gesundheitspolitischen Informationsdienstes „gid“. Bis Mitte 2008 leitete er das Berliner Büros des BKK Bundesverbandes. Von 1994 bis 1999 war er Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Niedersachsen. Weitere berufliche Stationen waren: Referent für Gesundheitspolitik bei der SPD-Bundestagsfraktion, Projektleiter im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung IGES (Berlin), wissenschaftlicher Assistent im Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin, Promotion zum Dr. rer. pol. bei Prof. Winfried Schmähl. Studium der Soziologie und Volkswirtschaftslehre.

Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon (02 11) 77 78-194
Fax (02 11) 77 78-283
E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de
Redaktion: Dorothea Voss, Leiterin des Referats 4 der Forschungsförderung
Best.-Nr.: 11284
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Düsseldorf, Juni 2013

Inhaltsverzeichnis

Kurztext	5
Vorwort.....	6
Zusammenfassung	8
Einleitung	11
Erstes Kapitel: Die politischen Modelle der Bürgerversicherung	14
1.1 DIE LINKE	16
1.2 Bündnis 90/Die Grünen	18
1.3 DGB-Reform-Kommission	22
1.4 SPD	25
1.5 Zusammenfassung	29
Zweites Kapitel: Die Arbeitsmärkte in GKV und PKV	34
2.1 Der Arbeitsmarkt der GKV	35
2.1.1 Die gesetzlichen Krankenkassen	35
2.1.2 Die Beschäftigten der GKV	36
2.1.3 Vergütung	40
2.1.4 Qualifikation.....	40
2.1.5 Geschäftsprozesse in der GKV	41
2.1.6 Regionale Schwerpunkte.....	46
2.1.7 Arbeitsplatzsicherheit	47
2.2 Der Arbeitsmarkt der PKV	47
2.2.1 Die privaten Versicherungsunternehmen	48
2.2.2 Die Beschäftigten der PKV bzw. der Versicherungswirtschaft	52
2.2.3 Vergütung	56
2.2.4 Qualifikation.....	56
2.2.5 Geschäftsprozesse in der PKV	57
2.2.6 Regionale Schwerpunkte.....	59
2.2.7 Arbeitsplatzsicherheit	60
2.2.8 Weitere Betroffene	60
Drittes Kapitel: Zwei arbeitsmarktrelevante Entscheidungssituationen	62
3.1 Entscheidung einzelner Personen zwischen PKV und Bürgerversicherung.....	62
3.1.1 Sozialstruktur der PKV-Mitglieder	63
3.1.2 Anreizkomplex I: Individuelle Vorteilsabwägung.....	64
3.1.3 Anreizkomplex II: grundsätzliche ökonomische Perspektive der PKV	65
3.1.4 Anreizkomplex III: psychologische Faktoren und Effekte der öffentlichen Diskussion.....	66

3.1.5	Anreizkomplex IV: Aspekte der Leistungsseite bzw. der medizinischen Versorgung	67
3.1.6	Anreizkomplex V: Weitere politisch-rechtliche Rahmenbedingungen	68
3.1.7	Zusammenfassung	70
3.2	Entscheidungssituation der PKV-Unternehmen für die Beteiligung an der Bürgerversicherung.....	71
3.2.1	Motivationskomplex I: Gewinnerzielung	72
3.2.2	Motivationskomplex II: Marktpräsenz und Einfluss auf die Bürgerversicherung	72
3.2.3	Motivationskomplex III: Kooperation und Konvergenz mit der GKV/BV	74
3.2.4	Motivationskomplex IV: Ausbau des Geschäfts mit Zusatzversicherungen	75
3.2.5	Motivationskomplex V: Beschäftigungssicherung	76
3.2.6	Zusammenfassung	76
Viertes Kapitel: „Konvergenz“ von GKV und PKV ?		78
4.1	Einstieg der PKV in das „Geschäftsmodell“ der Bürgerversicherung?	78
4.2	Konvergenz und Divergenz von GKV und PKV?	82
4.2.1	Vergütung	82
4.2.2	Qualifikation.....	83
4.2.3	Zusammenfassung	85
4.3	Fragen zur Rechtsform der GKV bzw. Bürgerversicherung.....	85
4.4	Zusammenfassung	87
Fünftes Kapitel: Schlussfolgerungen für die Arbeitsmärkte und weiterführende Überlegungen		89
5.1	Vorbemerkung	89
5.2	Konsequenzen der vorliegenden Bürgerversicherungsmodelle	91
5.2.1	Betroffenheit der PKV	91
5.2.2	Betroffenheit der GKV.....	93
5.2.3	Sonderproblem: Beihilfetarif in der Bürgerversicherung?	94
5.2.4	Sonderproblem: Stellenwert von Zusatzversicherungen.....	95
5.2.5	Sonderproblem: Konvergenz der Gebührenordnungen	97
5.3	Zeitlich gestreckte Einführung der Bürgerversicherung	100
5.4	Flankierende Maßnahmen für GKV und PKV	101
5.5	Zielkonflikte und Widersprüche	103
Über die Hans-Böckler-Stiftung		105

Kurztext

Politisch relevante Kräfte (Parteien und Gewerkschaften) streben an, die deutsche Kranken- und Pflegeversicherung in eine „Bürgerversicherung“ umzuwandeln. Die jeweiligen Konzepte unterscheiden sich in wichtigen Punkten, sind aber nicht detailliert ausformuliert. Insbesondere fehlt ein „Transformationskonzept“ vom Status Quo zum angestrebten Modell. Das erschwert Aussagen über die Arbeitsplatzeffekte. Einige Konzepte verweisen jedoch explizit auf die Beschäftigten in der Krankenversicherung und betonen die Notwendigkeit, auf deren Interessen Rücksicht zu nehmen.

Nimmt man die gegenwärtig vorliegenden politischen Konzepte beim Wort, gehen sie alle ab einem Stichtag von einem Stopp der Neuzugänge zur privaten Krankenversicherung (PKV) aus. Das würde im Extremfall zum Verlust von fast der Hälfte der auf die Vollversicherung bezogenen Arbeitsplätze in der PKV führen. Außerdem würden viele selbständige Versicherungsvermittler ihre Erwerbsmöglichkeit verlieren. Kompensationsmöglichkeiten durch die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts sind nicht ersichtlich. Schon heute macht die Zusatzversicherung nur etwa ein Fünftel des Geschäftsvolumens der PKV aus. Ersatz-Arbeitsplätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nicht unmittelbar zu erwarten, weil die Krankenkassen einen allmählichen Mitgliederzuwachs ohne zusätzliches Personal verkraften würden.

Von wesentlicher Bedeutung für das Schicksal der übrigen Arbeitsplätze in der PKV ist – soweit diese Wahlmöglichkeit politisch vorgesehen ist –, in welchem Ausmaß sich die PKV-Versicherten für einen Verbleib in der PKV oder für den Übergang zur Bürgerversicherung entscheiden. Allerdings spricht im Rahmen der vorliegenden Konzepte wenig für den Verbleib in der PKV-Vollversicherung, die durch die Bürgerversicherung zum „Auslaufmodell“ erklärt wird. Auch für die in zwei Konzepten eingeräumte Möglichkeit, dass PKV-Unternehmen selbst „die Bürgerversicherung“ anbieten können, lassen sich keine tragfähigen Motive und für die Unternehmen keine realistischen Erfolgsaussichten erkennen. Insofern wären nach diesen Konzepten auch die übrigen an der PKV-Vollversicherung hängenden Arbeitsplätze gefährdet.

Von zentraler Bedeutung für die Arbeitsplatzeffekte ist dabei die Zeitdimension bzw. die Moderation der genannten Wirkungen durch einen möglichen Stufenplan für die Einführung der Bürgerversicherung.

Für die Beschäftigung in den bisherigen GKV-Kassen würde die Einführung der Bürgerversicherung keine grundsätzliche Änderung mit sich bringen. Allerdings würde die Integration der typischen PKV-Versicherten zu nicht unerheblicher Mehrarbeit führen. Das könnte einen gewissen zusätzlichen Bedarf an Personal auslösen, den die bisherigen GKV-Kassen mit ehemaligen PKV-Mitarbeitern decken könnten. Aufgrund der Unterschiede in Qualifikation und beruflicher Erfahrung dürfte deren Einbeziehung jedoch einen größeren Umschulungsaufwand erfordern.

Vorwort

Die Frage nach den Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung (GKV und PKV) erschien zunächst einfacher als sie sich im Laufe der Bearbeitung erwies. Zum Beispiel zeigen die in Frage kommenden politischen Konzepte zu dieser Reform bei näherer Betrachtung überraschend viele Unterschiede. Im Hinblick auf die Arbeitsplatzeffekte ergeben sich somit viele Einflussgrößen, die in einem komplexen und mehrdimensionalen Wirkungszusammenhang stehen. Außerdem waren die Beschäftigtenzahlen von GKV und PKV in der nötigen Differenzierung nicht ohne weiteres greifbar.

Als größte Schwierigkeit stellte sich jedoch heraus, dass das Nachdenken über eine konkrete Umsetzung der politischen Absichten unvermeidlich auf Lücken und Widersprüche der Bürgerversicherungskonzepte verwies. Das betrifft etwa die grundsätzliche Frage, ob die künftige Bürgerversicherung ohne weiteres als Fortsetzung der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung gedacht werden kann und welcher Stellenwert der privaten Krankenversicherung in einem künftigen einheitlichen Versicherungsmarkt zukommen soll. Zu diesem Fragenkomplex werden im Schlusskapitel am Beispiel der Zusatzversicherungen einige Überlegungen vorgetragen. Dabei drängt sich der Gedanke auf, ob nicht gerade dieses Verhältnis beider Systeme zum Ausgangspunkt der Überlegungen auch zur Arbeitsmarktwirkung der Bürgerversicherung gemacht werden müsste. Der Autor vermutet, dass man auf diesem Weg zu einer modifizierten Konzeption der Bürgerversicherung kommen könnte, bei der sich auch die Arbeitsplatz-Perspektiven für die private Krankenversicherung weniger dunkel darstellen würden.

Das ist aber Spekulation. Bei dieser Studie – mit sehr begrenzten Mitteln und kurzer Bearbeitungszeit – musste der Autor die politischen Konzepte „beim Wort“ nehmen. Das führt bei der Darstellung der Arbeitsmarktwirkungen immer wieder zu *ceteris paribus* Prognosen, die willkürlich erscheinen und möglicherweise die Reaktion auslösen: „So kommt es doch sowieso nicht!“. Aber auch wenn es tatsächlich so nicht kommt, kann die Frage der Studie nur in dem Rahmen bearbeitet werden, den die politischen Konzepte abgesteckt haben.

Zur Kernfrage des Berichts ergeben sich – trotz dieser Schwierigkeiten – relativ klare Antworten. Dabei konnten u.a. die charakteristischen Geschäftsprozesse beider Krankenversicherungs-Systeme herausgearbeitet werden; für die GKV und partiell für die PKV konnte auch eine Zuordnung der Beschäftigten zu diesen Prozessen vorgenommen werden.

Bei einigen Fragen kommt man um Wahrscheinlichkeitsaussagen und Einschätzungen nicht herum, die über die dokumentierten Fakten hinausgehen. Der Autor war für diese Expertise aber auch als Experte der Krankenversicherung gefragt und sollte auf seine Erfahrungen zurückgreifen. Der unterschiedliche Charakter der betreffenden Aussagen wurde jeweils kenntlich gemacht.

Das Ergebnis der Studie ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Das Spannungsverhältnis war jedoch bereits in der Fragestellung der Studie angelegt: Die Forderung nach Einführung der Bürgerversicherung – so wie sie jedenfalls bisher beschrieben ist – und das Anliegen, die Arbeitsplätze in der PKV zu erhalten, ist und bleibt widersprüchlich.

Man kann daher auch nicht einen einfachen Katalog von Faktoren aufstellen, die ggf. zu einer günstigeren Arbeitsmarktprognose führen würden. Dazu ist das Wirkungsgefüge im gesamten Projekt der Bürgerversicherung zu komplex. Man kann jedoch klar den Zeitfaktor als zentrales Instrument zur Moderation der Widersprüche identifizieren. Für die Zeit gilt jedoch das gleiche wie für andere „Stellschrauben“, die die Arbeitsplatzeffekte beeinflussen würden: Sie reiben sich mit grundlegenden Wertvorstellungen der Bürgerversicherungskonzepte, zu denen auch die möglichst schnelle Herstellung eines einheitlichen Versicherungssystems gehört.

Der Autor hat zu danken für Informationen, Fachgespräche und vielfältige Anregungen: Martin Albrecht, Ulrike Baum, Josef Beutelmann und seinem Team, Rebecca Gonser, Klaus Jacobs, Wolfgang König und seinen Mitarbeitern, Ruth Rumke, Klaus Preiser, Wilhelm F. Schröder, Theo van Stiphout, Christoph Straub, Johannes Vöcking, Susanna Weineck und Michael Weller.

Besonderer Dank gebührt den Vorständen und Mitarbeitern der Kassen der GKV, die mir vertrauliche Informationen zu ihren Stellenplänen und Geschäftsprozessen zugänglich gemacht haben.

Zu danken ist schließlich Florian Blank und besonders Dorothea Voss, die die Studie bei der Hans-Böckler-Stiftung begleitet und mit wertvollen Anregungen zur Darstellung bereichert haben.

Robert Paquet, im April 2013

Zusammenfassung

Die vorliegenden Konzepte zur Einführung einer Bürgerversicherung (von SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE und der Reformkommission des DGB) unterscheiden sich in vielen für die Arbeitsmärkte der GKV und PKV relevanten Details. Dabei fehlt in allen Konzepten ein ausgearbeitetes „Transformationskonzept“ vom Status Quo zum angestrebten Modell. Daher gibt es keinen eindeutigen „Fahrplan“ zur Bestimmung der jeweiligen Arbeitsplatzeffekte.

Alle Varianten gehen jedoch von einem sofortigen Stopp der Neuzugänge zur privaten Krankenversicherung (PKV) aus. Darüber hinaus gibt es zur Zukunft der PKV einerseits den Hinweis, sie könne auch „die Bürgerversicherung anbieten“. Andererseits soll sie die Bestandsversicherten weiterführen, soweit sich diese nicht für die Wahl der Bürgerversicherung entscheiden. Beide Regelungen hätten signifikante Auswirkungen für die Beschäftigung in beiden Systemen.

Die Arbeitsmärkte von GKV und PKV unterscheiden sich erheblich. Die GKV organisiert mit rund 100.000 Vollbeschäftigungs-Einheiten die Krankenversicherung für über 70 Millionen Versicherte. Selbst wenn man die Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Apotheken-Abrechnungsstellen hinzuzählt, kommt man auf maximal 150.000 Beschäftigte im Dienst der GKV.

Zur PKV mit fast 9 Millionen Versicherten gehören rund 60.000 sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigte und jedenfalls anteilig zehntausend und mehr selbständige Versicherungsvermittler. Dabei macht das Zusatzversicherungsgeschäft nur rund ein Fünftel des Prämienvolumens aus, gilt als wenig rentabel und hat seit Jahren eine geringere Dynamik als der Umsatz der Vollversicherungen.

Ein Vergleich der typischen Geschäftsprozesse in GKV und PKV zeigt nur eine partielle Übereinstimmung. Die GKV-Mitarbeiter kümmern sich schwerpunktmäßig um steuerbare Leistungsprozesse; die Personalverteilung im Leistungsbereich weicht daher erheblich von der Verteilung der GKV-Leistungskosten ab. Die Finanzierungsseite ist bei der GKV vom Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags geprägt. Das Quellenabzugsverfahren und die Betreuung der „Arbeitgeberkunden“ sind Aufgaben, die in der PKV nicht vorkommen. Die PKV ist dagegen vor allem akquisitionorientiert: Rund die Hälfte des Personals dient dem Neugeschäft; die „Abschlusskosten“ betragen über zwei Drittel der gesamten PKV-Verwaltungskosten.

Das Sachleistungs- und das Kostenerstattungsprinzip prägen die jeweiligen Versicherungszweige. In der GKV werden z.B. die ärztlichen Leistungen und die Arzneimittel gebündelt und en bloc abgerechnet; in der PKV wird jede Position auf der Arztrechnung und jedes Rezept betrachtet und im Hinblick auf die Leistungspflicht nach den vielfältigen Tarifen geprüft. Rund ein Viertel der PKV-Mitarbeiter ist in der Schadensregulierung mit diesen Arbeiten beschäftigt.

Beim Übergang der PKV-Versicherten in eine (der heutigen GKV nachgebildete) Bürgerversicherung ergibt sich ein personalrelevanter Mehraufwand: So würde einerseits der Zuwachs von Selbständigen und anderen „freiwillig Versicherten“ in der GKV zur Individualisierung der Beitragsbestimmung und zum häufigeren Einzug über Einzelkonten führen. Daraus ergibt sich ein erheblicher Mehraufwand im Vergleich zu versicherten Arbeitnehmern. Die Bereitstellung eines mit der Beamten-Beihilfe kompatiblen Tarifs im Rahmen der GKV/Bürgerversicherung wirft andererseits z.B. die Frage auf, ob dieser dem arbeitsintensiven Kostenerstattungsprinzip folgen soll. Immerhin betrifft diese Frage rund die Hälfte der PKV-Versicherten.

Unter dem Gesichtspunkt einer Konvergenz von GKV und PKV muss im Hinblick auf beide Teilarbeitsmärkte festgestellt werden, dass sich das Personal erheblich unterscheidet. Die Qualifikation und die Tätigkeit in der GKV sind verwaltungsorientiert, die in der PKV vor allem auf das Neugeschäft ausgerichtet. Die Einkommen in der GKV sind durchschnittlich für Verwaltungsberufe und den öffentlichen Dienst, die in der Versicherungswirtschaft weit überdurchschnittlich im Verhältnis zu anderen Dienstleistungsbranchen und in erheblichem Ausmaß erfolgsgesteuert. Die jeweilige Unternehmenspolitik erzeugt unterschiedliche Mentalitäten und Rollenbilder.

Der in allen politischen Konzepten vorgesehene Stopp des Neugeschäfts würde die PKV ab einem bestimmten Stichtag zum „Auslaufmodell“ deklarieren. Das würde zum Funktionsverlust von fast der Hälfte der auf die Vollversicherung bezogenen Arbeitskräfte führen. Außerdem würden viele selbständige Versicherungsvermittler ihre Erwerbsmöglichkeit verlieren. Kompensationsmöglichkeiten für diese Arbeitsplatzverluste innerhalb der PKV durch die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts sind nicht ersichtlich. Ersatz-Arbeitsplätze in der GKV sind nur in geringem Ausmaß zu erwarten, weil die Krankenkassen einen allmählichen Mitgliederzuwachs ohne zusätzliches Personal verkraften würden. Das gilt insbesondere unter der Voraussetzung, dass sich der Neuzugang in die Bürgerversicherung relativ gleichmäßig auf die bisherigen GKV-Kassen verteilt.

Von wesentlicher Bedeutung für das Schicksal der übrigen Arbeitsplätze in der PKV ist – soweit diese Option politisch vorgesehen ist –, in welchem Ausmaß sich die Versicherten für einen Verbleib in der PKV oder für den Übergang zur Bürgerversicherung entscheiden. Die mehrdimensionalen Anreize werden für die typischen PKV-Versicherten diskutiert. Im Ergebnis spricht im Rahmen der vorliegenden Konzepte kaum etwas für den Verbleib in der PKV.

Auch für die in zwei Konzepten eingeräumte Möglichkeit, dass PKV-Unternehmen selbst „die Bürgerversicherung anbieten“ können, lassen sich keine tragfähigen Motive und erst recht keine guten Erfolgsaussichten erkennen. Die Bedingungen des „Kaltstarts“ der Bürgerversicherung eines PKV-Unternehmens werden diskutiert. Dabei zeigt sich, dass eine solche Gründung den Kompetenz- und Erfahrungsrückstand der PKV gegenüber den traditionellen GKV-Anbietern praktisch nicht aufholen kann.

Insofern sind auch die übrigen an der PKV-Vollversicherung hängenden Arbeitsplätze in dem Maß und in dem Zeithorizont gefährdet, wie die Versicherten zur Bürgerversicherung abwandern.

Für die Beschäftigung in den bisherigen GKV-Kassen würde die Einführung der Bürgerversicherung keine grundsätzliche Änderung mit sich bringen. Allerdings würde die Integration der typischen PKV-Versicherten zu nicht unerheblicher Mehrarbeit führen. Das könnte einen gewissen zusätzlichen Bedarf an Personal auslösen, den die bisherigen GKV-Kassen mit ehemaligen PKV-Mitarbeitern decken könnten. Aufgrund der Unterschiede in Qualifikation und beruflicher Erfahrung dürfte deren Einbeziehung jedoch einen größeren Umschulungsaufwand erfordern.

Diese drastische Prognose ergibt sich, wenn man von den politischen Konzepten „zum Nennwert“ ausgeht. Das ist zwar erkennbar unrealistisch. Die Entwicklung alternativer Szenarien würde jedoch die Ausarbeitung der fehlenden „Transformationskonzepte“ der Bürgerversicherung voraussetzen. Dieser Schritt kann hier nicht geleistet werden. Im Rahmen dieser Arbeit können zu denkbaren Lösungen nur wenige Andeutungen gemacht werden. Von zentraler Bedeutung für die Arbeitsplatzeffekte ist jedenfalls die Zeitdimension bzw. ein möglicher Stufenplan für die Einführung der Bürgerversicherung.

Im Rahmen eines realistischen Übergangskonzepts müsste die Politik die künftige Rolle der Privaten Krankenversicherung als Ergänzung zur Bürgerversicherung noch einmal grundsätzlich reflektieren. Dabei dürfte auch die Funktionsbestimmung der Bürgerversicherung bzw. der GKV nicht unverändert bleiben. Zu durchdenken wären vor allem drei Problemkomplexe: Der künftige Stellenwert von Zusatzversicherungen, die Zukunft der Beamten-Beihilfe und die Zusammenführung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte mit dem Honorierungssystem der GKV.

Ohne die konzeptionelle Weiterentwicklung der Bürgerversicherungskonzepte in diesem Sinne kann jedenfalls der grundlegende Widerspruch nicht aufgelöst, sondern nur politisch moderiert werden: Was Arbeitsplätze in der PKV erhält, mindert die Attraktivität der Bürgerversicherung und umgekehrt; was die Bürgerversicherung attraktiv macht, kostet Arbeitsplätze in der PKV.

Einleitung

Die SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und die LINKE fordern die Einführung einer Bürgerversicherung. Auch die Reformkommission des Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB) hat sich für diese Reformoption in Kranken- und Pflegeversicherung ausgesprochen. Ziel ist die Etablierung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland. In verschiedenen Gutachten (z.B. IGES¹, Rothgang 2010² etc.) wurden bisher vor allem die finanziellen und sozialpolitischen Auswirkungen der gewünschten Reform ausgelotet. Welche Effekte sie für die Arbeitsmärkte der GKV und der privaten Versicherungswirtschaft hätte, wurde dagegen bisher nicht systematisch untersucht.

In der Diskussion um die „Zukunft des Sozialstaats“ taucht das Personal seiner Einrichtungen „meist nur als abgeleitetes Phänomen auf“³. Oft wird es nur unter dem Gesichtspunkt der „Verwaltungskosten“ erwähnt. „Es ist jedoch unerlässlich, diese Akteure stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken, weil sie für die Qualität des Sozialstaats von zentraler Bedeutung sind. Denn Institutionen allein sind keine Garanten für Wirksamkeit.“⁴ Die Auswirkungen sozialpolitischer Reformen auf die Arbeitsmärkte in der Sozialversicherung und in der privaten Versicherungswirtschaft dürfen daher nicht vernachlässigt werden.

Das Gutachten soll die dafür relevanten Aspekte der politischen Konzepte herausarbeiten. Dabei stellt sich als ein wesentliches Problem heraus, dass in allen Konzepten ein ausgearbeitetes „Transformationskonzept“ vom Status Quo zum angestrebten Modell fehlt. Für den Übergang gibt es nur wenige Hinweise. Die Auswirkungen auf die Beschäftigung in GKV und PKV sind jedoch entscheidend davon abhängig, z.B. welche Zeiträume für den Übergang veranschlagt werden und welche möglicherweise tiefgreifenden Änderungen das Bürgerversicherungskonzept auch für die bisherige GKV mit sich bringt (etwa zum Leistungskatalog und zur Rechtsform etc.).

Außerdem sind zwei zentrale Einzelregelungen der Konzepte zu beachten: Wenn die PKV-Versicherten ein Wahlrecht zur Bürgerversicherung haben, ist die konkrete Ausgestaltung dieser Option maßgeblich dafür, wie viele Versicherte und in welchen Zeiträumen davon Gebrauch machen. Die vorgesehenen Details dieser Regelung wirken jeweils als Anreize, die jedoch erst in ihrer Kombination die Entscheidungen der Versicherten auslösen. Davon hängen im Ergebnis die Arbeitsplatzeffekte in GKV und PKV ab. Das zweite zentrale Element ist der Vorschlag, dass auch die PKV-Unternehmen die Bürgerversicherung anbieten können sollen. Ein wesentliches Motiv für diesen Vorschlag ist,

-
- 1 Sehlen, Stephanie, Schröder, Wilhelm F., Schiffhorst, Guido: Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr. 04-06, Berlin 2004.
 - 2 Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Robert Arnold und Dr. Rainer Unger: „Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen“, Bremen, Oktober 2010.
 - 3 Wolfgang Schroeder: „Vorsorge und Inklusion“ Berlin 2012, S. 114.
 - 4 Ebenda.

die Arbeitsplätze der PKV-Beschäftigten zu sichern. Auch hierfür sollen die Anreize und Rahmenbedingungen diskutiert werden.

In diesem Bericht werden zunächst die beschäftigungsrelevanten Aspekte der politischen Modelle herausgearbeitet (**Erstes Kapitel**). Dann werden die relevanten Daten zu den Arbeitsmärkten in GKV und PKV zusammengestellt (**Zweites Kapitel**). Im Hinblick auf die Informationsgrundlagen bestehen in beiden Bereichen zunächst einmal erhebliche Lücken. Das betrifft vor allem die Beschreibung der einzelnen Geschäftsprozesse und die entsprechende Zuordnung von Personal. Trotzdem ist es gelungen, zu diesen Fragen aussagekräftige Daten zu gewinnen und fundierte Schätzungen vorzulegen. Sie reichen aus, um grundlegende Aussagen über die Arbeitsmarktwirkungen bestimmter Regelungen der Bürgerversicherungsmodelle zu machen.

Im **dritten Kapitel** werden die möglichen Motive und Entscheidungsgründe für zwei in den Konzepten vorgesehene Optionen diskutiert, die ggf. erhebliche Konsequenzen für beide Teilarbeitsmärkte haben. Es geht um die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im PKV-Bestand, die entweder in die Bürgerversicherung eintreten oder in der PKV verbleiben können. Außerdem wird die Möglichkeit diskutiert, dass PKV-Unternehmen selbst „die Bürgerversicherung anbieten können“.

Im **vierten Kapitel** wird die Frage eines „Einstiegs der PKV in das Geschäftsmodell der Bürgerversicherung“ vertiefend diskutiert. Dabei werden die charakteristischen Geschäftsprozesse von PKV und GKV gegenübergestellt und die Chancen und Hemmnisse eines Personalaustauschs bzw. -Übergangs zwischen beiden Systemen erörtert. Schließlich wird auf die spezielle Frage nach der geeigneten Rechtsform für die GKV bzw. die Bürgerversicherung eingegangen. Dabei wird überprüft, ob und wieweit diese Frage die hier zentralen Arbeitsmarktprobleme berührt und die Rechtsform ggf. dazu einen Lösungsbeitrag leisten kann.

Im **fünften Kapitel** werden die Schlussfolgerungen für die Beschäftigung in PKV und GKV gezogen. Außerdem wird vertiefend auf drei zentrale Probleme der Einführung einer Bürgerversicherung eingegangen, deren konkrete Lösung von erheblicher Bedeutung auch für die Beschäftigung in beiden Bereichen ist. Das gilt für (1) die Entscheidung über die Zukunft der beamtenrechtlichen Beihilfe, für (2) den künftigen Stellenwert von Zusatzversicherungen und schließlich (3) die Konvergenz der ärztlichen Vergütungssysteme. Wie die diesbezüglichen Entscheidungen ausfallen, ist maßgeblich vor allem für die künftige Rolle der PKV als ein die Bürgerversicherung ergänzendes Versicherungssystem. Und damit zwangsläufig auch für die Beschäftigungsperspektive in den Unternehmen.

Als zentrales Element bei der Einführung der Bürgerversicherung erweist sich der **Zeitfaktor**. Die Arbeitsmarkteffekte hängen entscheidend davon ab, mit welcher Geschwindigkeit und in welcher Schrittfolge die Bürgerversicherung umgesetzt werden soll. In diesem Zusammenhang wird im fünften Kapitel eine im Verhältnis zu den politischen Konzepten zeitlich „gestreckte“ und damit realistischere Einführung skizziert. Außer-

dem werden einige dazu „flankierende Maßnahmen“ für GKV und PKV angesprochen, weil nach Überzeugung des Autors weder die PKV noch die GKV bei der Einführung der Bürgerversicherung so bleiben werden bzw. können, wie sie heute sind. Schließlich wird auf einige Widersprüche im Konzept der Bürgerversicherung aufmerksam gemacht, die nach Auffassung des Autors nicht grundsätzlich gelöst, sondern nur im politischen Prozess moderiert bzw. kleingearbeitet werden können.

Mit den vorgelegten Informationen und Überlegungen werden konzeptionelle Lücken der Bürgerversicherungskonzepte deutlich. Sie werden vor allem im fünften Kapitel angesprochen, können jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht gefüllt werden. Ungeachtet dessen gilt:

Im Hinblick auf die Arbeitsmarktwirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung können auf der Basis dieser Arbeit Vorschläge abgeleitet werden, die schwerwiegende Umbrüche, die zu Lasten der Beschäftigten gingen, in beiden Systemen vermeiden bzw. abmildern würden. Dabei ist vor allem die Bedeutung des Zeitfaktors und einer Stufenfolge bei der Einführung entscheidend. Jede Konkretisierung solcher Vorschläge würde jedoch politische Entscheidungen über bestimmte Präferenzen und Prioritäten in den Konzepten voraussetzen. Daher kann sie hier – aus der „neutralen“ Perspektive der Aufbereitung empirischer Daten und der Differenzierung der Fragestellung – nicht weiter geleistet werden als im fünften Kapitel geschehen. Immerhin unterscheiden sich die im ersten Kapitel analysierten Konzepte in vielen und wichtigen Details. Der Autor fühlt sich jedoch nicht aufgefordert, aus diesen Konzepten ein bestimmtes aufzugreifen und erst recht nicht alle vier konzeptionell im Hinblick auf beschäftigungspolitische Vorschläge weiterzudenken. Die über die Arbeitsmarkt-Prognosen für GKV und PKV hinausgehenden Überlegungen des fünften Kapitels mögen daher in diesem Sinne genügen und als vorsichtige Andeutungen solcher Vorschläge gelesen werden.

Daran anknüpfend könnten die politischen Parteien und Gewerkschaften ggf. ihre Konzepte modifizieren und ergänzen. Die Beschäftigten und ihre Vertreter – Gewerkschaften und Personalvertretungen – könnten die vorgelegten Daten und die Ergebnisse der Diskussion für die Definition und Durchsetzung ihrer Interessen aufgreifen und nutzen.

Erstes Kapitel: Die politischen Modelle der Bürgerversicherung

Wenn man die „Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die Arbeitsmärkte in GKV und PKV“ untersuchen will, müssen die verschiedenen Bürgerversicherungsmodelle (der drei Parteien und der DGB-Reform-Kommission) zunächst einmal unter diesem Gesichtspunkt analysiert werden⁵. Herangezogen werden die offiziellen Quellen bzw. die Beschlusslagen der Parteien. Für den Durchgang durch die vier Konzepte sind die folgenden Gesichtspunkte leitend:

A – Entscheidend ist die Frage, wie der **Übergang** vom Status quo zum angestrebten Modell stattfinden soll. Vor allem die **zeitliche Dimension** für diesen Übergang ist für das Thema des Gutachtens wichtig. Längere Zeitfristen bieten z.B. größere Möglichkeiten für die PKV-Unternehmen ihr Personal anzupassen bzw. umzuorganisieren. Dabei kann hier zum besseren Verständnis vorweggenommen werden, dass alle BV-Konzepte auf eine Anpassung der PKV an die GKV hinauslaufen (und nicht umgekehrt).

B – In allen Konzepten wird einheitlich davon ausgegangen, dass **zu einem Stichtag keine neuen PKV-Vollversicherungsverhältnisse mehr** begründet werden dürfen. In drei Konzepten (GRÜNE, DGB-Reform-Kommission und SPD) gibt es – mehr oder weniger konditioniert – **für die verbleibenden „Bestandsversicherten“ der PKV eine Wechseloption** in die Bürgerversicherung. Dabei ist nicht nur bedeutsam, welche Regelungen für diesen Wechsel vorgesehen werden. Wenn dieser Wechsel freiwillig erfolgen soll, sind dafür auch die vorgesehenen Detail-Regelungen der Bürgerversicherung selbst wichtig. So wirken etwa die Bestimmungen zu den zu verbeitragenden Einkommensarten und ggf. die Bemessungsgrenzen als Anreize, entweder in der PKV zu verbleiben oder in die BV⁶ zu wechseln. Außerdem werden zum Teil für bestimmte Personengruppen spezielle Regelungen in der Bürgerversicherung bzw. im Hinblick auf die Wahloptionen vorgesehen. Wenn etwa in der Bürgerversicherung die GKV-typische Familienmitversicherung fortgeführt wird, könnte das für Mitglieder der PKV, in der das strikte Individualprinzip herrscht, attraktiv sein. Auch daraus ergeben sich differenzierte Anreize für die Entscheidungen. Insoweit müssen auch Elemente der BV-Konzepte dargestellt werden, die keinen unmittelbaren Bezug zur Arbeitsmarktfraße haben.

Als Anreize wirken auch die Regelungen, die zu einem Steuerzuschuss für die Bürgerversicherung getroffen werden. Wenn die PKV-Bestandsversicherten nicht entsprechend begünstigt werden, wirkt das als Anreiz in die BV zu wechseln. Außerdem wirkt als

5 Dabei wird nicht systematisch zwischen Krankenversicherung **und Pflegeversicherung** unterschieden. Die private Pflegeversicherung ist zwar gegenüber der „Sozialen Pflegeversicherung“ sehr viel „ähnlicher“ (identischer Leistungskatalog, gleiche finanzielle Zuschüsse, Leistungsgewährung nach den gleichen Kriterien etc.) als die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Die politischen Konzepte differenzieren in dieser Frage aber nicht wesentlich, sondern folgen alle dem Grundsatz: „Pflege folgt Krankenversicherung“. Auch in dieser Darstellung wird so verfahren.

6 Im Folgenden wird wegen der besseren Lesbarkeit ‚Bürgerversicherung‘ meistens als ‚BV‘ abgekürzt.

Anreiz, ob die Bestandsversicherten der PKV in den Risikostrukturausgleich⁷ (RSA) der Bürgerversicherung einbezogen werden sollen. Eine Einbeziehung würde die PKV-Bestandsversicherten belasten, die Nicht-Einbeziehung begünstigen.

C – Für die **Zukunftsperspektive der PKV-Unternehmen** ist schließlich wesentlich, ob in den BV-Konzepten Aussagen zu den Arbeitsplätzen der PKV-Beschäftigten getroffen werden. Sie sind auch z.B. davon abhängig, ob es künftig erweiterte oder eingeschränkte Marktchancen für Zusatzversicherungen gibt. Dabei ist relevant, ob durch die in zwei Konzepten explizit vorgesehene Angleichung der ärztlichen Honorierung für Bürgerversicherung und PKV nennenswerte Anreize zur Aufrechterhaltung einer PKV-Versicherung verloren gehen. Von zentraler Bedeutung ist nicht zuletzt die Frage, ob PKV-Unternehmen selbst die „Bürgerversicherung“ anbieten können sollen, wie es in zwei Konzepten vorgesehen ist.

Die politischen Konzepte werden daher unter den folgenden Gesichtspunkten diskutiert:

- A – Allgemeine Aussagen zum Übergang
- B – Anreize zum Wechsel in die Bürgerversicherung (herangezogene Einkommensarten, Aussagen zu bestimmten Personengruppen und weitere Aspekte)
- C – Zukunftsperspektiven der PKV.

In der **Zusammenfassung** dieses Kapitels werden diese Gesichtspunkte in einem **Übersichtstableau** noch einmal vergleichend dargestellt.

Auf dieser Basis kann im dritten Kapitel erörtert werden, nach welchen Anreizen die PKV-Versicherten mutmaßlich eine Wahlentscheidung treffen, d.h. in die Bürgerversicherung optieren bzw. im „PKV-Bestand“ verbleiben. Damit kann die Größenordnung eingeschätzt werden, welche „Massen“ ggf. in welchen Zeiträumen auf die GKV/Bürgerversicherung zukämen und arbeitsmäßig zu verkraften wären. Beziehungsweise, ob und in welchem Maße zu erwarten ist, dass bisher GKV-Versicherte zu Bürgerversicherungsangeboten der PKV wechseln.

Außerdem wird im dritten Kapitel diskutiert, wie voraussichtlich das Recht der PKV-Unternehmen wahrgenommen würde, „die Bürgerversicherung anzubieten“: Wo liegen die Motive der PKV? Könnten die PKV-Unternehmen eine Gründung mit ihrem Per-

⁷ Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung soll nach allen Konzepten in die BV übernommen und sogar erweitert werden. Er sorgt für einen vollständigen Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassen und weist ihnen nach einem differenzierten System morbiditätsabhängige Budgets für ihre Versorgungsaufgaben zu. Soweit die Kassen mit diesen Budgets ihre Leistungs- und Verwaltungsausgaben nicht bestreiten können, müssen sie nach dem gegenwärtigen System (einkommensunabhängige) „Zusatzbeiträge“ erheben. In den BV-Konzepten ist im Allgemeinen vorgesehen, dass die Kassen wieder selbst differenzierte Beitragssätze erheben können sollen. Die Beiträge werden dann nur noch einkommensproportional erhoben und die „Zusatzbeiträge“ in der heutigen Form fallen weg. Eine ausführliche (und kritische) Darstellung des aktuellen Systems von „Gesundheitsfonds“ und RSA findet sich z.B. bei Holger Pressel: „Der Gesundheitsfonds – Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen“, Wiesbaden 2012 und Saskia Drösler et al.: „Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (BVA)), Bonn 2011, verfügbar auf der Homepage des BVA.

sonal bewältigen? Welche Chancen hätten die Angebote der PKV im freien Markt der Bürgerversicherungs-Anbieter?

Die verschiedenen politischen Modelle werden in aufsteigender Komplexität vorgestellt. Die Systematisierung nach den o.g. Gesichtspunkten kann dabei allerdings nur ansatzweise vorgenommen werden, beispielsweise weil sich die Konzepte nicht zu allen genannten Aspekten äußern. Dabei liegt es in der Natur politischer Absichtserklärungen, dass sie (z.T. durchaus bewusst) bestimmte Fragen offen lassen. Dass die politischen Konzepte daher im Hinblick auf die Fragen dieses Gutachtens „Lücken“ aufweisen, ist insofern nicht als Vorwurf zu verstehen. Die politischen Programme – zumal von Oppositionsparteien – wären regelmäßig überfordert, wenn man sie z.B. mit den Maßstäben für ausformulierte Gesetzentwürfe messen würde.

1.1 DIE LINKE

A – Allgemeine Aussagen zum Übergang: DIE LINKE. beschäftigt sich nicht ausführlich mit Fragen des Übergangs vom Status quo zu ihrer Bürgerversicherung. Zum aktuellsten Stand der Diskussion wird aus der Bundestagsfraktion der LINKEN mitgeteilt⁸, dass der Übergang in die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung bislang nicht ausdrücklich festgeschrieben sei. Einige besonders belastende Aspekte, wie die Zusatzbeiträge oder Zuzahlungen könnten zusammen mit der Anhebung der Beitragsbemessungs- bzw. Versicherungspflichtgrenze sofort angegangen werden. ... Die „Abschaffung der PKV und der Übergang der Versicherten“ müsste aber zu einem Stichtag erfolgen. DIE LINKE setzt auf einen Übergang möglichst in einem Schritt.

Auch der Antrag der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag „Privat Versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drs. 17/1011⁹ vom 26.06.2012) bestätigt diese Position: „Die Abschaffung der PKV als Vollversicherung sollte in einem – gut vorbereiteten – **einzigsten Akt** zum gleichen Zeitpunkt für alle erfolgen. **Übergänge braucht es nicht**, da bisher in der PKV-Versicherte, die Leistungsbestandteile, die über den GKV-Leistungskatalog hinausgehen, über eine private Zusatzversicherung wahren können. Für die PKV-Unternehmen ist der **sofortige Übergang für alle Versicherten** von existenzieller Bedeutung, da ohne neue bzw. junge Mitglieder die derzeitigen Probleme kumulieren würden und ein Kollaps des Systems absehbar ist.“⁹

Auch in einem Beschluss der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag vom 26.08.2011¹⁰ ist von „sofortiger Umstellung“ die Rede. Dort werden die Konsequenzen aus einer von der Fraktion in Auftrag gegebenen „Simulationsstudie zu den Entwicklungen der Bei-

8 Mitteilung vom 23.11.2012 aus dem Büro von Dr. Martina Bunge MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der LINKEN im Bundestag.

9 S. 2, Hervorhebungen vom Verfasser.

10 <http://www.linksfraktion.de/positionspapiere/gesundheits-pflege-gerecht-finanzieren-2011-08-26/>

tragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.“ diskutiert¹¹. Berechnet werden die Effekte einer **sofortigen** Einbeziehung aller „Menschen, die in Deutschland leben“ als Mitglieder der Bürgerversicherung. Auch in der Langfassung der Studie werden Übergangsprobleme nicht angesprochen.

B – Anreize zum Wechsel: Auf dieser Basis spielen die einzelnen Bestimmungen der BV im Sinne von Wechselanreizen keine wesentliche Rolle. Der Vollständigkeit halber (und zum Vergleich mit den anderen Konzepten) sollen aber die vorhandenen Angaben zu den Personengruppen und den einzelnen Finanzierungselementen dokumentiert werden.

So formulierte DIE LINKE im Vorfeld der letzten Bundestagswahl¹²: „Alle Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Auch Politikerinnen und Politiker, Selbstständige, Richterinnen und Richter, Beamte und andere bisher privat Versicherte werden einbezogen.“

In einem Antrag der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag zur Einführung der Bürgerversicherung (BT-Drs. 17/1238) werden im März 2010 dazu explizit zwei Bedingungen genannt¹³: „Für Beamtinnen und Beamte muss eine den abhängig Beschäftigten entsprechende paritätische Beteiligung des Arbeitgebers statt der Beihilfe geschaffen werden. Eine zeitlich befristete Übergangsregelung für bestehende private Versicherungsverträge ist zu gewährleisten.“ Wie diese aber aussehen könnte, wird nicht weiter ausgeführt.

Bei den Berechnungen von Klaus Bartsch gibt es zwei Varianten zur Beitragsbemessungsgrenze¹⁴: „Die **Übergangslösung**: Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (West)“ und „das **Zielmodell**: Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze“¹⁵.

Auch im Ersten Entwurf des Bundestagswahlprogramms DIE LINKE 2013 wird von der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausgegangen und eine paritätische Beitragsfinanzierung der Bürgerversicherung unterstellt. Arbeitgeber und Mitglieder zahlen den gleichen prozentualen Beitragssatz¹⁶.

11 „Eine Simulationsstudie zu den Entwicklungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“, Gutachten von Klaus Bartsch nach dem Konzept einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag / Zusammenfassung der Ergebnisse. Berlin, August 2011. Zugänglich auf der erwähnten Website der LINKSFRAKTION. Oder bei www.bartscheconometrics.de

12 „Für eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung – gegen Zwei-Klassen-Medizin“, Broschüre der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag vom 26. Juni 2009, S. 25.

13 S. 3, Ziffer 3.

14 „Eine Simulationsstudie zu den Entwicklungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“, Gutachten von Klaus Bartsch nach dem Konzept einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag / Zusammenfassung der Ergebnisse. Berlin, August 2011. Zugänglich auf der erwähnten Website der LINKSFRAKTION. Oder bei www.bartscheconometrics.de

15 a.a.O. S. 6; Hervorhebungen vom Verfasser.

16 Erster Entwurf Bundestagswahlprogramm DIE LINKE 2013; Stand: 25. Januar 2013, zur Diskussion im Parteivorstand, S. 19.

C – Zukunftsperspektiven der PKV: Zur Zukunft der PKV hieß es schon vor der letzten Bundestagswahl¹⁷: „Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzversicherungen beschränkt. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung in Deutschland ist Unsinn.“¹⁸

Im Entwurf des Bundestagswahlprogramms 2013 heißt es aktuell¹⁹: „Die private Krankenversicherung wird auf Zusatzleistungen beschränkt und den Beschäftigten der Versicherungsunternehmen ein sozial verträglicher Übergang in die gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht.“

Der bereits erwähnte Antrag der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag (BT-Drs. 17/10119) unterstreicht: „Der Wegfall der Geschäftsmöglichkeiten der PKV-Unternehmen macht für die Mitarbeiter eine Regelung zur sozialverträglichen Überführung ihrer Arbeitsplätze erforderlich. Gleichzeitig wird bei den gesetzlichen Krankenkassen eine Aufstockung des Personals unumgänglich sein.“

Für Zusatzversicherungen dürfte allerdings nach den Vorstellungen der LINKEN wenig Raum sein. Nach dem Entwurf des Wahlprogramms sollen nämlich „jegliche Zuzahlungen, Zusatzbeiträge und Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen ... abgeschafft“ werden. „Alle medizinisch notwendigen Leistungen müssen wieder von der Krankenkasse bezahlt werden.“²⁰

Die erwähnte schnelle Abschaffung der PKV und der Übergang ihrer Versicherten in die Bürgerversicherung wird in dem erwähnten Vermerk aus dem Büro Bunge wie folgt kommentiert: „Dies wäre die Lösung, die sogar die PKV präferieren würde, statt den Zustrom von Neukunden zu unterbinden. Es gibt viele Stimmen, die davon ausgehen, dass die Tarife der PKV nicht alterssicher gestaltet (sind) und das System daher auf Neukunden angewiesen ist. Der Umgang mit den Alterungsrückstellungen ist bislang nicht festgeschrieben. Technisch und juristisch bestehen dazu mehrere Möglichkeiten. Diese sind zweckgebunden und bei Wegfall der PKV fällt auch der Grund der Alterungsrückstellungen weg.“

1.2 Bündnis 90/Die Grünen

A – Allgemeine Aussagen zum Übergang: Die „Bürgerversicherung“ erscheint erstmals 2002 im Grundsatzprogramm der Grünen²¹, allerdings noch ohne nähere Ausführungen.

17 „Für eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung – gegen Zwei-Klassen-Medizin“, Broschüre der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag vom 26. Juni 2009, S. 25.

18 Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag „Privat versicherte solidarisch versichern – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drs. 17/10119 vom 26.06.2012) präzisiert, dass es um Zusatzversicherungen „für medizinische nicht relevante Leistungen“ geht. (S. 3).

19 Erster Entwurf Bundestagswahlprogramm DIE LINKE 2013; Stand: 25. Januar 2013, zur Diskussion im Parteivorstand, S. 19.

20 a.a.O. S. 17.

21 Das Grundsatzprogramm wurde auf der Bundesdelegiertenkonferenz von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN am 15. – 17. März 2002 im Berliner Tempodrom beschlossen. Hier S. 80.

rungen im Detail. Die GRÜNEN beanspruchen auch das Urheberrecht für den Begriff und das dahinter stehende Grundkonzept. In verschiedenen programmatischen Äußerungen sprechen sie explizit bestimmte Übergangsprobleme an (siehe unten), ohne jedoch dazu nähere (zeitbezogene) Angaben zu machen²². Bemerkenswert ist schließlich, dass sich die Partei selbst verpflichtet, die Umsetzungsprobleme zu lösen. Am Ende des Beschlusses der Bundesdelegiertenkonferenz 2010²³ heißt es: „Im Dialog mit den anderen Oppositionsparteien, den Gewerkschaften, Patientenverbänden und WissenschaftlerInnen werden wir bis zur nächsten Bundestagswahl ein **detailliertes Umsetzungskonzept** für die Grüne Bürgerversicherung erarbeiten.“ Ein Ergebnis diese „Dialogs“ ist allerdings bisher offiziell nicht bekannt.

B – Anreize zum Wechsel: Der aktuellste und detaillierteste Stand ihres Konzepts ergibt sich aus dem Antrag der Bundestagsfraktion „Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens“ (BT-Drs. 17/258). Hier heißt es zu den Personengruppen und den Finanzierungselementen²⁴:

„1. Alle Bürgerinnen und Bürger – auch Beamtinnen und Beamte, Abgeordnete und Selbstständige – werden Mitglieder der Bürgerversicherung. Die bisher privat Versicherten werden ebenfalls in die Bürgerversicherung aufgenommen. Ihre zusätzlichen Leistungsansprüche, die sie über die private Krankenversicherung erworben haben, bleiben ihnen erhalten und werden über Zusatzversicherungen gewährleistet. ...

3. Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Krankenversicherung einbezogen. Damit durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten nicht vor allem kleine und mittlere Einkommensbezieherinnen und Einkommensbezieher belastet werden, sind für die zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen einzuräumen und die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben.

4. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden weiterhin paritätisch je zur Hälfte durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber finanziert.

5. Kinder werden kostenlos versichert. Ehegattinnen/Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/Lebenspartner, die nicht erwerbstätig sind, müssen keine Beiträge zahlen, wenn sie Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen. Für alle anderen Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften wird ein Beitragssplitting eingeführt.“

Dieses **Ehegattensplitting** ist die offensichtliche Besonderheit der „grünen Bürgerversicherung“. Zur Begründung wird im Antrag angeführt: „Die vorgeschlagene Bür-

22 Auch der Entwurf des Bundestagswahlprogramms 2013 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Beschlussdatum des Bundesvorstands 27.02.2013, Abschnitt G bestätigt die in diesem Abschnitt referierten Positionen.

23 Bündnis 90/Die Grünen: 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz, Freiburg, den 19.-21. November 2010, S. 15.

24 Diese Positionen entsprechen auch dem Konzept „Die grüne Bürgerversicherung – Alle zahlen, alle zählen“, das die Bundestagsfraktion als Broschüre 17/30 im März 2011 veröffentlicht hat.

gerversicherung ist gegenüber den von Paaren gewählten Arbeitsverteilungen neutral. Dies führt dazu, dass Paare mit gleichen Gesamteinkommen identische Beiträge zahlen und nicht wie bisher Paare mit einem Gesamteinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und (sehr) ungleicher Einkommensverteilung geringere Beiträge zahlen als Paare mit einer egalitären Einkommensverteilung.“ Dieses Splitting wäre jedenfalls relevant für eventuelle Wahlentscheidungen der PKV-Versicherten zum Beitritt in die Bürgerversicherung bzw. zum Verbleib als PKV-Bestandsversicherte.

Im gesundheitspolitischen Beschluss der 32. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz von Bündnis 90/Die Grünen in Freiburg (19.-21. November 2010) wird das Splitting noch genauer erläutert²⁵: Ausnahmen vom Beitragssplitting sollen nur „für einen eng begrenzten Zeitraum“ gelten, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner viel Zeit für die Erziehung von Kindern, die Betreuung von Menschen mit Behinderung oder die Pflege von Angehörigen aufwendet und deshalb nicht erwerbstätig ist. „Damit sich die betroffenen Personen auf die neue Rechtslage einstellen können, wird es für eine Übergangszeit einen Vertrauens- und Bestandsschutz geben. Bei der Kindererziehung gilt die Befreiung vom Splitting bis zum Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz. Bei der Angehörigenpflege gilt die Befreiung bei einem wöchentlichen Pflegeaufwand von wenigstens 14 Stunden. Ab dieser Grenze werden Pflegepersonen von den Pflegekassen rentenversichert. Diese Grenzen werden durch den Bundestag nach mehreren Jahren überprüft.“

In den Programmaussagen bleibt insgesamt offen, **ob die PKV-Versicherten zwangsmäßig in die Bürgerversicherung überführt werden** oder ob sie (mit welchen Konditionen und Zeitfristen?) ein Wahl- bzw. Bleiberecht zwischen BV und PKV haben sollen. Jedenfalls wird auch in diesem Zusammenhang das Übergangsproblem angesprochen²⁶: „Bei der Einbeziehung der privat Krankenversicherten sind deren verfassungsrechtlich geschützte Ansprüche zu beachten. Übergangsmodelle sind zu entwickeln. Dabei werden wir darauf achten, dass möglichst umgehend eine Beteiligung aller BürgerInnen am Solidarausgleich stattfindet.“ Damit dürfte die Integration der PKV-Versicherten/PKV-Unternehmen in den RSA gemeint sein, so wie sie in einem IGES-Gutachten²⁷ konzipiert worden ist.

Außerdem sind sich die GRÜNEN weiterer Besonderheiten unseres Sozialversicherungssystems im Hinblick auf bestimmte Personengruppen bewusst: „Bei der Einführung der Bürgerversicherung ist ferner zu beachten, dass heute für einzelne Beschäftigtengruppen krankenversicherungsrechtliche Sondersysteme existieren, die in ihren beitrags- und leistungsrechtlichen Grundzügen stark auf die besondere Arbeits- und Lebenssituation ihrer jeweiligen Mitglieder zugeschnitten sind. Dazu gehören zum Bei-

25 Bündnis 90/Die Grünen: 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz, Freiburg, den 19.-21. November 2010, S. 14.

26 a.a.O. S. 12/13.

27 IGES-Gutachten: Martin Albrecht, Wilhelm F. Schröder, Stephanie Sehlen (Hg.): „Modelle einer integrierten Krankenversicherung – Finanzierungseffekte, Verteilungswirkungen, Umsetzung“, Reihe „Forschung“ der Hans-Böckler-Stiftung, Berlin 2006.

spiel die **landwirtschaftliche Krankenversicherung** und die **Künstlersozialversicherung**. Diese Systeme werden sich nur langfristig in eine Bürgerversicherung integrieren lassen.“²⁸

C – Zukunftsperspektiven der PKV: Zur Zukunft der privaten Krankenversicherung gibt es mehrere Aussagen. In dem erwähnten Antrag der Bundestagsfraktion (BT-Drs. 17/258) heißt es: „Die Bürgerversicherung deckt wie bisher die gesetzliche Krankenversicherung die medizinisch notwendigen Leistungen ab. ... Weitere Leistungen können über private Zusatzversicherungen vereinbart werden.“ Dabei wird der Stellenwert von **Zusatzversicherungen** im Sinne eines liberalen Grundverständnisses sogar tendenziell positiv gesehen. Der Spielraum für Zusatzversicherungen ist jedoch auch bei den GRÜNEN relativ eng: Alle medizinisch notwendigen Leistungen sollen von der BV übernommen werden. Alle Zuzahlungen sollen abgeschafft werden²⁹; in einer aktuellen Broschüre von Dezember 2012 heißt es dazu: „Schluss auch mit Arzneimittelzuzahlungen und anderen Selbstbeteiligungen“³⁰.

Im Zusammenhang mit der Einführung der Bürgerversicherung diskutiert die Bundestagsfraktion der GRÜNEN auch einen (als unvermeidliche angesehenen) **Ausgleich der Ärzte** für die entgangenen **Privathonorare**.

Vor allem wird den **PKV-Unternehmen als Perspektive die Beteiligung an der Bürgerversicherung** angeboten: „Die Bürgerversicherung ist keine Einheitsversicherung. ... Die Bürgerversicherung kann auch durch private Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden, die sich dabei dem Wettbewerb mit den gesetzlichen Krankenkassen stellen müssen. Alle Bürgerinnen und Bürger können sich damit frei zwischen allen gesetzlichen und privaten Kassen entscheiden.“³¹

In diesem Zusammenhang ist auf eine widersprüchliche Formulierung hinzuweisen. Beispielsweise erklären die GRÜNEN bei ihrem Freiburger Parteitag: „Krankenversicherer unterschiedlicher Rechtsform konkurrieren innerhalb des gleichen Rechtsrahmens.“³² Was mit dieser *contradictio in adjectum* gemeint ist, wird allerdings nicht näher erläutert.

Eine weitere Besonderheit bei den GRÜNEN ist, dass sie auf die **Unterschiede zwischen Kranken- und Pflegeversicherung** eingehen. In einem Beschluss vom 27. März

28 Bündnis 90/Die Grünen: 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz, Freiburg, den 19.-21. November 2010, S. 12/13.

29 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Antrag für das Bundestagswahlprogramm 2013, Beschlussdatum des Bundesvorstands 27.02.2013, Abschnitt G, S. 4/12 Randziffer 137.

30 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Bundestagsfraktion: „EINE FÜR ALLE – Die grüne Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege“, Broschüre, Dezember 2012, S. 13.

31 Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN „Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens“ (BT-Drs. 17/258) Ziffer 7.

32 Bündnis 90/Die Grünen: 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz, Freiburg, den 19.-21. November 2010, S. 15.

2012³³ weist die Bundestagsfraktion darauf hin, dass der Leistungskatalog in der Sozialen und der privaten Pflegeversicherung seit je her identisch gewesen sei. „Größere Probleme beim Übergang in eine Bürgerversicherung“ seien aufgrund der „Ähnlichkeiten beider Zweige nicht zu erwarten.“³⁴ Trotzdem werden Überlegungen angestellt, wie mit den Alterungsrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung zu verfahren sei. „Es wird kontrovers diskutiert, ob diese Rückstellungen in eine Bürgerversicherung übernommen werden können. Wir meinen, dies ist gut begründbar und sollte daher sehr ernsthaft geprüft werden.“ Die Pflege-Bürgerversicherung werde die massive Zunahme der Zahl von Pflegebedürftigen unter den heute Privatversicherten schultern müssen³⁵. Das heiße aber auch, „dass die Alterungsrückstellungen, die zu eben diesem Zwecke gebildet wurden, in die Bürgerversicherung einbezogen werden sollten.“³⁶ Wie das genau geschehen könnte, bleibt allerdings offen. Im Anschluss wird jedoch wieder postuliert: „Die Pflege-Bürgerversicherung braucht keinen Kapitalstock“.³⁷

1.3 DGB-Reform-Kommission

A – Allgemeine Aussagen zum Übergang: Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat sich politisch für die Bürgerversicherung ausgesprochen. Zur Ausarbeitung seines BV-Konzepts hatte der DGB im April 2010 eine „Reform-Kommission“ eingesetzt. Fast 40 Expertinnen und Experten der Gewerkschaften, Vertreter von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, Vertreter der Arbeitnehmerorganisationen der Parteien und Wissenschaftler haben im Herbst 2010 ein gegenüber der schwarz-gelben Regierungskoalition kritisches Reformprogramm für die Krankenversicherung vorgestellt³⁸. Es wurde unter der Überschrift „Bürgerversicherung statt Kopfpauschale – Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ veröffentlicht.

Nach diesem Konzept sollen ab einem bestimmten „Stichtag“ alle „Berufseinsteigerinnen und -einsteiger bzw. Neugeborenen bei einem solidarisch und paritätisch finanzierten Krankenversicherungsträger“ versichert werden, „der den Regelungen des SGB als solidarisches System unter öffentlicher Kontrolle, insbesondere mit Blick auf Beiträge und Leistungen, unterliegt.“³⁹ Dabei ist sich die Kommission der diversen **Übergangsprobleme** von vornherein bewusst. Sie schlägt daher verschiedene Übergangsregelungen vor, die sich teils generell auf die PKV beziehen (z.B. Einbeziehung der PKV

33 „SOLIDARITÄT WIRKT! DIE GRÜNE PFLEGE-BÜRGERVERSICHERUNG – Für eine gerechte, sichere und nachhaltige Finanzierung“, Beschluss der Bundestagsfraktion vom 27. März 2012.

34 a.a.O. S. 3.

35 Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Robert Arnold u.a.: „Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen.“ 10/2011. Download: www.gruene-bundestag.de/Themen A-Z / Pflege.

36 Beschluss vom 27. März 2012, S. 5.

37 a.a.O. S. 6.

38 Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“: „BÜRGERVERSICHERUNG STATT KOPFPAUSCHALE – Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“, herausgegeben vom DGB-Bundesvorstand, Berlin im Dezember 2010.

39 a.a.O. S. 33.

in den RSA), aber auch teilweise bestimmte Personengruppen und einzelne Finanzierungsregelungen betreffen.

Am Schluss ihres Berichts erklärt die Kommission, sie wolle „die verschiedenen Bausteine“ ihres Vorschlags „hinsichtlich der **Umsetzungsfähigkeit**“ prüfen. Konkrete Ergebnisse in dieser Hinsicht sind bisher nicht öffentlich bekannt.

B – Anreize zum Wechsel: Im Hinblick auf die einzelnen Personengruppen und Finanzierungsregelungen werden z.T. sehr differenzierte Überlegungen vorgestellt: „Für die Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems ist es erforderlich, die bislang außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personengruppen **nach und nach** in ein einheitliches Versicherungssystem einzubeziehen.“⁴⁰ Das betreffe z.B. die Beamtinnen und Beamten⁴¹, die zur Zeit „faktisch Zwangskunden“ der PKV-Unternehmen seien. Da für die vollständige Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems „ein **langer Übergangszeitraum** erforderlich ist“⁴², sollten die PKV-Unternehmen nach Auffassung der Kommission möglichst umgehend „in einen systemübergreifenden Finanzausgleich“ einbezogen werden. „Dadurch würden sofort deutlich mehr Finanzierungsgerechtigkeit hergestellt und positive Beitragssatzeffekte erzielt werden.“⁴³

Die Kommission überlegt sodann: „Falls eine verpflichtende Überführung von bisherigen PKV-Versicherten in die GKV rechtlich nicht möglich ist (Bestandsschutz), wird ihnen erstens eine Wahlmöglichkeit gegeben: Ein Wechsel in die GKV soll ermöglicht werden, wobei der Weg der Mitnahme der Altersrückstellungen rechtlich zu prüfen ist. Für Beamtinnen/Beamte und Versorgungsempfängerinnen/Versorgungsempfänger tragen die Dienstgeberinnen und Dienstgeber den Arbeitgeberbeitrag zur GKV.“⁴⁴ Im Unterschied zum SPD-Modell will die Kommission somit keine Konservierung des **Beihilfemodells** für die Beamten, sondern möchte sie bei der Krankenversicherung den Arbeitnehmern gleichstellen⁴⁵.

„Zweitens werden diejenigen, die in der PKV verbleiben möchten, an der solidarischen Finanzierung des GKV-Systems und der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben beteiligt, indem die PKV-Unternehmen in den Risikostrukturausgleich (RSA) einbezogen werden. Die Unternehmen und damit mittelbar ihre Versicherten müssen (für den Leistungsumfang der erweiterten GKV) einkommensabhängige Zahlungen in den RSA leisten. Diese kommen wiederum nach Maßgabe des GKV-Solidarprinzips bestimmten PKV-Kunden wieder zugute, etwa indem die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen und etwaige Risikoprämien bei Vorerkrankungen übernommen werden.“⁴⁶

40 Ebenda, Hervorhebung vom Verfasser.

41 Beim diesem Papier fällt übrigens auf, dass Selbständige überhaupt nicht erwähnt werden.

42 a.a.O. S. 33, Hervorhebung vom Verfasser.

43 Ebenda.

44 a.a.O. S. 34.

45 Dass das grundsätzlich möglich ist, zeigt BVerfGE 106, 225 (232).

46 Ebenda.

Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten wird bedacht, dass die Beteiligung der PKV-Versicherten an der RSA-Finanzierung auch entsprechende Ansprüche auf risiko-angemessene Unterstützung auslöst. Trotzdem stellt die Kommission formal zutreffend fest: „Für PKV-Bestandskunden würde die Trennung in GKV und PKV auf absehbare Zeit bestehen bleiben. Dies erscheint als eine rechtliche Notwendigkeit.“⁴⁷

Herausgestellt wird dann das Ziel einer **paritätischen Beitragsfinanzierung auf Erwerbseinkommen**. Dabei sei wegen der „sinkenden Lohnquote und zunehmender Einkommensungleichheit“⁴⁸ eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen erforderlich. Hier bietet die Kommission „Optionen“ an. Option 1 ist die Anhebung der **Beitragsbemessungsgrenze** (BBG) auf die Höhe in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die zweite Option ist die „Aufhebung“ der BBG. „Dieser Option stehen allerdings verfassungsrechtliche Bedenken entgegen.“⁴⁹

Aus diesem Dilemma findet die Kommission einen kreativen Ausweg: Sie schlägt einen „Solidarbeitrag für Einkommensbestandteile oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze“ vor. Dieser „gesonderte paritätische Beitragssatz“ könnte als „fester Anteil am allgemeinen Beitragssatz bestimmt werden (z. B. ein Fünftel des Beitragssatzes) oder erst ab einer Grenze oberhalb der BBG gelten (z. B. doppelte BBG). Zwischen der BBG und dieser Grenze würde der allgemeine Beitragssatz linear auf das Niveau des „Solidarbeitrags“ zurückgeführt.“⁵⁰

Außerdem sollen die **anderen Einkommensarten** einbezogen werden. „Ein solcher Schritt ist ... aus Gründen der horizontalen Gerechtigkeit notwendig, damit Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit, aber unterschiedlichen Einkommensquellen nicht unterschiedlich belastet werden.“⁵¹ Auch hier bietet die Kommission zwei Optionen an: Das Ein- und das Zwei-Säulen-Modell. Beim Ein-Säulen-Modell werden alle Einkommensarten zusammengefasst und einer einheitlichen BBG unterworfen, wobei allerdings ein „Sparerfreibetrag“ vorzusehen sei. Hier sieht die Kommission jedoch kritisch, dass die einkommensstarken Versicherten „nur bis zu einer vergleichsweise niedrigen BBG verbeitragt werden“.⁵² Beim Zwei-Säulen-Modell würden jeweils unterschiedliche BBGs für (abhängige) Erwerbseinkommen und die anderen Einkommensarten vorgesehen. Mit diesem Modell, so meint die Kommission, würden „Probleme der horizontalen Gerechtigkeit nicht gelöst, da Versicherte mit unterschiedlichen Einkommensquellen unter Umständen unterschiedlich belastet werden.“⁵³ Die Situation bleibt also insgesamt offen.

47 Ebenda.

48 a.a.O. S. 36.

49 a.a.O. S. 39.

50 Ebenda.

51 a.a.O. S. 40.

52 a.a.O. S. 41.

53 Ebenda.

Die Kommission sieht die „Finanzierung der GKV über Beiträge als alternativlos“ an⁵⁴, betont aber die Verpflichtung „öffentlicher Haushalte“ einen Beitrag zur Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems zu leisten. Erwähnt wird u.a. die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionen im Krankenhaussektor. Skeptisch ist man dagegen bei den **pauschalen Steuerzuschüssen zur GKV**. Sie werden – zu Recht – für unsicher gehalten. Verlangt wird ein „politischer Konsens“, der für klare gesetzliche Regeln zur Bemessung dieser Zuschüsse und damit für Planungssicherheit sorgt.

C – Zukunftsperspektiven der PKV: Schließlich denkt die Kommission auch an die **Beschäftigten der PKV**: Es sei „zu gewährleisten, dass jedwede Veränderung der sozialen Sicherungssysteme nicht zu Lasten einer betroffenen Beschäftigtengruppe erfolgt. Sollte sich die Geschäftstätigkeit der privaten Krankenversicherungen durch politische Entscheidungen verändern, ist eine Beschäftigungsgarantie für die hiervon betroffenen Beschäftigten in einem integrierten Krankenversicherungssystem notwendig.“⁵⁵

Eine Betätigungsmöglichkeit der PKV im Rahmen der Bürgerversicherung sieht die Reform-Kommission dagegen nicht vor. Auch zum Potential des Geschäftsfelds „**Zusatzversicherungen**“ wird nicht explizit Stellung genommen. Allerdings äußert sich die Kommission kritisch zu „Festzuschuss- und Mehrkostenregelungen“⁵⁶, Selbstbehalts- und Kostenerstattungstarifen sowie Selbstbeteiligungsregelungen⁵⁷. Sie lehnt eine Erhöhung der „Aufzahlungen“ und eine Ausweitung der Leistungsausschlüsse in der GKV sowie eine Erweiterung der „individuellen Gesundheitsleistungen“ ab⁵⁸. Insoweit dürfte die Kommission einer Ausweitung des Zusatzversicherungs-Marktes skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen.

Zur Frage der **ärztlichen Honorarsysteme** äußert sich die Kommission nicht.

1.4 SPD

A – Allgemeine Aussagen zum Übergang: Die SPD hat sich auf ihrem Berliner Parteitag vom 4. bis 6. Dezember 2011 im Beschluss Nr. 59 (erneut) für die Bürgerversicherung ausgesprochen und ihr früheres BV-Konzept damit wesentlich modifiziert⁵⁹. Die Modifikationen betreffen insbesondere die Erhebung des Arbeitgeberbeitrags und die Einbeziehung der anderen Einkommensarten.

⁵⁴ a.a.O. S. 43 f.

⁵⁵ a.a.O. S. 35; eine entsprechende Regelung wäre denkbar z.B. in Anlehnung an § 164 SGB V.

⁵⁶ a.a.O. S. 5.

⁵⁷ a.a.O. S. 15

⁵⁸ a.a.O. S. 16f.

⁵⁹ Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember 2011, Beschluss – Nr. 59: „Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger“, veröffentlicht in Berlin, 6. Dezember 2011. Im Folgenden zitiert als „SPD-Beschluss 59“.

Dabei will die SPD „die Art der Krankenversicherung nicht mehr am Erwerbsstatus sondern am **Bürgerstatus** orientieren“⁶⁰. „Wir wollen durch einen einheitlichen, solidarischen Krankenversicherungsmarkt gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Anbieter der Krankenversicherung schaffen – öffentlich wie privat“, heißt es weiter. „Alle heute gesetzlich Versicherten und alle künftigen Krankenversicherten werden automatisch Mitglied der Bürgerversicherung. In Zukunft wird es daher nur noch die Bürgerversicherung als Krankenvollversicherung geben. Dies gilt ebenso für Beamte und Selbständige.“⁶¹

Diese **Stichtagsregelung** wird ergänzt um eine Wahloption für die PKV-Bestandversicherten, die jedoch **im Laufe eines Jahres** ausgeübt werden muss (siehe B). Der Übergangszeitraum ist also insgesamt relativ kurz.

B – Anreize zum Wechsel: Für die künftigen Anreizwirkungen im Spannungsfeld von PKV und Bürgerversicherung ist die Ausgestaltung der Wahloption der PKV-Bestandversicherten am wichtigsten. Hinzu kommen spezielle Regelungen für bestimmte Personengruppen (vor allem für die Beamten) und zu einzelnen Finanzierungselementen.

Den bisherigen **Privatversicherten soll eine Wahloption** eingeräumt werden, um sie aus der schon heute „nicht mehr beherrschbaren Prämienspirale nach oben“ zu befreien. „Privatversicherte können unabhängig von Alter und Gesundheitszustand in einem befristeten Zeitrahmen von einem Jahr nach Einführung wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln oder in ihren bestehenden PKV-Verträgen verbleiben wollen.“⁶² Sie sollen dabei die **Alterungsrückstellungen** „im verfassungsrechtlich zulässigen Rahmen“ mitnehmen.

Für die **Beamten** soll in der Bürgerversicherung ein „beihilfefähiger Tarif“ geschaffen werden. Den Bundesländern (und gemeint ist wohl auch dem Bund) obliege es daher, das Beihilferecht entsprechend anzupassen⁶³. Im Bericht der Projektgruppe Bürgersozialversicherung beim SPD-Parteivorstand wird präzisiert: „Somit erhalten Beamte erstmals die Möglichkeit, ihre Kinder kostenfrei mitzuversichern, ebenso, wie ihre nichterwerbstätigen Ehepartner.“⁶⁴

Die **paritätische Finanzierung** wird als ein „**zentrales Prinzip** der deutschen Sozialversicherung“ angesehen⁶⁵. Daher strebt die SPD nach der Herstellung der „**tatsächlichen**“ **Parität** im Sinne der Gleichheit der von beiden Seiten zu zahlenden Summen

60 a.a.O., S. 13. Im Folgenden zeigt sich, dass nicht die Rechtsstellung als ‚Staatsbürger‘ gemeint ist, sondern eher eine „Einwohnerversicherung“.

61 a.a.O., S. 14.

62 Ebenda.

63 „SPD-Beschluss 59“, S. 14.

64 Bericht der Projektgruppe Bürgersozialversicherung beim SPD-Parteivorstand: „Die Bürgerversicherung. – Vorschlag für ein solidarisches, gerechtes und leistungsfähigeres Gesundheitssystem“, Berlin Juni 2011. Im Folgenden zitiert als „SPD-Bericht“. Bezug genommen wird im Folgenden auf diese Fassung. Aktuell verfügbar ist beim SPD-Parteivorstand eine textidentische Broschüre vom September 2011 (Artikelnummer 3000508). Hier S. 15.

65 „SPD-Beschluss 59“, S. 16.

(und nicht der Prozentsätze). Damit soll der Arbeitgeberbeitrag von der sich verstärkenden Lohndifferenzierung unabhängiger gemacht werden und die bisher wegen der BBG begünstigten Hochlohnbranchen sollen stärker einbezogen werden⁶⁶. Präzisiert wird im SPD-Bericht: „Für sozialversicherungspflichtige Angestellte bleibt es beim Quellenabzugsverfahren, das wie gehabt durch die Krankenkassen durchgeführt wird. Dies gilt ebenso für neu zu versichernde oder wechselnde Beamte.“⁶⁷

Für Einkommen aus **selbständiger Tätigkeit** ergibt sich daraus die Logik, das Einkommen zweizuteilen und die eine Hälfte ohne BBG mit dem (etwas niedrigeren) Beitragsatz der Arbeitgeber zu belasten und die andere Hälfte bis zur BBG mit dem Beitragsatz für Arbeitnehmerneinkommen.

Die SPD-Arbeitsgruppe beschreibt das Verfahren zum **Arbeitgeberbeitrag** wie folgt: Er „wird als ein linearer, prozentualer Anteil an der gesamten Lohnsumme für bürger-versicherte (alternativ: alle versicherten) Arbeitnehmer beglichen. In dieser Lohnsumme enthalten sind neben den regulären Löhnen und Gehältern auch einmalige Bonuszahlungen etc.. Die Unternehmen führen den Beitrag als Summe an den Gesundheitsfonds ab. Der Gesundheitsfonds leitet die Mittel entsprechend dem Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen weiter (und gleicht ggf. durch PKV-Arbeitgeberpflichtzuschüsse entstandene Mehrfachbelastungen durch Erstattungen an die Arbeitgeber aus).“⁶⁸ Dabei wird nicht explizit erklärt, ob die PKV-Zuschüsse der Arbeitgeber weiterhin durch die BBG begrenzt werden. Jedenfalls ist die im Text bezeichnete Alternative nicht trivial: Im ersten Fall würden die die BBG übersteigenden Lohnbestandteile der in der PKV verbleibenden Arbeitnehmer arbeitgeberseitig nicht verbeitragt⁶⁹. Im zweiten Fall wäre es umgekehrt.

Die **Beitragsbemessungsgrenze** soll „entsprechend dem heutigen Niveau beibehalten und entsprechend dem hergebrachten Verfahren fortgeschrieben“ werden. Die Regelungen für beitragsfrei **mitversicherte Personen** werden nicht verändert⁷⁰.

Außerdem stellt die SPD fest: „Zukunftsszenarien zeigen, dass wir eine stärkere **Steuerfinanzierung** auch im Gesundheitssystem brauchen.“⁷¹ Eine Zweckbestimmung dieses Zuschusses wird jedoch nicht gegeben⁷². Stattdessen wird das Verfahren seiner Dynamisierung erläutert: „Der bestehende Steuerzuschuss wird zu einem Steuerbeitrag und entsprechend dem Verfahren in der Renten- und Arbeitslosenversicherung gemäß der Veränderungsrate der Umsatzsteuereinnahmen dynamisiert, mindestens bis die Dif-

66 a.a.O. S. 15.

67 SPD-Bericht, S. 18.

68 a.a.O. S. 20. Ein solcher Schritt würde politisch die Zuständigkeit der GKV für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags erneut zur Diskussion stellen.

69 Das könnte ein Interesse der Arbeitgeber auslösen, ihre in der PKV versicherten Mitarbeiter vom Übertritt in die BV abzuhalten.

70 „SPD-Beschluss 59“, S. 15.

71 a.a.O. S. 16.

72 Hinter dieser Zurückhaltung steckt wahrscheinlich nach wie vor der „Trick“, mit dem vermieden werden soll, dass ein expliziter Bezug dieses Zuschusses auf die Kostendeckung für die in der GKV versicherten Kinder wegen des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgebots zu Klagen der PKV führen würde.

ferenz zum bestehenden Zuschuss der Höhe einer (fiktiven) Verbeitragung der Kapitaleinkünfte der privaten Haushalte entspricht. Die Mittel werden aus einer Erhöhung der Steuern auf Kapitalertrag geschöpft.“⁷³ Die PKV erhält keinen Steuerzuschuss.

Es wird betont, dass der Gesundheitsfonds (mit seinem Finanzkraftausgleich) erhalten bleibt und der **morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich** weiterentwickelt werden soll⁷⁴. Dabei bleibt offen, ob auch an eine Einbeziehung der weiterhin PKV-Versicherten zumindest in den Finanzkraftausgleich gedacht wird. Wie das funktionieren könnte, bleibt allerdings ein offenes Problem (siehe C)⁷⁵.

C – Zukunftsperspektiven der PKV: Im Hinblick auf die Zukunft der PKV konstatiert die SPD, dass die Einführung einer Bürgerversicherung für die PKV „einen tiefen Einschnitt“ bedeutet. „Als Volkspartei haben wir auch eine Verantwortung besonders für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter privater Krankenversicherungsunternehmen.“ PKV-Unternehmen sollen daher „ebenso wie öffentlich-rechtliche Krankenkassen die Bürgerversicherung anbieten“ können. „Für Sie gelten exakt die gleichen Bedingungen.“⁷⁶ „Für bislang Privatversicherte bedeutet dies, dass sie bei ihrer Krankenkasse aus einem PKV-Tarif in den Bürgerversicherungstarif wechseln können, sofern ihre PKV diesen anbietet.“⁷⁷ Offen ist dabei, ob für sie nur diese Alternative besteht, oder ob sie auch in den BV-Tarif anderer PKV-Unternehmen bzw. in die BV wechseln können, die von den bisherigen GKV-Kassen angeboten wird. Die zitierte Formulierung legt die erste Variante nahe. An anderer Stelle wird jedoch das Gegenteil gefordert: Im Bericht der Projektgruppe Bürgersozialversicherung heißt es: „Die Bürgerinnen und Bürger sollen nach wie vor frei wählen können, bei welchem Krankenversicherungsunternehmen sie ihre Bürgerversicherung abschließen“ und „alle Krankenkassen, die die Bürgerversicherung anbieten, unterliegen einem Kontrahierungszwang.“⁷⁸ Auch die kurz darauf folgende Formulierung bestätigt, dass „**alle** bislang Privatversicherten eine alters- und risikounabhängige Option“ bekommen sollen, „in die Bürgerversicherung zu wechseln“⁷⁹. Das wäre dann unabhängig davon, ob ihr bisheriges PKV-Unternehmen auch einen BV-Tarif anbieten wird.

Weiter wird ausgeführt: „Die PKVen führen weiterhin ihre Bestandsversicherten. Die Kosten müssen aus individuellen Prämien und individuellen Altersrückstellungen voll gedeckt werden. Ein Anspruch für Bestandsprivatversicherte, Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, gibt es nicht.“⁸⁰ Auch die Beamten können unter Fortführung der Beihilfe im PKV-Bestand bleiben.

73 „SPD-Beschluss 59“, S. 16.

74 „SPD-Beschluss 59“, S. 15.

75 auch weil später im Text für die PKV-Versicherten, die „im Bestand“ bleiben, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeschlossen werden.

76 „SPD-Beschluss 59“, S. 16.

77 a.a.O. S. 17.

78 SPD-Bericht, S. 12.

79 a.a.O. S. 13.

80 „SPD-Beschluss 59“, S. 17.

Im Beschluss des Parteitags wird dazu im Hinblick auf die **Arbeitsplätze in der PKV** erklärt: „Wir werden mit den PKV-Unternehmen und den Mitarbeitern in einen Dialog treten, um den Übergang in einen einheitlichen solidarischen Versicherungsmarkt mit der Bürgerversicherung vorzubereiten.“⁸¹ Über ein Ergebnis solcher Gespräche ist derzeit offiziell nichts bekannt.

Die künftigen Chancen für **private Zusatzversicherungen** werden sich nach dem SPD-Konzept nicht erweitern: „Der umfassende Leistungskatalog der heutigen GKV soll auch in Zukunft beibehalten und durch die gemeinsame Selbstverwaltung auf der Basis der evidenzbasierten Medizin weiterentwickelt werden.“⁸² Die Richtung wird auch gewiesen durch die Stellungnahme zu den sog. **IGeL-Leistungen**, die „auf notwendige Maßnahmen, wie Schutzimpfungen von Tropenkrankheiten“ zurückgeführt werden sollen. Nur solche Maßnahmen müssen nicht durch die Versichertengemeinschaft getragen werden.⁸³ Ausschließlich „Luxusmedizin bleibt Privatsache“, heißt es dazu in einem anderen Papier⁸⁴.

Schließlich ist das Konzept der Bürgerversicherung im SPD-Beschluss in weitreichende Forderungen zur Umgestaltung des Gesundheitssystems eingebettet⁸⁵. Zum Beispiel wird die generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der BV gefordert; damit würde ein Privileg der bisherigen PKV-Versicherten abgebaut bzw. verallgemeinert⁸⁶. Von maßgeblicher Bedeutung für das Verhältnis von GKV und PKV ist jedoch vor allem die geplante **Vereinheitlichung der ärztlichen Honorarordnung** (GOÄ und EBM): „Die neue Honorarordnung gilt für Versicherte in der GKV/Bürgerversicherung, wie für Bestandsversicherte der PKV gleichermaßen. Gegenüber den Leistungserbringern sind Versicherte damit statusneutral. Dies ist die Voraussetzung für eine gleiche, indikationsbezogene Behandlung. Die Fehlanreize für eine Bevorzugung Privatversicherter entfallen.“⁸⁷

1.5 Zusammenfassung

In allen vier Konzepten sind Ausführungen über den **Implementationsprozess** der Bürgerversicherung und Hinweise auf die entsprechende Arbeitsmarktwirkung sehr rar. Unter den in der Einleitung des Kapitels angeführten Gliederungspunkten können jedoch die folgenden Feststellungen getroffen werden (siehe Abbildung 1).

81 Ebenda.

82 Ebenda.

83 Ebenda.

84 SPD-Parteivorstand: „Die Bürgerversicherung Aktuell, Fragen und Antworten“, Berlin, 3. Mai 2011

85 „SPD-Beschluss 59“, S. 4ff. Das betrifft z.B. die nachdrückliche Förderung der hausärztlichen Versorgung.

86 Im „SPD-Bericht“ heißt es dazu auf S. 8: „Eine Ungerechtigkeit des dualen Versicherungssystems ist es, dass sich Privatversicherte jederzeit im Krankenhaus ambulant behandeln lassen können, gesetzlich Versicherte nicht.“

87 „SPD-Beschluss 59“, S. 4.

A – Allgemeine Aussagen zum Übergang: In allen Konzepten wird das **Neugeschäft der PKV** im Bereich der Krankheitsvollkostenversicherung **ab einem Stichtag abgeschnitten**. Dabei bleiben zwar – im Rahmen der politischen Programme unerwähnt – Randprobleme offen: So wird z.B. (auch unter der Bedingungen der Bürgerversicherung) die Versicherung von Familienangehörigen (vor allem Kindern) von PKV-Bestandsversicherten künftig doch noch zu einem gewissen Neuzugang in der PKV führen. Abgesehen davon dürfte jedoch das Neugeschäft im Wesentlichen zum Erliegen kommen.

In allen Konzepten wird die **Dringlichkeit** der Einführung der Bürgerversicherung betont. Die politische Absicht dürfte daher sein, den genannten Stichtag so schnell wie möglich herbeizuführen. Auch für die PKV-Bestandsversicherten wird überwiegend eine schnelle und **umfassende Überführung** in die Bürgerversicherung angestrebt. Eine echte Wahlmöglichkeit in der PKV zu verbleiben oder die BV zu wählen gibt es nur beim SPD-Konzept. Bei der DGB-Reform-Kommission ist diese Optionsmöglichkeit nur die Second-best-Lösung. Insoweit stehen auch die PKV-Arbeitsplätze, die für die Betreuung der Bestandsversicherten zuständig sind, unter Druck. Sie dürften in dem Maße in Frage gestellt werden, in dem der Wechsel von PKV-Bestandsversicherten – sei es als gesetzliche Überleitung oder als freiwillige Wahlentscheidung – zur Bürgerversicherung stattfindet.

Zu den **Zeitperspektiven** und Modalitäten einer gesetzlichen Überleitung sind die Angaben in den Konzepten ebenfalls spärlich. Zum Beispiel wäre eine Streckung über mehrere Jahre möglich oder die Begrenzung auf bestimmte Alters- oder Statusgruppen. Wenn die DGB-Kommission von einem „langen Übergangszeitraum“ spricht, kann damit nur gemeint sein, dass die PKV als Vollversicherung nach hergebrachten Muster noch lange als „Auslaufmodell“ weiterexistiert.

Nur im SPD-Konzept ist diesbezüglich eine klare Bestimmung zu finden: Innerhalb **eines Jahres** sollen sich PKV-Bestandsversicherten entscheiden, ob sie in die BV wechseln oder in der PKV verbleiben. Die entsprechenden Arbeitsmarkteffekte können am Beispiel dieses Konzepts besonders zugespitzt dargestellt werden. Entscheidend sind allerdings die (ökonomischen) Anreize, die die zugrundeliegenden Wahlentscheidungen beeinflussen (siehe B).

B – Anreize zum Wechsel: Als Anreizwirkungen für einen Wechsel zwischen BV und dem PKV-Verbleib kommen vor allem die folgenden Punkte in Frage, die hier allerdings nur angerissen werden können. Eine ausführlichere Diskussion erfolgt im dritten Kapitel:

- DIE LINKE, DIE GRÜNEN und die DGB-Reform-Kommission wollen alle Einkommensarten verbeitragen. Sie wollen auch die **Beitragsbemessungsgrenze** massiv erhöhen wenn nicht völlig abschaffen. Das würde eine freiwillige Entscheidung von PKV-Versicherten mit hohen Gesamt-Einkommen für die BV deutlich bremsen. Die SPD will dagegen mit ihren diesbezüglichen Regelungen die Bürgerversicherung

auch für diesen Personenkreis attraktiv machen, zumal der Steuerzuschuss über die Zinsabschlagssteuer von allen Steuerzahlern, also auch von den in der PKV verbleibenden Mitgliedern getragen wird.

- Die paritätische **Finanzierung durch die Arbeitgeber** ist (auch in der SPD-Variante) für die Wahlentscheidung weitgehend neutral. Für höherverdienende Selbständige ist allerdings die SPD-Regelung zur Verbeitragung ihrer Einkommen tendenziell abschreckend.
- In allen Konzepten wird die Mitnahme der **Alterungsrückstellungen** aus der PKV in die Bürgerversicherung angestrebt. Ob das eine positive Anreizwirkung für den Wechsel in die BV hat, hängt davon ab, welche Auswirkungen die Mitnahme für die betreffenden Personen hätte. Dieser Punkt wird im Abschnitt 3.1.1 ausführlicher diskutiert.
- Die **Beamten** bzw. **Beihilfeberechtigten** sind die bedeutendste Mitgliedergruppe der PKV; sie machen rund die Hälfte ihrer Mitglieder aus. Sie sollen nach drei Konzepten in der BV wie Arbeitnehmer behandelt werden. Nur die SPD will das Beihilfesystem für die Beamten beibehalten und die Bürgerversicherung für diese Personengruppe daran anpassen. Das könnte sogar realistisch sein, weil mit der Föderalismusreform das Beamtenrecht auf Bund und Länder dezentralisiert worden ist. Alle Bundesländer einstimmig zur Ablösung des Beihilfesystems zu bewegen, was in den anderen Konzepten mindestens implizit gefordert wird, erscheint als wenig aussichtsreich. – Wenn die Beamten in die BV einbezogen werden, kommen sie z.B. in den Genuss der beitragsfreien Familienmitversicherung.
- Bei den **Selbständigen** muss nach der Einkommenshöhe unterschieden werden. Ein einkommensproportionaler Beitrag in der Bürgerversicherung könnte z.B. für derzeit PKV-versicherte Selbständige mit geringem oder mittlerem Einkommen günstiger sein als die PKV-Prämien, die sie gegenwärtig für sich und ihre Familienangehörigen zahlen müssen. Für höher verdienende Selbständige wirkt sich die SPD-Regelung in der BV dagegen ungünstig aus.
- Die **Familienmitversicherung** in der BV wirkt attraktiv für alle PKV-Mitglieder mit Familienangehörigen. Sie wirkt umso stärker, je geringer deren Einkommen ist. Nur die GRÜNEN haben mit dem Ehegatten-Splitting eine Veränderung der bisherigen Familienmitversicherung vor, die diesen Vorzug der Bürgerversicherung beschränken würde.
- So weit in den Konzepten ein **Steuerzuschuss** zur Bürgerversicherung vorgesehen ist, erhöht er deren Attraktivität. Ein entsprechender Zuschuss zur PKV ist in keinem Konzept vorgesehen.
- Eine Einbeziehung der PKV-Versicherten bzw. der PKV-Unternehmen in den **Risikostrukturausgleich** – wie jedenfalls bei den GRÜNEN und der DGB-Reform-Kommission gefordert – würde die in der PKV verbleibenden Mitglieder überwiegend belasten und dementsprechend die BV attraktiver machen.

Wesentlich ist, dass **alle diese Anreize gleichzeitig** wirken. Diese Wirkungen können sich daher kumulieren oder kompensieren. Je nach der individuellen Situation wird die ‚Bilanz‘ daher unterschiedlich ausfallen. Der Anreiz in die BV zu wechseln dürfte z.B.

für einkommensschwache Selbständige, die außerdem Familienangehörige mitversichern können, hoch sein. Für hochverdienende Selbständige ohne Angehörige dagegen schwach. Einige „typische“ Konstellationen werden im dritten Kapitel diskutiert.

C – Zukunftsperspektiven der PKV: Für die Zukunft der **PKV-Unternehmen** bzw. ihrer Mitarbeiter sind die folgenden Aussagen bzw. Elemente der BV-Konzepte bedeutsam:

- Bei der LINKEN und der DGB-Reform-Kommission soll die Beschäftigung der PKV-Mitarbeiter explizit gesichert werden (DGB-Reform-Kommission: „Beschäftigungsgarantie“). Es gibt allerdings keine näheren Aussagen dazu. Bei der SPD soll die Beschäftigung vor allem durch die Beteiligung der PKV-Unternehmen an der BV erhalten werden.
- Allerdings wollen nur die GRÜNEN und die SPD ermöglichen, dass die Bürgerversicherung auch von PKV-Unternehmen angeboten werden kann.
- Ob die durch den Wegfall des Neugeschäfts bedingten Arbeitsplatzverluste in der PKV durch größere Spielräume im Bereich der Zusatzversicherung aufgefangen werden können, hängt von politischen Entscheidungen ab. In den BV-Konzepten gibt es jedoch keine Hinweise, die für eine künftige Ausweitung des Potentials für Zusatzversicherungen sprechen.
- Die von der SPD und auch den GRÜNEN erhobene Forderung einer Angleichung der Arzthonorare ist nicht nur bedeutsam, um der „Zwei-Klassenmedizin“ entgegenzuwirken. Es ist im Wesentlichen die für die Ärzte lukrative privatärztliche Gebührenordnung, die Privatpatienten für sie attraktiv macht. Wenn aber PKV-Mitglieder nicht mehr (relativ) mehr Geld mit in die ärztliche Praxis bringen, verliert die PKV-Mitgliedschaft ihren wesentlichen „Mehrwert“ im Hinblick auf die medizinische Versorgung.

Im dritten Kapitel werden die hier genannten Aspekte im Zusammenhang diskutiert. Einbezogen werden dabei die Basis-Informationen zu den beiden Arbeitsmärkten von GKV und PKV. Von zentraler Bedeutung für die Kernfrage dieser Expertise sind dabei die in verschiedenen Konzepten vorgesehenen **Wahlentscheidungen**. Einerseits geht es um die PKV-Versicherten, die in die BV optieren oder in der PKV verbleiben können. Andererseits um die PKV-Unternehmen, die ggf. eine Bürgerversicherung gründen sollen. Wieweit das für die potentiellen Gründer – vorausgesetzt, dieser Akt sei freiwillig – ökonomisch Sinn macht, bleibt ebenfalls im dritten Kapitel zu diskutieren.

Abbildung 1: Aspekte der Bürgerversicherung: Vergleich der verschiedenen Konzepte

k.A.= keine Angaben

	Aspekte/Faktoren	Status Quo GKV	Status Quo PKV	DIE LINKE	GRÜNE	DGB-Reform-Kommission	SPD
A	Allgemeine Aussagen zum Übergang			sofort bzw. so schnell wie möglich	Stichtag, aber mit Übergangsfristen	Stichtag, mit Übergangsmodalitäten	Stichtag; für PKV-Bestandsversicherte ein Jahr Wahloption
B	Wechsel aus der PKV in die Bürgerversicherung und Anreize			nein, da Aufhebung der PKV	unklar	Wahl nur, wenn keine verpflichtende Überführung in BV möglich	PKV-Versicherte können binnen Jahresfrist die BV wählen
B1	Welche Einkommensarten werden herangezogen?	Arbeits- und Lohnersatz-einkommen	Fixe Prämien	alle	alle	alle	nur Erwerbseinkommen, aber Zinsabschlagssteuer
	Beitragsbemessungsgrenze	ja		zunächst wie RV, entfällt später völlig	Anhebung auf RV-Niveau; Freigrenzen für andere Einkommensarten	Anhebung auf RV-Niveau, ggf. Aufhebung bzw. Zwischenlösung	wie Status quo
	Beteiligung der Arbeitgeber			prozentuale Parität	prozentuale Parität	prozentuale Parität	Parität im Betrag
	Mitnahme der Alterungsrückstellungen aus der PKV			angestrebt, „mehrere Möglichkeiten“	angestrebt; soll „ernsthaft“ geprüft werden	angestrebt, wenn rechtlich möglich	angestrebt, so weit rechtlich möglich
B2	Personengruppen						
	Beamte		Faktisch Zwangsmitglieder in der PKV	einbezogen wie Arbeitnehmer; statt Beihilfe zahlt der AG seinen Beitragsanteil	einbezogen wie Arbeitnehmer; Zusatzleistungen sollen PKV-versichert werden	einbezogen wie Arbeitnehmer; statt Beihilfe zahlt der AG seinen Beitragsanteil	Schaffung eines „beihilfefähigen“ Tarifs in der BV; Dienstherr zahlt Beitragsanteil
	Selbständige	Für Geringverdiener hoher Mindestbeitrag		einbezogen wie Arbeitnehmer	einbezogen wie Arbeitnehmer	k. A.	Gespaltene Beitragszahlung wie AG/ Arbeitnehmer
	Familienangehörige	Mitversicherung	Individual-Prinzip	unverändert wie in GKV	Kinder unverändert; aber Ehegatten-Splitting	unverändert wie in GKV	unverändert wie in GKV
B3	Weitere Anreize zum Wechsel von der PKV in die Bürgerversicherung						
	Steuerzuschuss zur BV	seit 2004 schwankend	keine	k. A.	k. A.	Skeptisch; Ziel ist aber rechtliche Absicherung	Ja! Dynamisiert wie in RV; in Form der Zinsabschlagssteuer
	Einbeziehung der PKV in RSA			k. A.	Ja !	Ja !	Unklar
C	Zukunft der PKV						
	Aussagen zum PKV-Personal			wird in GKV überführt	k. A.	Beschäftigungsgarantie im integrierten BV-System	Beschäftigungssicherung durch BV-Gründung der PKV-U.?
	Zusatzversicherungen			Potential schrumpft stark	Potential schrumpft tendenziell	Potential wird eher eingeschränkt	Potential wird eher eingeschränkt
	Angleichung der Arzt-Honorare in beiden Systemen	EBM bzw. BEMA-Z	GOÄ bzw. GOZ	k. A.	Angleichung angedacht	k. A.	Angleichung als zentrale Forderung
	Gründungsmöglichkeit BV			k. A.	Ja !	k. A.	Ja !

Quelle: Eigene Recherchen des Autors

Zweites Kapitel: Die Arbeitsmärkte in GKV und PKV

Nach den politischen BV-Konzepten gibt es ab einem Stichtag so gut wie keine Neuzugänge mehr zur PKV-Vollversicherung, bis auf ggf. den geringen Zuwachs durch die Kinder bzw. Familienangehörigen von PKV-Bestandsmitgliedern⁸⁸. Je nach Konzept gibt es für die PKV-Bestandsversicherten entweder die „Überleitung“ in die BV in den Varianten „so schnell wie möglich“ oder in Schritten über einen längeren Zeitraum. Dabei ist völlig offen, in welche z.B. zeitlichen Etappen dieser Prozess gegliedert und ggf. nach welchen Personengruppen er segmentiert sein könnte. Schließlich gibt es die Variante der echten Wahloptionen vor allem nach dem SPD-Konzept. Hier sollen sich die PKV-Versicherten innerhalb eines Jahres für den Wechsel in die BV oder den **endgültigen Verbleib** in der PKV entscheiden. Auch bei den Konzepten der GRÜNEN und der DGB-Kommission gibt es Wahloptionen, allerdings ohne nähere Angaben zum Zeitfenster.

Dabei sind die heutigen Kassen der GKV nach allen BV-Konzepten ‚geborene‘ Anbieter der Bürgerversicherung. Nach zwei Konzepten sollen aber auch die PKV-Unternehmen „die Bürgerversicherung anbieten“ dürfen. Nach den Ergebnissen des ersten Kapitels liegt dabei auf der Hand, dass die Bürgerversicherung nach dem **Vorbild der GKV** konstruiert ist. Das gilt dementsprechend auch für deren wichtigste Geschäftsprozesse.

Im Hinblick auf die Arbeitsplätze in der künftigen Bürgerversicherung, die weitgehend denen der heutigen GKV gleichen dürften, und in der PKV stellen sich somit vier grundsätzliche Fragen:

- Wie verkraften die Anbieter der Bürgerversicherung die künftigen Mitglieder- bzw. Versicherten-Zuwächse?
- Kann ein eventueller Personal-Mehrbedarf in der Bürgerversicherung aus dem bisherigen Personal der PKV gedeckt werden?
- Welche Auswirkungen hat der Verlust bzw. die Verminderung des Geschäftsvolumens bei der hergebrachten PKV-Vollversicherung?
- Welche Chancen haben die neuen BV-Angebote von PKV-Unternehmen, das bisherige PKV-Mitgliederpotential in einem neuen Geschäftsmodell zu halten bzw. sogar neue Mitglieder aus den bisherigen GKV-Kassen zu gewinnen?

Vor diesem Hintergrund sollen zunächst die beiden Arbeitsmärkte in GKV und PKV beschrieben werden.

88 Die DGB-Kommission will auch Neugeborene in die Bürgerversicherung einbeziehen (siehe S. 33). Das würde in vielen Fällen zu der ungewöhnlichen Situation führen, dass ein sorgepflichtiges PKV-Mitglied die Interessen seines Kindes in der BV wahrnehmen müsste. Nach welchen Kriterien wäre übrigens dessen Beitrag zu berechnen?

1. Erstens wird jeweils zunächst ein **Überblick über die Unternehmensstrukturen** gegeben. Größe und Charakteristika der Institutionen geben erste Hinweise auf die Auswirkungen von Mitgliederbewegungen.
2. Zweitens wird der **aktuelle Personalstand** und seine Entwicklung dargestellt.
3. Drittens werden **Vergütungssituation und Qualifikation** der Beschäftigten beschrieben, weil von ihnen die mögliche Austauschbarkeit von Personal zwischen GKV und PKV abhängig ist. Dabei spielt auch die Frage der Arbeitsplatzsicherheit in den Unternehmen bzw. Systemen eine Rolle.
4. Viertens werden die **wesentlichen Geschäftsprozesse in GKV und PKV** skizziert. Dabei wird die Zuordnung der Personalanteile geschätzt. Der Wechsel von Mitgliedern und namentlich bestimmter Mitgliedergruppen zwischen beiden Versicherungssystemen bzw. die entsprechenden Maßgaben der BV-Konzepte wirken sich nämlich unterschiedlich für die Beschäftigten in den verschiedenen Geschäftsprozessen aus.
5. Schließlich werden kurz die **regionalen Aspekte** angesprochen. Die regionale Konzentration der Versicherten und die regionalen Schwerpunkte bei den Arbeitsplätzen spielen für den möglichen „Transfer“ von Versicherten, aber auch von Personal zwischen beiden Systemen eine Rolle.

Dabei werden auch Hinweise zum Grad der Automatisierung/Rationalisierung der jeweiligen Arbeitsprozesse gegeben. Die „Industrialisierung“ der Geschäftsprozesse bietet nämlich (ebenso wie z.B. die Teilzeitquote bei der Beschäftigung) Indizien für die **Elastizität des Arbeitspotentials**. Diese Anpassungsfähigkeit ist etwa für die Frage bedeutsam, ob und wieweit die Wanderung von Versicherten mit Personalabbau oder Personalzuwachsen verbunden ist.

2.1 Der Arbeitsmarkt der GKV

2.1.1 Die gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind höchst unterschiedlich. Trotz der zahlreichen Fusionen in den letzten Jahrzehnten bieten die derzeit 134 Kassen ein sehr differenziertes Bild. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt dazu einige Hinweise. Die Kassen unterscheiden sich z.B. nach regionalen Schwerpunkten, Marktanteilen, Größe, Zugänglichkeit für bestimmte Personengruppen etc. Auch die in der Tradition der GKV begründeten Kassenarten spielen immer noch eine wichtige Rolle.

Die Heterogenität der Kassenlandschaft soll hier nicht ausführlich beschrieben werden. Unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsplätze ist sie aber in Betracht zu ziehen. Dabei ist z.B. eine offene Frage wie sich die „Neuzugänge“ der Bürgerversicherung bzw. die Wahlentscheidungen von PKV-Bestandsversicherten, die in die BV optieren, auf die

BV-Anbieter verteilen. Wenn sich dabei keine Gleichmäßigkeit bzw. Proportionalität ergibt, könnten einzelne Kassen überfordert werden bzw. müssten zwangsläufig Personal einstellen. Das gilt erst recht, wenn es sich um kleinere Kassen handelt; derzeit gibt es z.B. nur 14 Kassen mit deutlich über einer Million Versicherten. Rund 100 Kassen haben weniger als 300.000 Versicherte und davon rund 70 Kassen weniger als 50.000 Versicherte⁸⁹.

Tabelle 1: Anzahl der Kassen, der Mitglieder und Versicherten Januar 2013

Kassenart	Insgesamt	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	vdek
Kassen insgesamt	134	11	109	6	1	1	6
landesunmittelbar	53	11	39	3			
bundesunmittelbar	81		70	3	1	1	6
regional geöffnet	59	11	45	3			
bundesweit geöffnet	42		32	3		1	6
nicht geöffnet	33		32		1		
Mitglieder gesamt	52.170.253	18.223.779	8.406.128	3.992.118	545.778	1.431.621	19.570.829
Versicherte gesamt	69.589.487	24.243.324	11.595.277	5.428.245	753.769	1.746.832	25.822.040
Familienquote (Versicherte/ Mitglieder)	1,33	1,33	1,38	1,36	1,38	1,22	1,32
Beschäftigte insgesamt (ohne Eigenbetriebe)	133.788	54.489	20.531	10.271	1.662	4.972	41.863

Quellen: BMG GKV-Mitgliederstatistik KM 1 und eigene Berechnungen (Familienquote); Personal zum Stichtag 30. Juni 2011 nach BMG „Gesetzliche Krankenversicherung: Personal- und Verwaltungskosten 2011“ auf Basis der GKV-Statistiken KG1/ 2011 und KJ1/ 2011.

2.1.2 Die Beschäftigten der GKV

Die GKV beschäftigte 2012 einschließlich ihrer Verbände rund 134.000 Mitarbeiter⁹⁰. In dieser Zahl (siehe Tabelle 2) sind nach Angaben des Jahres 2011 ca. 5.000 Beschäftigte in Altersteilzeit und fast 5.600 Beschäftigte in Mutterschutz bzw. Elternzeit sowie rund 1.800 „unbezahlt Beurlaubte“ enthalten⁹¹. Der Anteil der Teilzeitquote interessiert dabei unter zwei Gesichtspunkten: Einerseits soll hier die Grundlage für den Vergleich des administrativen Aufwandes für die Versicherten in GKV und PKV gelegt werden. Andererseits gibt die Teilzeitquote einen Hinweis auf die potentielle Elastizität des bei der GKV vorhandenen Arbeitsvolumens.

⁸⁹ Dienst für Gesellschaftspolitik, Ausgabe 8 – 2013, Seite 10ff.

⁹⁰ Quellen sind die jährlich fortlaufenden amtlichen Statistiken (KG1 und KJ1) der GKV, die auf der Homepage des BMG zur Verfügung stehen. Für die Personalzahlen gilt jeweils der Stichtag 30. Juni.

⁹¹ BMG: Daten des Gesundheitswesens 2011, Tabelle 6.20.

Da die Statistik Personen zählt und keine **Vollzeitäquivalente** ausweist, muss der entsprechende Wert geschätzt werden. Bei einem insgesamt hohen Frauenanteil (geschätzt ca. 60 Prozent), einer hohen Arbeitsplatzsicherheit und einer relativ familienfreundlichen Einstellung der GKV-Arbeitgeber dürfte von einer Teilzeitquote in Höhe von mindestens ca. 10 bis 15 Prozent auszugehen sein⁹². Wenn man z.B. bei ca. 73.000 (aktiven) weiblichen Beschäftigten von 40 Prozent mit halber Stelle ausgeht, ergibt sich ein Abzug in Höhe von ca. 15.000 Vollzeitstellen. Im Ergebnis ist damit zu rechnen, dass die gesamte Arbeit in der GKV von rund 100.000 bis maximal 110.000 Mitarbeitern als Vollzeitäquivalente bewältigt wird.

Tabelle 2: Personal der GKV in 1000

Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Beschäftigte	150	147	144	136	132	138	138	133	134	134	134

Quelle: BMG: „Entwicklung der Personal- und Verwaltungskosten der GKV“ (Statistiken KJ1 und KG1) aus den auf der Homepage des Ministeriums verfügbaren Jahrgänge 2003 bis 2012.

Die Zahl der Mitarbeiter ist seit der Jahrtausendwende gesunken, obwohl sich die Mitglieder- bzw. Versichertenzahlen kaum verändert haben. Von einer generellen Vereinfachung der Verwaltungsprozesse in der GKV wird man jedoch nicht ausgehen können⁹³. Es sind vielmehr neue personalintensive Aufgaben und Funktionen hinzugekommen. Zum Beispiel:

- **Service und Beratung:** Das Angebot der Kassen reicht von der Rehabilitations- und Pflegeberatung über Präventionsleistungen und betriebliche Gesundheitsförderung bis hin zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern und der Entwicklung und Bereitstellung von Pflege- und Arztportalen. Dabei stehen solche Dienstleistungen erst am Anfang ihrer Entwicklung. Durch die Fortschritte in der Telekommunikation werden sie immer mehr nachgefragt. Gleichzeitig haben die meisten großen Kassen immer noch ausgedehnte Geschäftsstellennetze. So unterhält z.B. die BARMER GEK über 800 Geschäftsstellen und auch die DAK kommt auf fast 800 Beratungsstellen für ihre Versicherten.
- **Selektive Verträge** (z.B. zur hausarztzentrierten Versorgung und Arzneimittel-Rabattverträge) beleben den Wettbewerb der Kassen im Leistungsbereich und nützen den Versicherten. Modellversuche dienen der Weiterentwicklung des Leistungskatalogs und sollen die Effizienz der Versorgung steigern. Die konzeptionelle Entwicklungsarbeit dafür findet meist in Arbeitsteilung statt, oder ist, vor allem für die kleineren Kassen, bei den Verbänden bzw. spezialisierten Dienstleistungsunternehmen ausgelagert und konzentriert.

92 In einzelnen Kassen liegt die Teilzeitquote nach Auskunft der Personalverantwortlichen bei 25 Prozent und darüber.

93 Vgl. zu den folgenden Absätzen auch Robert Paquet: „Einfach kompliziert – Bürokratie und Verwaltungskosten der Krankenkassen“, in „Welt der Krankenversicherung“, Ausgabe 6/2012, Seite 176 – 179.

Gleichzeitig sind die „normalen“ Verwaltungsabläufe (Mitgliederverwaltung, Beitrags-
einzug, Abrechnungsverfahren mit den Leistungserbringern etc.) im Zeitalter der IT
immer weiter technisiert und rationalisiert worden. Dazu die folgenden Stichworte:

- In der **Datenverarbeitung** der GKV gibt es inzwischen eine massive Zentralisie-
rung. Der Markt teilt sich faktisch unter zwei großen Anbietern, der SAP-gestützten
OSCARE-Software des AOK-Systems und der BITMARCK-Entwicklung, die von
der Masse der BKKs und IKKs sowie von der DAK genutzt wird. Nur die Techni-
ker Krankenkasse verfolgt noch eine nennenswerte eigene, kassenindividuelle EDV-
Strategie. Bei kleineren Kassen ist sowohl der Rechnerbetrieb wie auch die Anwen-
derberatung weitgehend zentralisiert und wird kooperativ durchgeführt.
- **Fusionen** sind in Sachen Verwaltungseffizienz keineswegs der ‚Treiber‘, wie nicht
nur von A.T. Kearny⁹⁴ immer wieder vermutet wird. Viele kleinere Kassen boten
und bieten bis heute eine effizientere Betreuung ihrer Versicherten, d.h. weniger
Mitarbeiter unterstützen mehr Mitglieder als im GKV-Durchschnitt. Einige große
Kassen haben dagegen aufwändige Apparate, ohne dass die Versicherten damit bes-
ser gestellt wären. Mehrere Kassen⁹⁵ arbeiten bekanntlich mit Nachdruck an Reor-
ganisationsprojekten, die ihre Effizienz erhöhen sollen. Insoweit ist der allgemeine
Personalabbau in der GKV auch nicht dem Rückgang der Kassenzahl geschuldet,
sondern der Rationalisierung der Verwaltungsabläufe, die oft auch mit dem Outsour-
cing spezieller Funktionen einhergeht (z.B. im Bereich der Rechnungsprüfung oder
des Beitragseinzugs).

Der Anteil der Verwaltungskosten an den GKV-Ausgaben insgesamt schwankte seit
1991 zwischen 4,95 (1995) und 5,79 (2004) Prozent (vgl. **Tabelle 3**). Er liegt im Jahr
2011 bei 5,2 Prozent und ist in den letzten Jahren sogar leicht gesunken. Im Durch-
schnitt betreut ein GKV-Mitarbeiter mehr als 500 Versicherte.

Tabelle 3: Leistungsausgaben und Verwaltungskosten der GKV

Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Leistungsausgaben insgesamt in Euro je Versicherten	1.767	1.840	1.898	1.934	1.866	1.913	1.970	2.054	2.149	2.291	2.363	2.426
Netto-Verwaltungskosten in Euro je Versicherten	102	108	113	116	115	116	115	116	118	127	136	134
Veränderung zum Vorjahr (in %)												
Leistungsausgaben insgesamt		4,11	3,13	1,88	-3,47	2,48	2,99	4,25	4,62	6,63	3,15	2,58
Netto-Verwaltungskosten		5,14	5,25	2,80	-0,86	0,18	-0,41	0,96	1,39	7,89	7,07	-0,98

Quelle: BMG: „Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln“

⁹⁴ „Deutsches Gesundheitssystem auf dem Prüfstand – Kostenfalle Komplexität – Eine Studie von A.T. Kearny“,
Dezember 2011, Düsseldorf.

⁹⁵ Z. B. die BARMER GEK und die AOK Nord-Ost.

Dabei erweisen sich die einzelnen Kassen der GKV als sehr unterschiedlich. Hinter den in **Tabelle 4** beispielhaft dargestellten Verwaltungskosten stehen zwar nicht nur Personalkosten; sie machen allerdings über 70 Prozent⁹⁶ aus. Die einzelnen Kassen haben eine unterschiedliche Leistungsanspruchnahme, tragen unterschiedliche Morbiditätslasten und haben – personalwirksam – z.B. auch unterschiedliche Service-Konzeptionen (z.B. Geschäftsstellenpolitik und Gesundheitsförderung), Leistungsangebote (arbeitsintensive Satzungsleistungen, Wahltarife, Beratungsleistungen etc.) und Verwaltungseffizienz (Automatisierungsgrad der Verwaltung, Out-Sourcing etc.)⁹⁷. In den Netto-Verwaltungskosten der GKV von 9,5 Milliarden Euro (2010) sind rund 0,5 Milliarden Euro für die Pensionslasten und Beihilfen der Versorgungsempfänger, d.h. der ehemaligen DO-Angestellten (GKV-„Beamten“) enthalten. Auch diese Belastungen sind natürlich ungleich verteilt.

Tabelle 4: Verwaltungskosten (brutto) der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011 je Versichertem

Kasse	Euro pro Jahr
AOK Baden-Württemberg	130
AOK Nord-Ost	196
AOK Rheinland Hamburg	143
BARMER GEK	137
BIG direkt gesund	94
BKK VBU	119
SBK (Siemens BKK)	117
Techniker Krankenkasse	105

Quelle: Geschäftsberichte der Kassen im Internet, eigene Recherche

Die Verwaltungskosten je Vollversichertem in der PKV liegen rund drei Mal so hoch wie in der GKV: Die PKV musste z.B. im Jahr 2008 pro Versichertem durchschnittlich 384 Euro aufwenden gegenüber 118 Euro in der GKV⁹⁸. Dabei machen die „persönlichen Verwaltungskosten“, d.h. die Gehälter der Beschäftigten, in der GKV den größten Anteil der Verwaltungskosten aus, während in der PKV in dieser Position z.B. auch die Abschlussgebühren (Provisionen) für die Verträge enthalten sind. Letztere machen dort rund zwei Drittel des Verwaltungsaufwands aus.

96 Eigene Berechnung nach BMG: „Gesetzliche Krankenversicherung – Personal- und Verwaltungskosten 2011“ auf der Basis der GKV-Statistiken KG1/ 2011 und KJ1/ 2011.

97 vgl. z.B. auch Dr. Boris Augurzy und Dr. Sebastian Krolop: „Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen – Forschungsprojekt für die ‚BIG direkt gesund‘“, Juli 2010, Projektbericht des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI, Essen) und der ADMED GmbH.

98 Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010, herausgegeben vom PKV-Verband e.V. Köln. Hier Seite 68 und 27; der gesamte Verwaltungs- und Abschlussaufwand wird durch die Zahl der vollversicherten PKV-Mitglieder dividiert. Dabei werden zwar die Zusatzversicherungen ausgeblendet, die Zahl verweist aber zutreffend auf die Größenordnung.

2.1.3 Vergütung

Die Gehälter sind in der GKV durch Tarifverträge bzw. für die DO-Angestellten durch öffentlich-rechtliche Besoldungsordnungen geregelt. Sie entsprechen weitgehend dem übrigen öffentlichen Dienst bzw. liegen leicht über den Vergleichswerten der Länder. Der Anteil der Beschäftigten des Höheren Dienstes liegt 2010 bei unter 9 Prozent. Die Masse der Beschäftigte gehört zum tarifgebundenen „gehobenen“ (ca. 37 Prozent) und „mittleren“ Dienst (ca. 46 Prozent)⁹⁹. In der GKV dürfte weniger als ein Prozent der Beschäftigten eine außertarifliche Vergütung erreichen. Ein Indiz dafür ist, dass von den 206 Vorständen der Kassen im Jahr 2011 nur etwa die Hälfte mehr als 100.000 Euro im Jahr verdienten. Allerdings liegen die Gehälter bei den größten Kassen der Branche (Techniker Krankenkasse, DAK und BARMER GEK) bei 220.000 bis 280.000 Euro. Gemessen an den Mitarbeiterzahlen und Umsätzen dieser Institutionen ist das jedoch nur ein Bruchteil dessen, was in vergleichbaren privatwirtschaftlichen Unternehmen gezahlt wird¹⁰⁰. Das gilt erst recht für die private Versicherungswirtschaft.

Mehr als die Hälfte der Mitarbeiter bewegt sich in den Tarifgruppen 5 und 6¹⁰¹, was in den mittleren Vergütungsstufen zu Jahresgehältern in Höhe von 30.000 – bis 35.000 Euro und in der jeweiligen Endstufe in Höhe von 35.000 bis 40.000 Euro führt¹⁰². Nach dem Ersatzkassen-Tarifvertrag (EKT) wird noch etwa zehn bis 15 Prozent mehr bezahlt; hinzu kommt für viele Beschäftigte faktisch ein 14. Monatsgehalt¹⁰³.

2.1.4 Qualifikation

Die Kernkompetenz ist mit der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten (SoFa) bzw. Krankenkassenfach- oder betriebswirt umschrieben. In den fachbezogenen Kernprozessen der GKV-Kassen dominiert diese Qualifikationsgruppe nach wie vor mit 60 bis 85 Prozent der Beschäftigten; das läuft immer noch auf mehr als die Hälfte des gesamten Personals der GKV hinaus. In der allgemeinen Verwaltung werden zunehmend auch Personen mit anderen Berufen eingestellt. Das betrifft z.B. die Datenverarbeitung und Personalverwaltung sowie andere Verwaltungsaufgaben, die keine krankenkassenspezifische Ausbildung erfordern. Es kommen immer mehr Mitarbeiter aus anderen Büro- und Industriebereichen in die GKV. Die GKV-Vorstände machen dafür u.a. den zunehmenden Fachkräftemangel verantwortlich. Für spezielle Fachaufgaben werden Juristen und (immer noch vereinzelt) Mediziner bzw. Apotheker herangezogen. Für Aufgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung werden häufig Menschen aus Krankenpflegeberufen, Pädagogen, Sozialarbeiter, Arzt- und Zahnarzhelferinnen und Ernährungsberater eingestellt. In die Führungsetagen ziehen immer öfter Absol-

99 Ergebnisse der GKV-Statistiken KG1/ 2011 und KJ1/ 2011, herausgegeben vom BMG.

100 Veröffentlichte Daten nach Bundesanzeiger.

101 Bezogen auf die Tarifverträge für AOK, BKK und IKK.

102 Siehe Gehaltstabellen im Internet: bei www.gewerkschaft-der-sozialversicherung.de

103 EKT – Ergänzungstarifvertrag Nr. 25 vom 22.12.2011.

zenten von Hochschulen und Fachhochschulen vor allem aus ökonomischen Fächern ein (mit einem gewissen Schwerpunkt bei der Betriebswirtschaftslehre).

2.1.5 Geschäftsprozesse in der GKV

Wenn man die Beschäftigungswirkung einschneidender Reformen in GKV und PKV prognostizieren will, muss man die wesentlichen Geschäftsprozesse in beiden Systemen und die entsprechende Verteilung des Personals betrachten. Im Folgenden wird dazu eine Schätzung der Größenverhältnisse für die GKV insgesamt vorgelegt. Dabei kann nach allen politischen Konzepten davon ausgegangen werden, dass die Geschäftsprozesse der GKV auch die der Bürgerversicherung sein sollen.

Die zugrundeliegenden Daten sind nicht öffentlich. Sie werden von den im Wettbewerb stehenden Kassen sogar als Geschäftsgeheimnisse betrachtet. Auf der Basis einer persönlichen Abfrage bei sieben Kassen der wichtigsten Kassenarten und unterschiedlicher Größe wurde eine „idealtypische“ Organisationsstruktur geschätzt, in der die Angaben der einzelnen Kassen aufgehen und dadurch anonymisiert werden. Erfragt wurden Vollbeschäftigungsäquivalente (VBE).

Obwohl alle Kassen der GKV im Prinzip die gleichen Aufgaben erfüllen, haben sie doch eine höchst unterschiedliche Aufbau- und Ablauforganisation. Das gilt auch innerhalb der „Kassenarten“. Außerdem sind die Bezeichnungen für die einzelnen Aufgabenbereiche sehr unterschiedlich. Vor allem die Software-Entwicklung und die Datenverarbeitung (Rechnerbetrieb etc.) sind oft an Dritte oder Arbeitsgemeinschaften ausgelagert. Das gilt auch für Bestandteile der allgemeinen Verwaltung, der Abrechnung und der Vertrags-Dienstleistungen. Zum Teil werden solche Vertrags-Aufgaben auch durch die Verbände der Kassen erfüllt (z.B. bei den Ersatz- und Betriebskrankenkassen).

Unabhängig von diesen Variationen sind in der folgenden **Tabelle 5** die wichtigsten Geschäftsprozesse dargestellt. Das verwendete Raster lag auch der Abfrage bei den Kassen zugrunde. Zu erläutern sind die folgenden Punkte:

- 1. „Leistungen (allgemein)“: Hier handelt es sich eigentlich um eine Restkategorie des Leistungsbereichs (Ziffer 1. bis 9.), in der alle Aufgaben des (kassenspezifischen) Vertragswesens und der Abrechnung/Prüfung mit den Vertragspartnern/Leistungserbringern einerseits, mit den Versicherten andererseits zugeordnet werden, soweit sie nicht zu den spezielleren Punkten 2. bis 9. gehören. Zu 1. gehört z.B. auch die hochspezialisierte Abrechnungsprüfung für Arzneimittel.
- 2. „Ärzte“: Die sog. „Gesamtverträge“ der Kassen mit den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) regeln die Beziehungen kollektiv. Mit Abrechnungsvorgängen hat die einzelne Kasse nur im Rahmen von Selektivverträgen bzw. des Vertragscontrolling zu tun. Die Abrechnungen werden von den KVen erstellt und nur in Konfliktfällen näher bearbeitet.

- 4. „Kostenerstattung“: Kostenerstattung kommt in besonderen Einzelfällen (§13 SGB V) oder als Wahltarif nach § 53 SGB V vor. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass die im Einzelfall aufwendige Kostenerstattung bei den Kassen meist unter der Ein-Prozent-Schwelle bleibt. Einen Hinweis dazu gibt die amtliche Statistik KM 1, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für die Krankenkassen geführt wird. Danach waren im Jahresdurchschnitt 2010 „nur“ insgesamt 304.953 Mitglieder in **Kostenerstattungstarifen** eingeschrieben. Vermutlich sind das Mitglieder mit unterdurchschnittlicher Morbidität.
- 10. „Kundenservice/Geschäftsstellen/Marketing/Vertrieb“: Die Geschäftsstellenpolitik der Kassen (und umgekehrt der Grad der Zentralisierung von Geschäftsprozessen) ist sehr unterschiedlich. In vielen Kassen werden Leistungsanträge etc. z.B. noch abschließend in den Geschäftsstellen bearbeitet. Nur hochkomplexe Problemfälle erreichen die Zentrale. Insoweit korrespondiert ein hoher Personalanteil in den Geschäftsstellen mit niedrigeren Personalanteilen in den Kategorien 1. – 9. Andererseits wird gelegentlich auch die Strategie verfolgt, alle Aufgaben in den einzelnen Leistungssegmenten zusammenzufassen. Das reicht von der spezialisierten fachlichen Beratung der Versicherten über die Anspruchsprüfung bis hin zur Abrechnung. Der Trend dürfte sich eher vom „dezentralen Universalsachbearbeiter“ zur „zentralen Spezialisierung“ hinbewegen, wie es ein Experte formulierte. Wo dieser Prozess derzeit steht bzw. wo er sinnvollerweise Halt machen sollte, kann im Rahmen dieser Expertise nicht analysiert werden.
- 11. „Regress“: Hier ist das gesamte Forderungsmanagement gemeint, im Hinblick auf die Versicherten, die Leistungserbringer sowie sonstige Institutionen wie z.B. Rentenversicherungen und Berufsgenossenschaften.
- 12. „Versicherungen/Meldewesen“: Die gesetzlichen Krankenkassen sind bei Fragen der Versicherungspflicht und des Meldewesens die zentralen Anlauf- und Servicestellen für die Sozialversicherung insgesamt. Sie sind auch die ersten Ansprechpartner für die Arbeitgeber in diesen Fragen. Dabei sind vor allem die Kategorien 12. bis 14. (und eigentlich sogar 12. bis 17.) nicht trennscharf. Der Arbeitsaufwand ist z.B. abhängig vom Wechselverhalten der Mitglieder, der Häufigkeit von Statuswechseln, der Qualität der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern, dem Automatisierungsgrad der Datenverarbeitung etc.
- 13. „Beiträge (GSV-Einzug)“: Der Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV) (d.h. nicht nur für Kranken- und Pflegeversicherung, sondern auch für die Renten- und Arbeitslosenversicherung) ist eine Hauptaufgabe der GKV. Für diese Leistung erhalten die Krankenkassen eine Aufwandserstattung von der DRV und der Bundesagentur. Ein weiterer Aspekt ist der Aufwand für Mitglieder, die keine Arbeitnehmer sind (Selbständige, Studenten, bestimmte freiwillige Mitglieder). Für rund sieben Millionen Mitglieder muss der Beitragseinzug über individuelle Konten organisiert werden. Zum Teil müssen – vor allem für die Selbständigen – individuelle Beitragsberechnungen vorgenommen und regelmäßig angepasst werden.
- 14. „Familienversicherung“: Im Rahmen des Meldewesens ist die Feststellung der Berechtigung zur beitragsfreien Familienmitversicherung eine besondere und im

Einzelfall anspruchsvolle Aufgabe. Verwiesen sei hier exemplarisch auf die Verpflichtung zur Mitversicherung von Kindern beim höher-verdienenden Elternteil (§ 10 Abs. 3 SGB V). Gerade sie führt immer wieder zu Konflikten auch im Verhältnis zur PKV.

- 15. „Vollstreckung“: Ein besonderer Aufwand ist die Vollstreckung gegenüber den Arbeitgebern (in Abgrenzung zum „Regress“). Sie hängt u.a. von der Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft der Betriebe ab. Außerdem gibt es hier erhebliche Unterschiede, wieweit die Kassen die Vollstreckung selbst betreiben oder Dritte damit beauftragen (z.B. die Hauptzollämter).
- 16. „Zusatzbeitrag“: Wenn ein Zusatzbeitrag eingezogen werden muss, ist das sehr aufwendig, weil neben dem Beitragseinzug vom Arbeitgeber bzw. von der Rentenversicherung individuelle Versichertenkonten eingerichtet werden müssen. Beim Einzug kleinerer Beträge kann es bei diesem Verfahren sogar zu negativen „Erträgen“ kommen. Wenn ein Zusatzbeitrag erhoben wird, kann das durchaus bis zu einem Prozent des Personals der Kasse in Anspruch nehmen.
- 17. „Arbeitgeberbetreuung“: Aus den erwähnten Gründen betreiben alle Kassen einen besonderen Service für ihre „Arbeitgeber-Kunden“ (von der GSV-Beratung bis hin zur betrieblichen Gesundheitsförderung). Das betrifft beispielsweise auch den Betrieb einer Ausgleichskasse für die Arbeitgeberumlagen U1 und U2 (für Lohnfortzahlung in Kleinbetrieben und den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld).
- 18. „sonstige und Querschnittsaufgaben“: Neben den in der Klammer genannten Funktionen gehören hierher: Revision, Controlling, Finanzen, Facility Management, Post¹⁰⁴, Justitiariat etc. Dieser Kategorie sollten grundsätzlich auch die Auszubildenden zugeordnet werden.

Im Ergebnis zeigt sich, dass rund ein Fünftel der GKV-Beschäftigten mit Aufgaben zu tun haben (GSV und Meldewesen etc.), die in der privaten Versicherung überhaupt nicht bzw. nicht in gleicher Weise vorkommen. Das gilt für den Bereich des Beitrags-einzugs und der Arbeitgeberkontakte, d.h. die Geschäftsprozesse 11. bis 17. Allerdings gibt es hier eine enorme Schwankungsbreite (15 bis 30 Prozent des Personals); kleinere Kassen haben hier höhere Anteile, große Kassen eher niedrigere Personalanteile in diesem Bereich. Ein relativ kleines Segment davon, nämlich der individuelle Beitrags-einzug bei freiwillig Versicherten, weist Übereinstimmungen von GKV und PKV auf. Allerdings bleibt der Unterschied zwischen dem Einzug einer festen Prämie und einem (einkommensbezogenen) Beitrag. Grundsätzlich besteht der Unterschied, dass die GKV im öffentlich rechtlichen Rahmen handelt, die PKV dagegen privatrechtlich. Das hat erhebliche Konsequenzen für das Verfahren bis hin zur Vollstreckung.

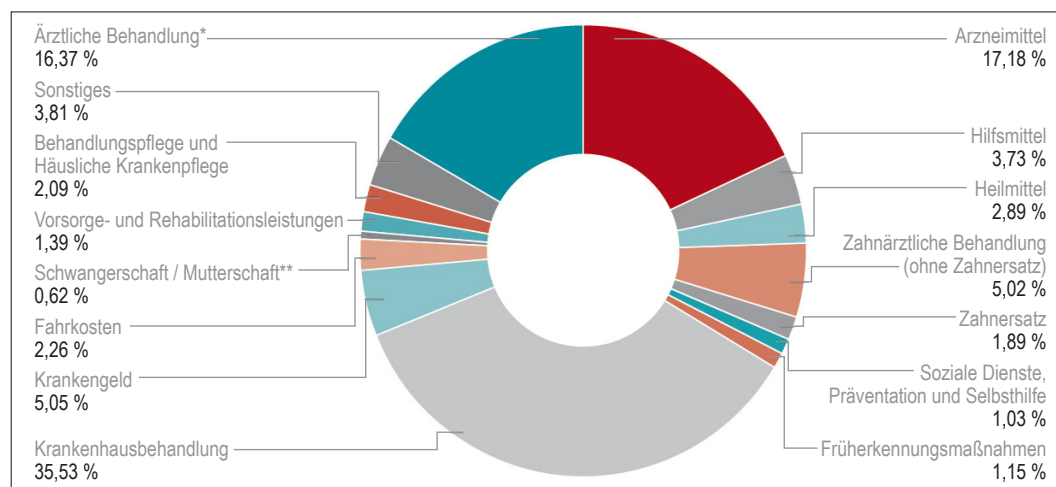
104 In den meisten Kassen ist die Digitalisierung der Eingangspost, die die unter Ziffer 10. angesprochenen Prozessveränderungen überhaupt erst möglich macht, inzwischen weit fortgeschritten. So können alle Vorgänge (z.B. Anträge etc.) ortsunabhängig bearbeitet werden. Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und andere Formulare werden inzwischen in elektronische Form umgewandelt. Die bevorstehenden Umbrüche im Hinblick auf eine weitergehende bis vollständige elektronische Kommunikation mit den Kassen deuten sich erst an. Die Verbreitung der elektronischen Signatur wird dabei eine entscheidende Rolle spielen.

Im Bereich der „Sonstigen Querschnittsaufgaben“ (18.) ist dagegen rund ein Fünftel des Personals mit Aufgaben beschäftigt, die weitgehend GKV-unspezifisch sind und mehr oder weniger in jeder Verwaltung bzw. größeren Organisation vorkommen. Das gilt z.B. für die Datenverarbeitung, den Bereich I&K, Personal- und Gebäudeverwaltung, Einkauf, Rechnungswesen etc. Demensprechend dürften hier auch die Qualifikationen der Mitarbeiter entsprechend allgemein sein. Allerdings sind auch hier „Einsprengsel“ mit hoher GKV-Spezifität zu finden. So weisen die Haushaltsregeln der Sozialversicherung einige Abweichungen vom sonstigen öffentlichen Dienst und erst recht von der Privatwirtschaft auf und z.B. das Justitiariat beschäftigt sich zwar auch mit allgemeinen zivil- und arbeitsrechtlichen Problemen, in der Hauptsache jedoch mit hochspezialisierten Fragen des Sozialrechts. Dabei kann man sich gerade am Beispiel des Justitiariats klarmachen, welche Möglichkeiten des Outsourcing im Bereich dieser Querschnittsaufgaben bestehen: z.B. die Übertragung bestimmter Aufgaben an die Kassenverbände oder die Beauftragung externer Anwälte.

Tabelle 5: Schätzung der Personalanteile in Vollbeschäftigungseinheiten nach Arbeitsbereichen in der GKV 2012 (in Prozent)

	Teilbereich	GKV Durchschnitt	Spanne in % von minimal bis maximal	davon wiederum Anteile	
				Leistungs-/Antragsbearbeitung	Verträge/Abrechnung
1.	Leistungen (allg.)	7	3 - 20		
2.	Ärzte (z.B. HZV, DMPs und anderes mehr)	2	1 - 4	50	50
3.	Arbeitsunfähigkeit/Krankengeld	8	5 - 11		
4.	Kostenerstattung				
5.	Vorsorge/Rehabilitation	4	3 - 6		
6.	Krankenhaus	6	3 - 8	60 - 80	20 - 40
7.	zahnärztliche Leistungen/Zahnersatz	3	2 - 5	70 - 80	20 - 30
8.	Hilfsmittel	3	2 - 4	70 - 80	20 - 30
9.	Pflegeleistungen (SPV und HKP)	5	2 - 10	80 - 90	10 - 20
10.	Kundenservice/Geschäftsstellen/Marketing/Vertrieb	20	6 - 35		
11.	Regress	3	2 - 4		
12.	Versicherungen/Meldewesen	5	4 - 15		
13.	Beiträge (GSV-Einzug)	6	3 - 11		
14.	Familienversicherung	2	2 - 5		
15.	Vollstreckung	2	2 - 6		
16.	Zusatzbeitrag	(1)			
17.	Arbeitgeberbetreuung	3	2 - 6		
18.	Sonstige und Querschnittsaufgaben (Vorstand, Personal, IT, Rechnungswesen etc.)	20	16 - 22		
	Stand 8. Januar 2013	100			

Quelle: Eigene Erhebungen wie in Abschnitt 2.1.5 beschrieben

Abbildung 2: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2011 in Prozent

* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten;

** ohne stationäre Entbindung

Darstellung: GKV-Spitzenverband; **Quelle:** Amtliche Statistik KJ 1

Ins Auge fällt, dass die Kassen nur wenig Personal zur Abrechnung von Arzneimitteln und ärztlichen Leistungen benötigen. Wie der Vergleich mit den Leistungsausgaben der GKV zeigt (**Abbildung 2**), entspricht der Personalaufwand der Kassen insofern nicht den Kostenanteilen der Leistungsausgaben. Die Kassen konzentrieren sich in ihrer Organisation auf die antrags- bzw. genehmigungspflichtigen Leistungen, bei denen ein Fallmanagement bzw. (teilweise) Leistungssteuerung betrieben werden kann. Ein professionelles Engagement kann in diesen Feldern (Arbeitsunfähigkeit/Krankengeld, Reha, Zahnersatz und Hilfsmittel etc.) nicht nur den Versicherten nützen, sondern sich auch betriebswirtschaftlich für die Kasse „lohnen“. In diesen Bereichen findet auch eine spezialisierte Rechnungsprüfung statt, die im Allgemeinen für die Versicherten unschädlich ist. Umgekehrt gehört es zu den Charakteristika der PKV, dass sie bisher i.a. keine Leistungssteuerung betreibt und betreiben will (Stichwort: „budgetfreie Zone“).

Daran zeigt sich auch, dass sich nur für etwa ein Drittel des Personalaufwandes der GKV (Kategorien 2. bis 9. und zum Teil Kategorie 1. und 10.) ein direkter bzw. indirekter Morbiditätsbezug ergibt. Selbst bei der Übernahme einer PKV-Klientel mit unterdurchschnittlicher Morbiditätsbelastung würde die GKV daher nicht wirklich viel gewinnen: Die Zusatzbelastung beim komplizierteren Beitragseinzug (z.B. der freiwillig Versicherten) würde den vermutlich unterdurchschnittlichen Personalbedarf auf der Leistungsseite wahrscheinlich überkompensieren. Ein „beihilfefähiger“ Tarif in der BV für die Beamten, wie ihn etwa die SPD fordert, würde z.B. den Aufwand für Kostenerstattung (Ziffer 4.) massiv nach oben treiben. Überhaupt liegt bei Kostenerstattung der administrative Aufwand relativ zu den Leistungskosten weit über dem GKV-Durchschnitt.

Die Prozesse, die in der PKV das „Massengeschäft“ der Schadensregulierung ausmachen, d.h. die Abrechnung der ärztlichen Leistungen und der Arzneimittel, erzeugen dagegen in der GKV nur einen vergleichsweise geringen Aufwand. Die Abrechnungen der einzelnen niedergelassenen Ärzte gehen an die KVen, werden dort zusammengefasst und in Sammelrechnungen an die Kassen weitergeleitet. Die Apotheker leiten die GKV-Rezepte an die Apothekenabrechnungszentren weiter, die wiederum Sammelrechnungen für die Kassen erzeugen. Erfassung, Prüfung und Aufbereitung der Leistungskosten sowie die Rechnungstellung erfolgen weitgehend automatisiert; die entsprechenden Arbeiten finden außerhalb der Kassen statt. Als Faustgröße kann man davon ausgehen, dass in den KVen (einschließlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – KBV) rund 10.000 Mitarbeiter beschäftigt sind. In den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) arbeiten rund 3.000 Mitarbeiter. Für die Apothekenabrechnungszentren in Deutschland, deren Prozesse ein hohes Maß an Standardisierung aufweisen, kann man mit etwa 1.200 bis 1.300 Mitarbeitern rechnen.

2.1.6 Regionale Schwerpunkte

Im Verhältnis zur PKV, die Unternehmenssitze nur an wenigen Standorten vor allem in Westdeutschland (mit Schwerpunkt NRW) hat, ist die GKV mit ihrem Personal weit gestreut. Das AOK-System und die meisten großen Ersatzkassen legen Wert auf die „Präsenz in der Fläche“ mit einem großen Geschäftsstellennetz. Diese Breite ist bei der PKV nur mit dem Netz der Versicherungsvermittler vergleichbar. Andererseits sind auch in der GKV die höheren Positionen der Hierarchie und die wichtigsten Unternehmensfunktionen in wenigen Zentren konzentriert. Die Zentralen der AOK befinden sich im Allgemeinen in den Landeshauptstädten. In Hamburg haben wichtige Ersatzkassen ihren Sitz (TK, DAK und HEK). Die Betriebskrankenkassen sind mit ihren Standorten in der ganzen Bundesrepublik vertreten, mit Schwerpunkt in den ‚alten‘ Bundesländern.

Mit ihrer regionalen Aufstellung könnte die GKV/BV die zusätzlichen Mitglieder – nach einem stichtagsbezogenen Stopp des Neugeschäfts der PKV – problemlos integrieren. Nur wenn die Wahlentscheidungen dieser Mitglieder extrem von dem bisherigen regionalen Verteilungsbild der Mitgliedschaft abweichen würden, könnte es zu Schwierigkeiten bzw. zu einem nennenswerten personellen Mehrbedarf in einzelnen Kassen kommen. Auch bei einer gesetzlichen Überleitung der PKV-Bestandsversicherten bzw. einem beschleunigten Wahlprozess von der PKV in die Bürgerversicherung käme es auf die regionale Verteilung dieser neuen BV-Mitglieder an. Da die PKV ihre wesentlichen Mitgliederpotentiale in den westdeutschen Bundesländern hat, würde sich die dort dichtere Angebotslandschaft der Bürgerversicherung positiv auswirken. Angesichts der sehr starken regionalen Konzentration der PKV-Unternehmen bzw. ihrer Mitarbeiter (siehe Abschnitt 2.2.6) dürfte es jedoch für die BV nicht einfach sein, im Falle einer gesetzlich geregelten Übernahme dieser Beschäftigten regional genau „passende“ Arbeitsmöglichkeiten zu finden (auch wieder vor allem in Westdeutschland).

2.1.7 Arbeitsplatzsicherheit

Erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 ist die Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen erweitert und einer breiteren Öffentlichkeit überhaupt bewusst gemacht worden. Unabhängig davon war die GKV bisher ein Hort der Arbeitsplatzstabilität und ist es immer noch. Davon zeugen auch die einschlägigen Regelungen im SGB V (§ 164 SGB V und die Bezugnahmen darauf bei anderen Kassenarten), die für die meisten Beschäftigten einer Kasse faktisch die Weiterbeschäftigung bei Kassen ihrer Kassenart garantieren. Die Fusionen der letzten Jahrzehnte haben die Arbeitsplätze der Beschäftigten nicht wirklich gefährdet. Einige wenige Kassenschließungen gab es im Bereich der BKKs. Aber auch dort ist die „Abwicklung“ des Personals insgesamt relativ geräuschlos verlaufen. Erst der (Ausnahme-)Fall der City-BKK hat einmalig zu heftigeren Auseinandersetzungen um die Zukunft der Mitarbeiter geführt¹⁰⁵. Wie auch sonst im öffentlichen Dienst üblich, werden die Mitarbeiter nach einer bestimmten Betriebszugehörigkeit unkündbar (z.B. beim Ersatzkassentarifvertrag – EKT nach 20 Jahren).

Bezeichnend für die Arbeitsplatzsicherheit in der GKV sind die sog. „**DO-Angestellten**“¹⁰⁶, die als de-facto Beamte bis in die 90er Jahre für die Kassenlandschaft prägend waren (bis auf die Ersatzkassen). Der Status der Dienstordnungs-Angestellten (DO-Angestellten) wurde nach 1996 gesetzlich geschlossen. Die DO-Angestellten haben eine beamtenrechtliche Versorgungszusage und sind deshalb von der Sozialversicherungspflicht befreit. Sie genießen die gleiche Arbeitsplatzsicherheit wie Beamte. Die ursprünglich mit diesem Status Beschäftigten behalten ihn seit 1996 ohne Einschränkung weiter. Das betrifft vor allem die AOKen und Innungskrankenkassen, die früher hauptsächlich DO-Angestellte beschäftigten. Auch heute gibt es noch rund 11.000 aktive DO-Angestellte in der GKV¹⁰⁷.

2.2 Der Arbeitsmarkt der PKV

In diesem Abschnitt werden zunächst die PKV-Versicherer als Bestandteil der privaten Versicherungswirtschaft dargestellt. Daraus ergeben sich Hinweise auf die unterschiedliche Betroffenheit der Unternehmen durch die Einführung einer Bürgerversicherung. Dabei spielt etwa das Verhältnis von Vollversicherungs- und Zusatzversicherungs-Geschäft eine wesentliche Rolle. Beide Bereiche repräsentieren in den Unternehmen ganz unterschiedliche Geschäftsmodelle. Dann werden die Informationen zu den Beschäftigten im Bereich der PKV vorgestellt.

105 Das hängt u.a. damit zusammen, dass die ursprünglichen „Trägerunternehmen“, die Länder/Städte Berlin und Hamburg, beim Übergang ihres Personals an die Kasse bestimmte Garantien übernommen hatten ...

106 „DO“ steht für „Dienstordnung“. Körperschaften des öffentlichen Rechts können ihren Beschäftigten durch den Erlass einer sog. „Dienstordnung“ eine beamtenrechtliche Versorgung zusichern. Diese Beschäftigten werden dann sozialversicherungsfrei. Diese Möglichkeit gab es bis 1996 auch für die Kassen der GKV.

107 BMG: Personalstatistik KG1/2011 und KJ1/2011.

2.2.1 Die privaten Versicherungsunternehmen

Die PKV ist ein integraler Bestandteil der privaten Versicherungswirtschaft. Fast alle Versicherungsunternehmen sind in mehreren Sparten tätig. Auch jene, die ursprünglich alleine mit Krankenversicherung angefangen hatten, haben ihre Geschäftsfelder inzwischen z.B. auf Lebens- und Sachversicherungen ausgeweitet. Dadurch lässt sich das Personal oft nicht eindeutig den PKV-Aufgaben zuordnen bzw. die Mitarbeiter sind für mehrere Sparten tätig. Das gilt vor allem für alle vertriebsnahen Aufgaben und die allgemeine Administration.

Die großen Versicherungskonzerne, aber auch die kleineren Versicherungsunternehmen haben ganz unterschiedliche Schwerpunkte. Auch innerhalb der Sparte gibt es nicht „die“ PKV, sondern einzelne Unternehmen mit jeweils einer besonderen Ausrichtung (siehe **Tabelle 6**). Sie unterscheiden sich u.a. nach ihrer Rechtsform¹⁰⁸, nach den Hauptzielgruppen, nach dem Schwerpunkt im Vollversicherungs- oder Zusatzversicherungsgeschäft etc. Einige Unternehmen betreiben nur Zusatzversicherungen. Sie sind typischerweise nicht besonders prämienstark, weisen aber in der Statistik eine hohe Zahl der „versicherten Personen“ aus. Einige Versicherungen haben in den letzten Jahren gewaltige Zuwächse bei den Zusatzversicherungen verzeichnet. So ist z.B. ENVI-VAS im Jahr 2005 in diesem Feld von Null gestartet und hatte 2011 schon über 860.000 Versicherte. Auch ERGO Direkt, DEVK und DKV weisen enorme Steigerungen im Zusatzgeschäft aus.

Die Zusatzversicherungen haben in den vergangenen Jahren insgesamt den stärksten Zuwachs erfahren. Ursache dafür sind insbesondere zwei Faktoren: Durch tatsächliche und gefühlte Grenzen im Leistungskatalog der GKV halten immer mehr Menschen eine zusätzliche Absicherung für sinnvoll. Außerdem sind seit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003 Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen möglich geworden¹⁰⁹. Im Jahr 2010 gab es rund 22 Millionen Zusatzversicherungen¹¹⁰, Ende des Jahres 1999 erst 13,8 Millionen¹¹¹.

Zu unterscheiden sind im Bestand außerdem die Versicherungen, die „nach Art der Lebensversicherung“ gestaltet sind, d.h. die Alterungsrückstellungen bilden: Krankheitskostenvollversicherung, Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Pflegetagegeldversicherung und die Pflege-Pflichtversicherung etc. Sie sind naturgemäß umsatz- bzw. prämienstark. Daneben gibt es Versicherungen „nach Art der Schadensversicherung“, die mehr oder weniger nach einem Umlageprinzip funktionieren; das sind z.B. vor allem die umsatzschwachen und meist gegen „Einmalbetrag“ abgeschlossenen Auslandsreise-Krankenversicherungen¹¹². Nach Angaben des PKV-

108 Eine aktuelle Studie der Fachhochschule Ludwigshafen (Autor: Hermann Weinmann) zeigt für die Lebensversicherungen: Die „Leistung hängt nicht von der Rechtsform ab“. Das dürfte auch für die PKV gelten. (FAZ vom 1. Dezember 2012, Seite 23).

109 PKV-Zahlenbericht 2010/2011, S. 34 und § 194 Abs. 1a SGB V.

110 Ebenda, – Angabe ohne die kurzzeitigen Auslandsreise-Krankenversicherungen.

111 PKV-Zahlenbericht 1999/2000, S. 16.

112 vgl. BaFin: „Zusammenfassung der Bilanzen – Krankenversicherungsunternehmen 2011“, Tabelle 450.

Verbandes gab es im Jahr 2010 rund 24,5 Millionen Auslandsreise-Krankenversicherungen¹¹³.

Der **Umsatzanteil** der Unternehmen, der auf **Zusatzversicherungen** entfällt, lag im Jahr 2011 im Durchschnitt bei 22,7 Prozent. (Dabei werden als „Zusatzversicherungen“ neben der „Zusatzversicherung zum GKV-Schutz“ auch die Krankentagegeld- und die Krankenhaustagegeldversicherung, die „Krankheitskostenteilversicherung“ und die Pflegezusatzversicherung zusammengefasst¹¹⁴. Außerdem werden auch die „besonderen Versicherungsarten“ einbezogen¹¹⁵.) Umgekehrt heißt das, dass die Krankheitsvollversicherung¹¹⁶ 77,3 Prozent des Prämienvolumens ausmacht. Ihr Anteil ist sogar seit 2001 von rund 74 Prozent fast kontinuierlich um mehr als drei Prozentpunkte gestiegen¹¹⁷. Von einem merklichen Bedeutungszuwachs der Zusatzversicherungen kann also – jedenfalls was das Prämienvolumen betrifft – nicht die Rede sein. Zwar gibt es einen kontinuierlichen Zuwachs der versicherten Personen bei allen wichtigen Zusatzversicherungen¹¹⁸. Aber auch die Zahl der Vollversicherten ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen; deren Prämienvolumen dürfte somit stärker gestiegen sein als der Prämienzuwachs aus den Zusatzversicherungen¹¹⁹.

Wie **Tabelle 6** ebenfalls zeigt, haben die Unternehmen höchst unterschiedliche Angebots-Portefeuilles. Das zeigt sich z.B. beim Vergleich der beiden Branchenriesen DEBEKA und DKV mit rund 4,7 bzw. 4,8 Milliarden Euro Prämienaufkommen. Dabei zählen die „Beihilfe-Ergänzungstarife“ z.B. der DEBEKA als Vollversicherungen, obwohl sie nur etwa die Hälfte des Krankheitsrisikos absichern. Auch der Blick auf andere umsatzstarke Unternehmen zeigt, dass sich z.B. die jeweiligen Zusatzversicherungen in ihrem finanziellen Gewicht deutlich unterscheiden.

Nicht zuletzt zeigt die Tabelle, dass der Abschlussaufwand stark divergiert und auch die Verwaltungskosten weit auseinanderliegen. Die Abschlussaufwendungen betragen im Durchschnitt 8 Prozent der Bruttoprämien und schwanken bei den größeren Unternehmen (mit über 1 Mrd. Euro Umsatz) zwischen 7 und 12 Prozent. Die Verwaltungskosten liegen im Schnitt bei 2,5 Prozent und schwanken bei den genannten Unternehmen zwischen 1,3 (DEBEKA) und 3,5 (AXA) Prozent¹²⁰. Vermutlich ist auch die Rentabilität der verschiedenen Unternehmen in der PKV sehr unterschiedlich.

113 PKV-Zahlenbericht 2010/2011, S. 36.

114 Für die genauen Definitionen siehe PKV-Zahlenbericht 2010/2011, S. 14f. und S. 41. Dabei werden z.B. Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowohl als „Zusatzversicherungen“ für PKV-Vollversicherte als auch zur Ergänzung für GKV-Mitglieder abgeschlossen. Das gilt naturgemäß auch für „Pflegezusatzversicherungen“. Im Sprachgebrauch der PKV zählen als „Zusatzversicherungen“ oft nur die GKV-Ergänzungsversicherungen. Die Grundtendenz der folgenden Aussagen wird davon jedoch nicht berührt.

115 Dabei handelt es sich um die Auslandsreise-Krankenversicherungen und z.B. „Beihilfeablösungsversicherungen“ einzelner Beihilfeträger oder „Lohnfortzahlungsversicherungen“ einzelner Arbeitgeber (siehe a.a.O. S. 15). Sie machen nur rund 2 Prozent des Beitragsaufkommens aus (a.a.O. S. 41).

116 Hier immer ohne die Pflegepflichtversicherung.

117 GDV: Statistisches Taschenbuch 2012, Tabelle 46.

118 GDV: Statistisches Taschenbuch 2012, Tabelle 47.

119 Das heißt hier, dass sich 100 % Prämienvolumen aus Krankheitsvollversicherung und Zusatzversicherungen zusammensetzen, ohne Pflegeversicherung aber mit Pflegezusatzversicherung.

120 BaFin, a.a.O. Tabelle 460.

Eine mit der Einführung der Bürgerversicherung verbundene Einschränkung ihrer Geschäftstätigkeit könnten diejenigen Unternehmen bzw. Holdings besser verkraften, bei denen die PKV-Sparte nicht die Hauptrolle spielt, wie z.B. beim Allianz-Konzern oder bei der HUK. Unternehmen dagegen, die weit überwiegend PKV-Geschäft betreiben, wie z.B. die DEBEKA oder die BARMENIA, wären dagegen massiv betroffen. Der unterschiedliche Stellenwert der Vollversicherung und des Zusatzversicherungsgeschäfts lässt sich aus der Tabelle ersehen (siehe vor allem die Spalten 6 und 8).

Tabelle 6: Versicherungszweig Krankenversicherung (PKV) (alphabetisch)

	Name des Versicherungs-Unternehmens	Anzahl der versicherten natürlichen Personen zum 31.12.2010	Vollversicherte am 1.1.2011 ¹²¹	Zusatzversicherte am 1.1.2011 ¹²²	Anteil Spalte 4 von Spalte 3 ¹²³ in v. H.	Verdiente Brutto-Beiträge in Tsd. Euro	Jahres-Beiträge pro Kopf der vers. nat. Personen (Spalte 7 zu 3 in Euro)	Ab-schluss-Aufwand als Anteil von Spalte 7 in v.H.	Verwal-tungs-aufw. als Anteil von Spalte 7 in v. H.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ALLIANZ PRIV.KV AG	2.411.605	694.010	1.717.595	28,8	3.194.890	1.325	7,0	2,8
2	ALTE OLDENBURGER	149.049	43.113	105.936	28,9	184.539	1.238	5,1	1,7
3	ALTE OLDENBG. KRANKEN	88.665			0	789	9	13,6	6,0
4	ARAG KRANKEN	461.297	45.279	416.018	9,8	285.628	619	12,4	2,9
5	AUGENOPTIKER AUSGLCH.	14.424			0	4.565	316	2,0	4,1
6	AXA KRANKEN	1.458.768	737.573	752.210	50,6	2.280.163	1.563	6,3	3,5
7	BARMENIA KRANKEN	1.259.167	306.265	952.902	24,3	1.402.294	1.114	7,3	2,5
8	BAYERISCHE BEAMTEN K	1.038.828	387.414	883.137	37,3	1.450.840	1.397	7,5	2,2
9	BERUFSFEUERWEHR HANN.	1.326				1.437	1.084	–	8,0
10	CENTRAL KRANKEN	1.841.425	508.990	1.332.435	27,6	2.158.981	1.172	12,4	2,8
11	CONCORDIA KRANKEN	82.696	9.434	73.262	11,4	41.139	497	8,9	3,1
12	CONTINENTALE KRANKEN	1.311.946	385.157	926.789	29,4	1.391.438	1.061	8,8	2,6
13	DEBEKA KRANKEN	3.687.670	2.148.964	1.579.588	58,3	4.688.267	1.271	4,3	1,3
14	DEVK KRANKEN VERS.-AG	205.023	1.365	295.804	0,7	46.691	228	12,7	3,5
15	DKV AG	4.388.757	911.000	3.449.223	20,8	4.758.779	1.084	7,4	2,5
16	DT. RING KRANKEN	652.343	125.783	526.560	19,3	583.864	895	16,6	2,9
17	DÜSSELDORFER VERS. KR.	22.266			–	11.150	501	17,8	3,1
18	ENVIVAS KRANKEN	313.746	0	866.328	0	54.434	173	11,7	4,5
19	ERGO DIREKT KRANKEN	1.266.491	0	1.266.491	0	265.421	210	27,4	5,0
20	FREIE ARZTKASSE	29.803	29.671	132	99,6	41.749	1.401	1,4	3,2
21	GOTHAER KV AG	548.370	167.488	379.053	30,5	797.884	1.455	8,5	3,2
22	HALLESCHE KRANKEN	609.860	229.851	347.663	37,7	1.005.944	1.649	8,8	2,8
23	HANSEMERKUR KRANKEN_V	1.268.297	172.255	1.090.052	13,6	714.583	563	21,4	2,4
24	HANSEMERKUR S.KRANKEN	4.384.110			–	91.172	21	0,1	0,1
25	HANSEMERKUR KRANKEN	15.058			–	555	37	4,5	6,5
26	HUK-COBURG KRANKEN	892.836	374.021	518.815	41,9	931.677	1.044	3,7	0,9
27	INTER KRANKEN	379.250	150.304	227.889	39,6	655.117	1.727	9,4	3,0
28	LANDESKRANKENHILFE	403.659	206.628	197.031	51,2	796.813	1.974	1,9	1,6
29	LIGA KRANKEN	3.986	3.986	4.105	100,0	13.404	3.363	0,6	1,7
30	LOHNFORTZ.KAS. AURICH	21				419		–	2,1
31	LOHNFORTZ.KASSE LEER	29				903		–	5,0
32	LVM KRANKEN	294.773	70.936	223.837	24,1	253.843	861	7,8	2,7
33	MANNHEIMER KRANKEN	77.264	25.073	52.191	32,5	113.458	1.468	10,0	4,4
34	MECKLENBURGISCHE KRA.	38.338	1.039	ca. 37.000	2,7	9.005	235	14,9	5,4
35	MÜNCHEN.VEREIN KV	247.699	94.607	153.092	38,2	472.460	1.907	8,9	3,0
36	NÜRNBG. KRANKEN	232.233	42.559	181.427	18,3	160.063	689	10,1	3,1
37	PAX-FAMILIENF KV AG	155.090	40.899	113.510	26,4	133.755	862	5,5	2,5
38	PROVINZIAL KRANKEN	142.315	13.752	128.563	9,7	48.179	338	9,6	2,8
39	OPEL AKTIV PLUS	98.106				4.247	43	5,3	5,0
40	R+V KRANKEN	495.489	46.188	449.303	9,3	253.829	512	13,0	1,9
41	SIGNAL KRANKEN	1.986.093	469.981	1.516.112	23,7	2.068.623	1.042	8,0	2,9
42	SONO KRANKEN	4.367				478	109	–	17,6
43	ST. MARTINUS KRANKEN	847	847	0	100,0	2.562	3.025	–	3,7
44	SÜDDEUTSCHE KRANKEN	587.445	169.384	410.174	28,8	688.733	1.172	6,5	1,2
45	UNION KRANKENVERS.	1.040.434	113.082	927.352	10,9	597.455	574	11,6	2,2
46	UNIVERSA KRANKEN	361.121	142.274	206.003	39,4	491.942	1.362	8,0	3,0
47	VEREINTE SPEZIAL K	–				274		–	12,6
48	VIGO KRANKEN	k.A.							
49	WÜRTT. KRANKEN	172.593	23.198	203.927	13,4	123.633	716	15,2	4,2

Quelle: Jahresbericht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) 2011, Seite 293 und BaFin: „Ausgewählte Kennzahlen der Krankenversicherungsunternehmen 2010 (Tabelle 460), sowie „Dienst für Gesellschaftspolitik“ (dfg) Ausgabe 9-1011, dfg-PKV-Ranking, erschienen in Berlin am 25. August 2011. Eigene Berechnungen auf dieser Basis (Spalte 6 und 8).

121 Die Summe der Spalten 4 und 5 stimmt nicht immer mit der Angabe in Spalte 3 überein. Ursache sind die hier nicht berücksichtigten sog. „Kooperationsversicherten“ und zum Teil Stichtagsdifferenzen.

122 Siehe vorherige Anmerkung.

123 Eine ungefähre Angabe aus den genannten Gründen.

2.2.2 Die Beschäftigten der PKV bzw. der Versicherungswirtschaft

Für die Beschäftigten der PKV gibt es keine amtliche Statistik. Da die maßgeblichen Unternehmen in mehreren Sparten tätig sind, werden viele Geschäftsprozesse gemeinsam für das ganze Unternehmen betrieben. Das Personal im Vertrieb, im Außendienst, im Marketing, beim Inkasso, im Rechnungswesen/Controlling und bei den Kapitalanlagen wird überwiegend erst im Rahmen der Kostenstellen/-träger-Rechnung den Sparten zugeordnet. Auch die allgemeine Administration mit der IT und dem Dokumentenmanagement (Post) sowie die Stabsfunktionen (Revision, Rechtsabteilung etc.) sind spartenübergreifend. Nur die Schadensregulierung/Leistungsabteilung ist i.a. sparten-spezifisch, weil hier besonderes Fachwissen (z.B. zum Zusammenhang von Diagnosen, medizinischen Prozeduren und Arzneimitteln etc.) erforderlich ist und sich insoweit eine Spezialisierung lohnt.

Nach Angaben des Gesamtverbandes der Versicherungswirtschaft¹²⁴ waren in der Sparte Krankenversicherung bei den PKV-Unternehmen im Jahr 2009 (letzte Angabe) rund 40.900 Mitarbeiter angestellt. Diese Zahl wird vom Arbeitgeberverband der Versicherungswirtschaft e.V. (AGV) mitgeteilt. – Wegen der darin nur zum Teil enthaltenen spartenübergreifenden Funktionen handelt es sich um eine Schätzung, die nach Auskunft des AGV aber tendenziell zu niedrig liegt: Die Beschäftigten der Holdinggesellschaften und ausgelagerten Gesellschaften werden in dieser Statistik pauschal der Schaden/Unfallversicherung zugeordnet¹²⁵.

Eine **Plausibilitätsüberprüfung** kann auf zwei Wegen versucht werden. Einmal ausgehend von den Branchenzahlen (A), die recht zuverlässig für die gesamte Versicherungswirtschaft vorliegen. Dabei beruhen beispielsweise die Angaben zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten¹²⁶ auf einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit für den AGV¹²⁷, die u.a. zur Vorbereitung der Tarifverhandlungen dient. Der andere Weg geht von den Daten der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) aus (B).

A – Nach dem Geschäftsbericht des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) e.V.¹²⁸ gab es Ende 2012 (Stichtag 9.11.2012) insgesamt rund 555.800 Erwerbstätige in der Versicherungswirtschaft. Davon waren sozialversicherungspflichtig Beschäftigte 301.200 (bei Erst- und Rückversicherern und im Versicherungsvermittlergewerbe). Davon waren wiederum 215.900 in

124 Gesamtverbandes der Versicherungswirtschaft (GDV): „Statistisches Taschenbuch der Versicherungswirtschaft 2012, Tabelle Nr. 9. Die Zahlen des GDV und des AGV ohne Mitarbeiter in passiver Altersteilzeit.

125 Ebenda, Fußnote 4.

126 Einschließlich der Rückversicherungen mit einem Anteil von ca. 10.000 Mitarbeitern.

127 Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen in Deutschland e.V. (AGV): „Sozialstatistische Daten 2011 – Versicherungswirtschaft“, München im September 2012, Seite 14.

128 Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) e.V.: „Jahrbuch 2012“, Berlin 2012, Seite 4.

Versicherungsunternehmen beschäftigt¹²⁹ und 85.300 bei Versicherungsvermittlern und -Beratern¹³⁰. Selbständige Versicherungsvermittler und -Berater (nach §§ 84ff./92 HGB) gab es nach Angaben des Deutschen Industrie- und Handelskammertags (DIHK) rund 253.400 (siehe auch **Tabelle 7**).

Einen Anhaltspunkt für die Verteilung der Beschäftigten auf die einzelnen Versicherungsparten gibt das **Prämienvolumen**. Von insgesamt geschätzten 180,7 Milliarden Euro Beitragsaufkommen entfallen rund 48 Prozent auf die Lebensversicherung und mit 35,9 Mrd. Euro (einschließlich der Pflegeversicherung) rund 20 Prozent auf die Krankenversicherung¹³¹. Wenn man diese Quote auf die 215.900 abhängig Beschäftigten der Unternehmen anwendet, ergeben sich rund 43.200 Mitarbeiter für die PKV-Sparte¹³². Nach dieser Quote von 20 Prozent wären ca. 17.000 von den 85.300 Angestellten in den Vertriebsagenturen und ca. 51.000 selbständige Vermittler der PKV zuzurechnen.

Die Zurechnung der Beschäftigten zur PKV-Vollversicherung und zu den Zusatzversicherungen kann dabei mit dem vorliegenden statistischen Material allerdings nicht nachvollzogen werden. Dabei müsste man auf betriebsinterne Kostenstellen- und trägerrechnungen zurückgreifen, die naturgemäß Geschäftsgeheimnisse der Unternehmen sind. Zu diesem Fragenkomplex wird auch auf die Ausführungen in den Abschnitten 3.2.4 und 5.2.4 hingewiesen.

Bei diesen Überlegungen sind insbesondere die Anteile der Personen im Vertrieb differenziert zu betrachten. Einerseits ist der Vertrieb der PKV-Produkte personalintensiv, aber auch lukrativ¹³³. Andererseits ist im selbständigen Vertrieb die Branchentrennung praktisch nicht vorhanden. Relativ sicher ist die Zurechnung der sozialversicherungspflichtigen Angestellten des Vertriebs. Sie dürften vor allem in größeren Agenturen arbeiten und tatsächlich „hauptberuflich“ für die Versicherungsvermittlung tätig sein. Bei den selbständigen Versicherungsvermittlern ist die Einschätzung schwieriger. Die in Tabelle 7 angeführten Zahlen legen jedenfalls die Frage nahe, wie hoch der Anteil der Versicherungsvermittlertätigkeit dieser Personen tatsächlich ist (Vollzeit-Quote und Verdienst durch andere Tätigkeiten, z.B. andere Finanzvermittlungen oder Bauspar-Geschäft?). Dement-

129 Um zu Vollbeschäftigungseinheiten (VBE) zu kommen muss man die Teilzeitquote berücksichtigen. Sie wird vom AGV: „Sozialstatistische Daten 2011 – Versicherungswirtschaft“, München im September 2012, Seite 3 für Ende 2011 wie folgt angegeben: Beim Innendienst 22,2 % von 160.400 Angestellten und beim Außendienst 2,6 % von 41.800 Angestellten. Wenn man eine 50-prozentige Teilzeitquote unterstellt, errechnen sich daraus minus ca. 18.000 Personen, also rund 198.000 VBE.

130 Etwa die Hälfte (d.h. rund 40.000) der im Vermittlergewerbe sozialversicherungspflichtig Beschäftigten arbeitet nach Branchenangaben bei Einfirmenvertretern.

131 GDV „Jahrbuch 2012“ Seite 4.

132 Lebensversicherungen sind nach dem Abschluss meist nicht mehr verwaltungsintensiv, bringen aber ein relativ großes Prämienvolumen. Ihr Anteil am Personal der Versicherungsunternehmen liegt unter dem Prämienanteil. Die laufenden Leistungsansprüche in der PKV erfordern jedoch einen kontinuierlichen Personaleinsatz in der Schadensregulierung und sind daher relativ aufwendig.

133 Die branchenübliche Abschlussprovision für eine PKV-Vollversicherung liegt nach Auskunft von Brancheninsidern im Durchschnitt bei rund 1.500 Euro.

sprechend unsicher ist auch der PKV-Anteil an ihrem Geschäft einzuschätzen¹³⁴. Es dürfte mindestens um zehntausend und mehr Personen gehen¹³⁵.

Im Ergebnis sind nach dieser Schätzung rund 60.000 Arbeitnehmer der PKV zuzurechnen (in den Unternehmen und bei den Vermittlern).

Tabelle 7: Registrierungen im Versicherungsvermittlerregister
Zusammenfassung aller Registrierungen (Stand 2. Januar 2013)

Versicherungsvermittler/-berater	Anzahl – Einträge
gebundene Versicherungsvertreter	171.759
Versicherungsvertreter mit Erlaubnis	32.035
Versicherungsmakler	46.271
produktakzessorische Vertreter	2.949
produktakzessorische Makler	127
Versicherungsberater	260
Summe	253.401

Quelle: © DIHK Service GmbH

Gewerbsmäßig tätige Versicherungsvermittler und -berater müssen sich seit dem 22. Mai 2007 in einem Online-Register verzeichnen lassen, das beim DIHK eingerichtet wurde und von den IHKs geführt wird.

B – Die BaFin weist im Jahr 2011 für die privaten Krankenversicherungsunternehmen 36.403 Mitarbeiter aus¹³⁶. Die BaFin stellt dabei aber nur auf die Mitarbeiter der Risikoträger ab. In den vergangenen Jahren hat sich jedoch die Struktur der Unternehmen stark verändert. In den Holdings bzw. Konzernen (z.B. ERGO,

134 Die Initiative einiger PKV-Betriebsräte www.buergerversicherung-nein-danke.de geht von 10 – 15 Prozent der Vertriebspezialisten aus, die ihr Geschäft aufgeben müssten, wenn sie keine privaten Krankheitskostenvollversicherungen mehr verkaufen dürfen. Diese Initiative dürfte eher ein Interesse daran haben, den Anteil zu hoch zu schätzen und damit die Folgen zu dramatisieren.

135 Die Zurechnung von 51.000 selbständigen Vermittlern zum PKV-Bereich dürfte weit überschätzt sein. Allerdings arbeiten nach der Selbstdarstellung des Bundesverbandes Deutscher Versicherungskaufleute e.V. (BVK) im Internet „etwa 60.000 selbständige Versicherungskaufleute mit eigenem Betrieb ...“. Über sie fließen rund 70 Prozent des Prämienaufkommens der Versicherungswirtschaft. Davon entfallen jedoch allein auf die rund 13.000 BVK-Mitgliedsunternehmen etwa 50 Prozent.“ Im Rahmen einer „Organmitgliedschaft“ gehören dem BVK mehr als 50 Vertretervereinigungen an. Diese vertreten nach Angaben des Arbeitskreises der Vertretervereinigungen der Deutschen Assekuranz e.V. (AVV) weitere 40.000 selbständige Versicherungs- und Bausparkaufleute (www.avv-deutschland.de/ueber-uns.html). Bei ihnen dürfte es sich überwiegend um hauptamtliche und vollerwerbstätige Versicherungsvertreter handeln. Außerdem spricht für diese Schätzung, dass z.B. allein die DEBEKA auf ihrer Internetseite von über 8.800 Mitarbeitern im Außendienst spricht. Diese dürften überwiegend als selbständige Einfirmervertreter für das Unternehmen arbeiten, das im Kern ein „reinrassiges“ PKV-Unternehmen ist. (Siehe zur Gesamtproblematik auch das FAZ-Interview mit Michael Heinz, dem Präsidenten des BVK vom 14.11.2012.) Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus der Beschäftigtenstatistik der BaFin („Statistik der Erstversicherungsunternehmen“, Tabelle 050). Danach zeigt sich, dass der PKV-Anteil der Beschäftigten im Jahr 2011 mit 23,7 Prozent leicht über dem Anteil des PKV-Prämienvolumens in Höhe von rund 20 Prozent lag. Bei der Lebensversicherung liegt dagegen der Prämienanteil bei 48 Prozent, während der Beschäftigtenanteil nur bei 17,9 Prozent liegt. Die Schadens- und Unfallversicherung hat dagegen einen Prämienanteil in Höhe von 43 Prozent, beschäftigt aber rund 50 Prozent der Mitarbeiter in den Erstversicherungsunternehmen. Es spricht zunächst einmal nichts dagegen, dass die Verteilung des Arbeitsvolumens im Bereich der Versicherungsvermittlung von diesen Proportionen massiv abweicht.

136 Auf der Internet-Seite der BaFin: „Statistik der Erstversicherungsunternehmen“ Tabelle 050.

Allianz etc.) sind Servicegesellschaften gebildet worden, die auch für die PKV-Unternehmen als Dienstleister Aufgaben übernehmen. Das betrifft vor allem die allgemeinen administrativen Aufgaben, die IT etc. Das zeigt sich auch daran, dass die BaFin für alle Sparten der Versicherungswirtschaft nur 154.414 Beschäftigte ausweist, also rund 60.000 weniger als der GDV für die Branche insgesamt. Die Differenz bilden die Mitarbeiter der Holdings und ausgelagerten Gesellschaften¹³⁷. Aus den dargestellten Gründen erscheint es gerechtfertigt, aus den Beschäftigten der Holdings etc. weiteres Personal der PKV zuzurechnen. Nach dem PKV-Anteil der BaFin-Statistik in Höhe von 23,6 Prozent von allen Beschäftigten der Versicherungsunternehmen (Risikoträger) ergeben sich von diesen 60.000 rund 14.000 weitere Beschäftigte der Holdings etc., die der PKV zuzurechnen sind.

Auf Basis der BaFin-Angaben errechnen sich somit rund 50.000 Beschäftigte in den Unternehmen mit überwiegendem PKV-Bezug. Auch hier kommen die 17.100 Angestellten im Vermittlergewerbe hinzu. Im Ergebnis kommt man nach dieser Schätzung auf insgesamt 67.000 Beschäftigte in der PKV.

Nach diesen Überlegungen ergibt sich eine **Größenordnung von insgesamt 60.000 bis 67.000 abhängig Beschäftigten**, die in den Versicherungsunternehmen und bei den Vermittlern für die PKV arbeiten. Bei den Selbständigen ist die Unsicherheit größer: 10.000 und mehr Vermittler dürften überwiegend bzw. zu einem wesentlichen Anteil vom PKV-Geschäft leben. Auch wenn man berücksichtigt, dass die Vermittler meist für mehrere Sparten arbeiten, kommt es vor allem bei den unternehmensgebundenen Vermittlern darauf an, ob das Unternehmen schwerpunktmäßig im PKV-Geschäft tätig ist (wie z.B. bei der BARMENIA oder der DEBEKA) oder ob das PKV-Angebot eher eine untergeordnete Bedeutung hat (etwa bei der HUK-Coburg oder der ALLIANZ). Sicher gibt es in größeren Agenturen auch besondere Spezialisierungen. Jedenfalls ist davon auszugehen, dass unter den selbständigen Vermittlern und ihren Beschäftigten in der Größenordnung des Prämienanteils Arbeitsplätze an der PKV hängen. Die nebenberuflichen Vermittler sind nach Angaben des GDV nur mit rund einem Prozent an den Neuabschlüssen beteiligt¹³⁸.

Die Gesamtzahl der abhängig Beschäftigten in der Versicherungswirtschaft oszilliert seit 1998 um die 300.000. Bei den Versicherungsunternehmen gab es jedoch einen Abbau von Personal; Seit 1998 bis 2007 ging die Zahl der Beschäftigten von rund 240.000 auf den heutigen Stand (ca. 216.000) zurück. Offensichtlich hat der selbständige Vertrieb diese Mitarbeiter aufgefangen. Der Personalabbau fand vor allem in der Schadens- und Lebensversicherung statt. Dort waren die Rationalisierungs- bzw. Automatisierungspotentiale der Schadensbearbeitung wahrscheinlich am einfachsten umzusetzen. In der Krankenversicherung gibt es dagegen seit 20 Jahren eine tendenzielle Zunahme des

137 Wie bereits erwähnt werden die Beschäftigten der Holdings etc. in der GDV-Statistik der Schaden/Unfallversicherung zugeordnet. Diese Aussage der GDV ist auch deshalb plausibel, weil das Delta der entsprechenden Personalzahlen (Beschäftigte der Schadens- und Unfallversicherung) zwischen der BaFin-Statistik und der GDV-Statistik (Tabelle 9) mit rund 47.000 Beschäftigten am größten ist.

138 Vgl. GDV: Statistisches Taschenbuch 2012, Tabelle 12.

spezifischen Spartenpersonals¹³⁹. Das könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die Zahl der vollversicherten Personen in der PKV von 2000 bis 2011 von 7,5 auf knapp 9 Millionen zugenommen hat.

2.2.3 Vergütung

Unter den aktiv Beschäftigten der Versicherungswirtschaft gibt es 3,5 % Leitende Angestellte, 32,1 % Nicht-Leitende Angestellte ohne tarifliche Eingruppierung und „nur“ 56,8 % Angestellte mit tariflicher Eingruppierung. 5,9 % erhalten Auszubildendenvergütung¹⁴⁰.

Der vom AGV berechnete „Tarifgehaltsindex“ zeigt¹⁴¹, dass die Branche überproportional gut bezahlt und damit erheblich über dem Niveau der Sozialversicherung (GKV) liegen dürfte. „Die vom Statistischen Bundesamt für das 4. Quartal 2011 ermittelten durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der Vollzeitangestellten (inkl. Leitender)“ in der Versicherungswirtschaft betrugen in Deutschland 5.294 Euro im Verhältnis zu 3.956 Euro in der Gesamtwirtschaft. Die Versicherungswirtschaft liegt damit am nächsten an bzw. knapp unter der Bankbranche (5.549 Euro)¹⁴².

2.2.4 Qualifikation

Ende 2011 waren in der deutschen Versicherungswirtschaft 45.900 Hochschulabsolventen (Uni und FH) tätig¹⁴³. Sie machen rund ein Sechstel der Beschäftigten insgesamt aus. Die übrigen Fachkräfte dürften zu zwei Dritteln ausgebildete Versicherungskaufleute sein.

Die Kernqualifikation bzw. „idealtypische“ Ausbildung ist die des „Kaufmanns für Versicherungen und Finanzen“¹⁴⁴. Dabei sind die beiden zentralen „Prozesse“ die der Kundengewinnung/des Marketing und der Schadensbearbeitung. Auf Basis der Rahmenlehrpläne ist erkennbar, dass die Ausbildung sehr stark auf die Akquisition und das Neugeschäft ausgerichtet ist.

Alles, was mit Neuabschlüssen zusammenhängt, ist dabei relativ komplex, weil sich der Kundenkontakt nur schwer standardisieren bzw. automatisieren lässt. Bei der Schadensbearbeitung liegt dagegen die Fachkompetenz zum großen Teil bereits in den IT-Prozessen. Hier ist ein hoher Automatisierungsgrad möglich und führt zu kurzen Taktzeiten mit großer Gleichförmigkeit der Arbeit. „Problemfälle“ und Arbeitsvorgänge, die schwieriger zu entscheiden sind, werden oft auf eine höhere Ebene mit qualifizierten

139 vgl. GDV: Statistisches Taschenbuch 2012, Tabelle 9.

140 AGV: Sozialstatistische Daten Versicherungswirtschaft (Stand September 2012), Tabelle 4.

141 a.a.O. Tabelle 17 ff.

142 a.a.O. Tabelle 21 (Zahlen jeweils Männer und Frauen).

143 a.a.O. Tabelle 7.

144 Vgl. Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 08.03.2006; siehe Website des Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB.

Spezialisten delegiert. In einigen Bereichen der Versicherungswirtschaft ist der Außendienst auch (partiell) in die Schadensbearbeitung eingebunden¹⁴⁵. Das dürfte jedoch in der PKV-Sparte nicht die Regel sein. Dabei ist die PKV fast ausschließlich ein Individualkundengeschäft und daher betreuungsintensiv. Gruppenverträge kommen fast nur für Zusatzversicherungen z.B. mit gesetzlichen Krankenkassen oder Unternehmen vor.

Wenn PKV-Unternehmen die Möglichkeit eröffnet werden soll, die „Bürgerversicherung“ anzubieten, müssen sie das auch „können“. Das hochregulierte Geschäft der GKV z.B. auf der Basis der Sozialgesetzbücher, des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses etc. (eingelagert in eine entsprechend adaptierte Standard-Software) unterscheidet sich jedoch erheblich von den Sachbearbeitungsprozessen in der PKV, wo z.B. das Kostenerstattungsprinzip herrscht und die amtliche ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) gilt¹⁴⁶. Außerdem dürfte sich die typische Vertriebsorientierung der PKV-Mitarbeiter im Rahmen der Bürgerversicherung als disfunktional erweisen.

2.2.5 Geschäftsprozesse in der PKV

Durch die Einführung einer Bürgerversicherung sind die einzelnen Geschäftsprozesse der PKV sehr unterschiedlich betroffen. Wenn z.B. zu einem Stichtag das Neugeschäft der PKV-Vollversicherung gestoppt wird, berührt das die Mitarbeiter in der Akquisition bzw. vor allem im Außendienst besonders. Die Mitarbeiter in der Schadensregulierung und Vertragsverwaltung sind dagegen unmittelbar (nur) in dem Maße berührt, in dem PKV-Versicherte durch eine gesetzliche Überleitung oder Wahlentscheidungen aus der herkömmlichen PKV ausscheiden. Schließlich soll die PKV nach den BV-Konzepten künftig auf die Zusatzversicherung beschränkt werden. Daher muss nach der Differenzierung der entsprechenden Geschäftsprozesse und ihrer jeweiligen Personalzuordnung gefragt werden. Schließlich löst sich durch die „Industrialisierung“ der Arbeitsvorgänge in der Versicherungswirtschaft die Spartenbindung des Personals allmählich auf.

Das Verhältnis von Innen- und Außendienst ist bei den einzelnen PKV-Unternehmen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Es hängt z.B. von den Vertriebsstrukturen und dem Produktangebot ab. So hatte z.B. die DEBEKA am 31.12.2011 ausweislich ihrer Internetseite 15.834 Mitarbeiter. Davon waren 8.840 (das sind fast 56 Prozent) im Außendienst¹⁴⁷! Nach der Statistik des AGV gliedern sich die (sozialversicherungspflichtigen) Mitarbeiter der PKV in 74,4 Prozent Innendienst, 19,4 Prozent Außendienst und 6,2 Prozent Auszubildende¹⁴⁸.

145 Fachleute sprechen hier in Bezug auch für die PKV von 10 bis 20 Prozent.

146 Bei der GKV dürfte die Bereitschaft gering sein, entsprechende Umschulungen und Weiterbildung für PKV-Mitarbeiter anzubieten, wenn es dabei um den Aufbau von Konkurrenz-Kassen in der BV ginge. Eine solche Umschulung würde (jedenfalls bei einem schnellen „Umstieg“) einen ähnlichen Kraftakt bedeuten, wie die Nachqualifikation der Mitarbeiter der Sozialversicherung der DDR auf die „westdeutsche“ Sozialversicherung bei der Wiedervereinigung.

147 Dabei sind die firmengebundenen selbständigen Versicherungsvermittler offenbar mitgezählt.

148 AGV: Sozialstatistische Daten Versicherungswirtschaft (Stand September 2012), Tabelle 3.

Der AGV erklärt dazu in seiner Statistik-Broschüre mit Bezug auf die gesamte Versicherungswirtschaft: „Von den 76,9 % Fachkräften und Spezialisten im Innendienst waren im vergangenen Jahr (2011) 35,7 % im Bereich **Vertriebsunterstützung** und zentrale Funktionen angesiedelt. 28 % wurden im Bereich HUKR + Sach beschäftigt, 10,8 % im Bereich Leben und **11,2 % im Bereich Kranken**. 14,3 % der Mitarbeiter hatten eine Kombination aus Sparten oder sonstige Funktionen.“¹⁴⁹

Nach Angaben der BaFin¹⁵⁰ arbeiten rund 30 Prozent der PKV-Mitarbeiter im Außendienst. Wenn man die vom AGV angegebene Quote für „Vertriebsunterstützung durch den Innendienst“ in Höhe von rund 36 Prozent auf die BaFin-Angaben überträgt, sind weitere Mitarbeiter dem Vertrieb zuzurechnen. Daraus ergibt sich, dass rund die Hälfte der PKV-Mitarbeiter unmittelbar oder mittelbar mit der **Akquisition** zu tun haben.

Nach Angaben der BaFin arbeiten rund 22.000 Beschäftigte im Innendienst der PKV-Unternehmen¹⁵¹. Dabei betrachtet die BaFin nur die Risikoträger im engeren Sinne. Wenn man von dieser Zahl die Quote der Vertriebsunterstützung abzieht, verbleiben rund 14 bis 15.000 Beschäftigte der PKV, die direkt der Schadensbearbeitung zugerechnet werden können. Darüber hinaus sind spartenübergreifende Funktionen anteilig der **Schadensregulierung** zuzurechnen. Aber auch der firmenbezogene Außendienst ist nach Brancheninformationen bis zu einem gewissen Anteil (10 bis maximal 20 Prozent) an der Schadensregulierung beteiligt (z.B. Antragstellung etc.). Danach ist mindestens ein Viertel aller PKV-Mitarbeiter mit der Schadensregulierung beschäftigt.

Eine offene Frage bleibt, wie sich der Arbeitsaufwand in der Akquisition und in der Schadensregulierung auf die **Vollversicherung und die Zusatzversicherungen** verteilt. Dabei ist der Vollversicherungsbereich wegen seiner Tarifvielfalt aufwendig. Einige Zusatzversicherungen scheinen dagegen im Leistungsfall administrativ sehr einfach zu sein. Aus Branchenkreisen wird jedoch erklärt, deren Regulierungsaufwand sei gemessen am Prämienvolumen deutlich überproportional. Im Rahmen dieser Expertise können solche Fragen nicht weiter bearbeitet werden.

Bedeutsam ist auch der Grad der „**Industrialisierung**“ der **Arbeitsvorgänge in der Versicherungswirtschaft**. Gemeint ist damit z.B. die Automatisierung von Arbeitsprozessen (z.B. Digitalisierung der Eingangspost), das Out-Sourcing bestimmter Funktionen, Spezialisierung und Zentralisierung von Aufgaben und die Standardisierung von Prozessen¹⁵². Dabei gibt es zwar grundsätzliche Grenzen dieses Ansatzes, die sich trotz optimierter Gestaltung der Geschäftsprozesse bei Dienstleistungen immer wieder geltend machen. Hier muss auch nicht diskutiert werden, ob die Bearbeitung von Geschäftsvorgängen der PKV im Durchschnitt komplexer ist als z.B. im Bereich der KFZ-Schadensversicherung. Ein Hindernis der Industrialisierung ist auf jeden Fall die

149 a.a.O. Tabelle/Abschnitt 5 (Hervorhebungen vom Verfasser).

150 Eigene Berechnungen auf Grundlage der BaFin: „Statistik der Erstversicherungsunternehmen“ Tabelle 050.

151 Eigene Berechnungen auf Grundlage der BaFin: „Statistik der Erstversicherungsunternehmen“ Tabelle 050.

152 Vgl. Harald Neugebauer: „Chancen zur Industrialisierung im Schadensmanagement“, in Versicherungswirtschaft Heft 8, 15. April 2012, S. 562 ff.

aktuelle und „historische“ Tarifvielfalt in der PKV; alle Verträge aus der Vergangenheit „leben“ bekanntlich weiter. Daher ist und bleibt die Schadensregulierung in der PKV eine hochqualifizierte und tariflich dementsprechend hoch eingestufte Sachbearbeiter-Tätigkeit.

Der wichtigste Trend in diesem Zusammenhang ist allerdings die „spartenübergreifende Standardisierung der Bearbeitung von Geschäftsvorfällen“¹⁵³. Sie strahlt z.B. auch auf die Produktentwicklung aus. „Große Versicherer, wie Allianz, AXA, ERGO und HDI-Gerling, lösen sich in ihrem Außenauftritt vom Spartendenken und stellen den Kunden in den Mittelpunkt einer ... ganzheitlichen Betreuung.“¹⁵⁴ Ohnehin von den Sparten losgelöst sind die Servicefunktionen und die IT.

2.2.6 Regionale Schwerpunkte¹⁵⁵

Zur regionalen Verteilung der PKV-Versicherten, insbesondere in der Vollversicherung, liegen vom PKV-Verband keine Daten vor. Eine Möglichkeit wäre, die Mikrozensus-Daten zum Krankenversicherungsschutz nach Ländern gegliedert auszuwerten. Für die Zwecke dieser Expertise dürfte jedoch die Feststellung ausreichen, dass die PKV in den neuen Ländern einen stark unterdurchschnittlichen Marktanteil hat. Insgesamt dürfte der PKV-Marktanteil vor allem von der regionalen Konzentration der Beamten bzw. Beihilfeberechtigten abhängig sein.

Zur regionalen Verteilung der Beschäftigten der PKV soll hier nur ein exemplarischer Hinweis gegeben werden: Die Versicherungswirtschaft ist konzentriert auf relativ wenige bedeutsame Standorte. In Dortmund z.B. haben die Unternehmen SIGNAL IDUNA und CONTINENTALE ihren Hauptsitz. Nordrhein-Westfalen ist mit 77.230 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Versicherungsbranche und 48.851 selbständigen Versicherungsvermittlern und -Beratern der größte Versicherungsstandort in Deutschland. 46 Prozent aller Privatkrankenversicherten in Deutschland sind bei Unternehmen mit Sitz in NRW versichert¹⁵⁶. Köln ist mit 27.680 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach München der zweitgrößte Versicherungsstandort in Deutschland. Mit AXA, CENTRAL, DEVK, DKV und GOTHAER haben drei der Top 5-Krankenversicherer und zwei weitere große PKV-Unternehmen ihren Sitz in Köln. In Wuppertal hat die BARMENIA ihren Hauptsitz.

2.2.7 Arbeitsplatzsicherheit

153 Horn & Company Managementberatung: „Erfolgreich industrialisieren – Programm für eine bessere Steuerung von modernen Versicherungsunternehmen“, Eigenverlag, Düsseldorf, ohne Jahr. www.horn-company.de Seite 7.

154 a.a.O. S. 27.

155 AGV: Sozialstatistische Daten Versicherungswirtschaft (Stand September 2012), Tabellen 14/15.

156 PROGNOSE AG: „Bedeutung der Versicherungswirtschaft für Nordrhein-Westfalen“, Basel, 25. Juli 2012.

Die Versicherungsbranche und erst recht die PKV expandieren seit Jahrzehnten. Zwar gab es in den letzten Jahren einige Fusionen von Versicherungsunternehmen, jedoch keine spektakulären Zusammenbrüche. Die Arbeitsplätze der Branche können daher als sicher gelten. Das politische Projekt der Bürgerversicherung wird jedoch von den Beschäftigten der PKV als massive Bedrohung für ihre Arbeitsplätze verstanden¹⁵⁷.

2.2.8 Weitere Betroffene¹⁵⁸

Von der Einführung der Bürgerversicherung wären neben den Arbeitsplätzen in den Versicherungsunternehmen und in der Vermittlerbranche auch weitere Institutionen betroffen. Dazu gehört der PKV-Verband e.V. mit ca. 200 Mitarbeitern. Als dessen Tochterunternehmen prüft die MEDICPROOF GmbH die Leistungsvoraussetzungen für den Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung. Annähernd 800 freiberuflich tätige Ärzte erstellen pro Jahr über MEDICPROOF rund 120.000 Pflege-Gutachten für die PKV-Unternehmen. In der MEDICPROOF-Zentrale in Köln arbeiten 65 Mitarbeiter.

Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH wurde im Juni 2008 als Tochter des PKV-Verbandes gegründet. COMPASS stellt für alle Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen die vom Gesetzgeber im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes neu eingeführte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sicher. COMPASS ist eine Flächenorganisation mit rund 170 Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in Deutschland.

Mittelbar zum PKV-System gehören auch die Mitarbeiter der 11.000 Beihilfestellen¹⁵⁹, deren Arbeitsplätze ggf. durch Änderungen im Krankenversicherungsrecht der Beamten (ggf. nach und nach) entfielen bzw. sich erheblich verändern würden.

Mittelbar zum PKV-System gehören auch die rund 2.400 niedergelassenen Privatärzte (Angaben der BÄK) und einige Hundert ausschließlich privat abrechnende Zahnärzte (Berechnung nach Daten der BZÄK und der KZBV). Außerdem hängen an der PKV die 15 privatärztlichen Verrechnungsstellen, die vor allem für 38.000 Ärzte (Niedergelassene und Krankenhausärzte) die Abrechnungen erledigen. Auch die 32.000 Heilpraktiker leben vor allem von PKV-Patienten¹⁶⁰. Zu erwähnen ist hier auch, dass die PKV für Arztbehandlung nach der (teureren) GOÄ im Jahr 2010 rund 5,2 Milliarden Euro aufgewandt hat. Daraus erwachsen schätzungsweise mehr als 4 Milliarden Euro Mehreinnahmen der Arztpraxen im Vergleich zu einer Bezahlung dieser Leistungen nach den Maßstäben der GKV bzw. des EBM¹⁶¹. Schon für das Jahr 2003 hat das Wissenschaftliche Institut des PKV-Verbandes einen Mehrumsatz bei den Arzthonoraren in

157 Siehe z.B. www.buergerversicherung-nein-danke.de

158 Angaben aus den Internet-Auftritten der genannten Institutionen.

159 Die Zahl der Beschäftigten in diesem Bereich des öffentlichen Dienstes ist unbekannt. Bemerkenswert ist jedoch, dass der administrative Aufwand für die Beihilfeberechtigten (vor allem bei der Leistungsabrechnung) doppelt anfällt, bei der Beihilfe und in der PKV.

160 Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.3.1, 2010, Seite 12. Die PKV hat für sie im Jahr 2010 rund 219 Millionen Euro aufgewandt (PKV-Zahlenbericht 2010/2011, Seite 53).

161 PKV-Zahlenbericht 2010/2011, Seite 53

Höhe von 3,66 Milliarden Euro berechnet¹⁶². Eine ganz aktuelle Studie zur möglichen Konvergenz der beiden Honorarsysteme von GKV und PKV spricht in Bezug auf das Jahr 2010 sogar von einem „Honorarverlust der Ärzte“ in Höhe von 4,3 Milliarden Euro bei einer „sofortigen vollständigen Überführung der PKV-Bestände“ in das Vergütungsmodell der GKV¹⁶³.

162 Frank Niehaus und Christian Weber: „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen“, Köln, im September 2005, S. 3.

163 Jürgen Wasem, Florian Buchner et al.: „Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls – Studie, unterstützt durch die Förderung der Techniker Krankenkasse, K.d.ö.R.“, Essen, März 2013, S. 15.

Drittes Kapitel: Zwei arbeitsmarktrelevante Entscheidungssituationen

Die politischen Konzepte der LINKEN und der DGB-Kommission (dort als bevorzugte Option) schlagen eine „Überleitung“ der PKV-Versicherten, aber auch des PKV-Personals in die Bürgerversicherung vor. Die Einzelheiten dieses Prozesses, wie beispielsweise die Zeitperspektive, die Meilensteine und die Schrittfolge (etwa für bestimmte in der PKV versicherte Personengruppen) usw. wären gesetzlich zu regeln. Auch die Regelungen für den Personalübergang, etwa zur Eingruppierung und Vergütung, zum Kündigungsschutz und zu den übrigen Tarifkonditionen wären ebenfalls im Gesetz zu treffen. Für eine Vorhersage dieser Bestimmungen gibt es allerdings zur Zeit keine erkennbaren Anhaltspunkte.

Aus den beiden anderen politischen Konzepten zur Einführung einer Bürgerversicherung (SPD und GRÜNE) ergeben sich jedoch **zwei Entscheidungsmöglichkeiten**, die im Hinblick auf die Arbeitsmarktwirkungen in GKV und PKV besonders relevant sind:

- Die Möglichkeit eines PKV-Mitglieds, in die Bürgerversicherung zu wechseln oder in der PKV zu verbleiben und
- die Möglichkeit eines PKV-Unternehmens „die Bürgerversicherung anzubieten“.

Vor allem die zweite Möglichkeit wird in den politischen Konzepten auch explizit unter dem Gesichtspunkt der Beschäftigungssicherung in der PKV erwähnt.

Im Folgenden sollen die entsprechenden Entscheidungssituationen skizziert werden. Dafür lassen sich aus der inneren Logik der politischen BV-Konzepte bestimmte Anreize ableiten. Beim heutigen Stand dieser Konzepte kann das jedoch nur in groben Zügen dargestellt werden. Diskutiert werden jeweils bestimmte Anreizkomplexe, deren Wirkung bzw. politisch-rechtliche Ausgestaltung sie zu relevanten „Stellschrauben“ für die Beschäftigung in der künftigen Bürgerversicherung und der PKV machen.

3.1 Entscheidung einzelner Personen zwischen PKV und Bürgerversicherung

Vor der Darstellung der individuellen Faktoren, die für die Wahlentscheidung eine Rolle spielen – gegliedert nach bestimmten Anreizkomplexen – soll die soziale Zusammensetzung der PKV-Mitglieder betrachtet werden. Die Entscheidung zwischen PKV und BV wird nämlich von typischen Merkmalen bestimmter Personengruppen abhängen. Diskutiert werden dann die Komplexe

- individuelle ökonomischen Anreize (Beitragssatz- bzw. Prämieneffekte),
- grundsätzliche ökonomische Perspektiven der PKV,
- psychologische Faktoren und Effekte der öffentlichen Diskussion,

- Aspekte der Leistungsseite bzw. der medizinischen Versorgung und
- weitere politisch-rechtliche Rahmenbedingungen.

3.1.1 Sozialstruktur der PKV-Mitglieder

Die Neigung in die BV zu wechseln oder in der PKV zu verbleiben wird sicher stark von den typischen Merkmalen bestimmter in der PKV vertretener Personengruppen abhängen. Das WIP des PKV-Verbandes hat eine Untersuchung zur Sozialstruktur der PKV-Versicherten¹⁶⁴ auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 vorgelegt (**Tabelle 8**). Daraus geht hervor, dass die Beamten und Pensionäre sowie ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen (einschließlich des entsprechenden Anteils der „Schüler“ und „Studenten“) rund die Hälfte der PKV-Mitglieder ausmachen. Sie sind alle beihilfeberechtigt.

Die Jahresarbeitsverdienstgrenze in der Krankenversicherung überschreiten nur knapp 20 Prozent der PKV-Versicherten (bzw. 1.758 Millionen Personen)¹⁶⁵. Das sind definitionsgemäß die ca. 1 Million Arbeitnehmer in der PKV, einige Beamte und ein Teil der Selbständigen. Daraus ergibt sich, dass maximal die Hälfte der in der PKV versicherten Selbständigen ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze beziehen.

Tabelle 8: Soziale Stellung der PKV-Versicherten im Jahr 2008

	Personenzahl hochgerechnet in Tsd. (n der EVS)	in Prozent
Beamte	2.211 (5.885)	24,7
Pensionäre	1.564 (2.872)	17,5
Selbständige	1.404 (1.571)	15,7
Arbeitnehmer	1.041 (1.850)	11,6
Sonst. Nichterwerb.	922 (2.845)	10,3
Schüler	862 (2.672)	9,6
Rentner	668 (1.039)	7,5
Studenten	260 (492)	2,9
Arbeitslose	19 (25)	0,2
Landwirte	3 (6)	unter 0,1
Mithelfende Angehörige	2 (3)	unter 0,1
gesamt	8.956 (19.260)	100

Quelle: Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler: „Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008“, WIP-Diskussionspapier 3/2012, S. 17

¹⁶⁴ Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler: „Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008“, WIP-Diskussionspapier 3/2012.

¹⁶⁵ a.a.O. S. 23.

3.1.2 Anreizkomplex I: Individuelle Vorteilsabwägung

Der Wechsel in die BV oder das Bleiben in der PKV wird wesentlich von ökonomischen Bedingungen abhängen. Dabei muss jedoch offen bleiben, wieweit die PKV-Versicherten dabei kurzfristige oder langfristige Überlegungen anstellen. Offen bleiben muss auch, ob und wieweit sich die PKV-Versicherten tatsächlich nach einem „Rational-Choice-Modell“ entscheiden werden. Hier können nur einzelne Faktoren für eine Reihe (gruppen-)typischer Merkmale von PKV-Versicherter vorgestellt werden, für deren Relevanz bzw. Wirkungsrichtung der homo oeconomicus unterstellt wird. Die Liste bleibt ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Grundsätzlich werden Versicherte, deren **Prämie in der PKV höher ist als der Beitrag** in der BV (je nach Ausgestaltung bei den unterschiedlichen Modellen), die Wahl der Bürgerversicherung interessant finden. Dabei wäre eine solche Berechnung wegen der Familienmitversicherung auf der Basis einer Haushaltskalkulation vorzunehmen und ggf. wäre die Verteilung des Haushaltseinkommens auf die Verdienner zu berücksichtigen.
- Zu differenzieren ist insbesondere, ob die PKV-Mitglieder ein **eigenes Einkommen** haben und ob dieses hoch oder niedrig ist. Davon ist zunächst einmal abhängig, ob sie von der in der BV weiterhin vorgesehenen **Familienmitversicherung** profitieren würden. Die Familienmitversicherung wird jedoch auch in den BV-Konzepten mindestens durch das bei den GRÜNEN vorgesehene Familiensplitting ggf. modifiziert. Bei einem geringen Einkommen wäre die einkommensproportionale Belastung durch einen BV-Beitrag jedenfalls geringer als die fixe Prämie in der PKV.
- Im Hinblick auf die Einkommenshöhe spielt beim Vergleich Prämie vs. Beitrag auch die Frage eine Rolle, wie in der BV die **Beitragsbemessungsgrenze** ausgestaltet wird und welche **Einkommensarten** in welchem Ausmaß verbeitragt werden sollen. Die entsprechenden Details der BV-Konzepte wurden im ersten Kapitel dargestellt.
- In der Tendenz dürften alle Versicherten, die z.B. zur Zeit hohe **Risikozuschläge** bei der PKV zahlen, in die BV wechseln¹⁶⁶.
- Vermutlich würden als erstes auch die rund 28.000 **PKV-Versicherten im Basistarif** in die GKV wechseln, die ohnehin im Leistungsrecht an die GKV-Regeln gebunden sind und somit auf der Leistungsseite keine Vorteile durch die PKV haben. Sie haben nach den Bedingungen dieses Tarifs definitionsgemäß eine problematische Einkommenssituation, weshalb dieser Tarif innerhalb der PKV auch gestützt werden muss. Insoweit würde der Wechsel dieser Personen die übrigen PKV-Versicherten entlasten. Damit entfielen nicht nur die Subvention des brancheneinheitlichen Basistarifs, sondern im Grunde seine Daseinsberechtigung. Er wurde bekanntlich nur eingerichtet, weil in der PKV keine einkommensproportionalen Beiträge erhoben werden können und die betroffenen Personen durch Gesetze an der Rückkehr in die GKV gehindert werden; Gesetze, die die GKV bisher gerade vor der Subventionierung dieser Risiken schützen sollten. Mit der Einräumung der Wahlmöglichkeit für diesen

¹⁶⁶ Dass es aus diesem Grunde zu einer deutlich verbesserten Risikoselektion der PKV-Restversicherten käme, ist jedoch unwahrscheinlich, weil die Risikozuschläge dem Grund nach kostendeckend kalkuliert sein müssen.

Personenkreis wird somit ein politischer Paradigmawechsel im Hinblick auf die bisherige Solidaritätsabgrenzung zwischen GKV und PKV vorgenommen.

- Für die höher verdienenden **Selbständigen** würde es dagegen nach dem SPD-Modell bei einem Wechsel in die BV zu einer massiven Mehrbelastung kommen. Die eine Hälfte ihres Einkommens würde dann ohne Obergrenze dem Arbeitgeber-Beitragsatz (analog zur Lohnsummensteuer) unterworfen.
- Für die **Beihilfeberechtigten** hängt die Anreiz-Situation – neben den eben erwähnten Aspekten – sicher stark von den (bisher unbekannten) Bedingungen ab, nach denen sie in der Bürgerversicherung versichert würden. Gibt es dort einen („beihilfeberechtigten“) Kostenerstattungstarif, der auch nach seiner Höhe und dem Leistungsumfang mit der Beihilfe korrespondiert oder werden die Beamten in das Sachleistungssystem integriert? Oder werden sie in das Sachleistungssystem integriert, wobei offen bleibt, ob es für sie eine Zusatzversicherung für den Kostenanteil gibt, der durch die GKV nicht mehr getragen wird?
- Die Arbeitgeber der höher verdienenden **Arbeitnehmer** (und ggf. auch die Dienstherren der höher verdienenden Beamten) würden beim SPD-Modell durch die Lohnsummensteuer zusätzlich belastet. Das könnte auch Folgen für diese Arbeitnehmer und Beamten selbst haben. Die Arbeitgeber bzw. Dienstherren könnten sie ggf. in eine bestimmte Richtung drängen.
- Für alle PKV-Versicherten ist wichtig, ob und in welchem Ausmaß sie **andere Einkommen bzw. Zinserträge** aus Vermögen beziehen. Diese würden ggf. in der BV direkt verbeitragt. Im SPD-Modell würden dagegen alle Besitzer von Geldvermögen – unabhängig von ihrer Versicherungszugehörigkeit – durch die erhöhte Zinsabschlagssteuer belastet.

Dabei ist wichtig, dass alle diese individuellen Anreize **gleichzeitig** bestehen. Die Frage, in welcher **Kombination** sie für einzelne Personen bzw. typische Personengruppen wirken, muss im Rahmen dieser Arbeit offen bleiben. Zur Beantwortung dieser Frage sind nämlich erstens die Aussagen der verschiedenen BV-Modelle zu unterschiedlich und zweitens müssten umfangreiche empirische Forschungen angestellt werden (ökonomische Verhaltensforschung).

3.1.3 Anreizkomplex II: grundsätzliche ökonomische Perspektive der PKV

Neben den individuellen Abwägungen von Vor- und Nachteilen eines Wechsels müssen die PKV-Bestandsversicherten auch grundsätzliche Überlegungen zum Fortbestand der PKV anstellen:

- Den in der PKV verbleibenden Mitgliedern muss klar sein, dass ihre **Tarife überaltern** und daher die Prämienbelastung mehr oder weniger steil steigen wird. Schon heute ist eine regelmäßige Prämiensteigerung durch den **medizinischen Fortschritt** programmiert, dessen Innovationen in die Kalkulation unzureichend einfließen. Das

IGES-Gutachten zu diesem Fragenkomplex für das BMWi hat in einem aufwendigen Vergleich gezeigt, dass die PKV-Prämien in der Vergangenheit stärker gestiegen sind als die GKV-Beitragsätze¹⁶⁷.

- Außerdem besteht schon heute die generelle Vermutung, dass die Alterungsrückstellungen für die jeweiligen Alterskohorten der Versicherten zu gering sind. Relevant ist dabei die Kalkulation der „**Grundkopfschäden**“ in den einzelnen Tarifen. So resümiert z.B. IGES¹⁶⁸: „Somit besteht trotz altersspezifischer Tarifikalkulation und altersspezifischer Prämienanpassungen eine Abhängigkeit der PKV-Tarife von der Entwicklung des Nachwuchses bzw. der Regeneration des Versichertenbestandes.“
- Die Diskussion dieser Aspekte kann hier nicht vertieft werden. Jedoch wird durch den Nachwuchsmangel mindestens bewirkt, dass die Verwendung der Überzinsen zur Subventionierung der Prämien der über 60-Jährigen immer weniger funktionieren wird, wenn keine Jungen mehr Mitglied in der PKV werden können.
- Die Versicherten, die in der PKV verbleiben, haben daher mit progredienten Prämiensteigerung zu rechnen. Eine Regierung, die sich für die Bürgerversicherung entschieden hat, dürfte dabei wenig Neigung zeigen, die PKV durch Kostendämpfungsmaßnahmen zu entlasten.

3.1.4 Anreizkomplex III: psychologische Faktoren und Effekte der öffentlichen Diskussion

Die PKV-Bestandsversicherten werden in ihrer Entscheidung auch von der öffentlichen Diskussion beeinflusst. Dabei spielen die Medien, die Leistungserbringer, die PKV-Unternehmen und nicht zuletzt die Regierung bzw. die politischen Akteure eine wichtige Rolle:

- Alle genannten Anreize werden voraussichtlich detailliert in der Öffentlichkeit diskutiert werden. Die **Medien** werden sich intensiv mit diesen Themen beschäftigen und z.B. Preisvergleiche und Modellrechnungen zu bestimmten Szenarien für GKV und PKV präsentieren. Zeitschriften wie „Finanztest“ oder „FOCUS Money“ werden den PKV-Versicherten diverse Ratschläge anbieten etc.. Dabei wird es Spekulationen über die Risikoentwicklung der Bestandstarife bzw. auch der einzelnen PKV-Unternehmen geben. Die daraus folgende Stimmung ist schwer vorauszusehen.
- Für alle Fragen der Krankenversicherung hat die Position der **Leistungserbringer** – vor allem in den Medien – eine besondere Bedeutung. So weit bisher zu sehen ist, gibt es massiven Widerstand der Ärzteschaft und auch der Krankenhäuser gegen die Bürgerversicherung, weil sie dadurch Einkommenseinbußen befürchten. Auch die

167 Dr. Martin Albrecht, Dipl.-Vw. Christoph de Millas, Dipl.-Math. Susanne Hildebrandt, Anke Schliwen, MSc in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup: „Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung.“ Forschungsbericht des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Schlussbericht, herausgegeben vom IGES Institut, Berlin am 25. Januar 2010.

168 a.a.O. S. 39. Vgl. aber auch die heftige Kritik daran im „Ergebnispapier der Deutschen Aktuarvereinigung e.V.: Reaktion der DAV auf den Schlussbericht des IGES-Instituts“, Eigenverlag der DAV, Köln, 13. Dezember 2010

eigentlich als Kompensation vorgesehene Angleichung von GOÄ und EBM stößt auf den entschiedenen Widerstand der Anbieter. Auch diejenigen niedergelassenen Ärzte (z.B. in den neuen Ländern) bzw. Arztgruppen (z.B. Hausärzte), die tendenziell von diesem Vorhaben profitieren würden, werden sich voraussichtlich politisch nicht wirksam dafür einsetzen. Das lehrt z.B. die Erfahrung mit der letzten Honorarreform der Ärzte (morbidityorientierte Praxisbudgets). Der öffentliche Widerstand der Ärzte und anderer Leistungserbringer wird vor allem die PKV-Versicherten und insbesondere die Patienten unter ihnen verunsichern. Aber auch die GKV- bzw. BV-Versicherten werden die Positionen der Leistungserbringer zur Bürgerversicherung zur Kenntnis nehmen.

- Auch weitere psychologische Faktoren müssen berücksichtigt werden. Mit der Einführung der Bürgerversicherung wird die PKV in ihrer Form als Vollversicherung für jeden sichtbar zum „**Auslaufmodell**“ erklärt. Das hat nicht nur eine negative Außenwirkung. Die **PKV-Unternehmen** werden sich fragen, ob sie mit der Aufrechterhaltung bzw. langfristigen Abwicklung der PKV-Bestandsversicherten noch Geld verdienen können. Das hängt entscheidend von der Ausgestaltung der Wahlrechte zur BV ab. Nach innen werden die Unternehmen daher die (ihnen z.B. im Rahmen des SPD-Modells nach einem Jahr faktisch ausgelieferten) Rest-Versicherten möglicherweise nicht mehr mit Kulanz behandeln. In einer Sparte, die die Unternehmen aufgeben bzw. abwickeln müssen, sind keine besonderen Gewinnchancen mehr zu erwarten und auch das Image muss demnach im Hinblick auf Neukunden nicht mehr sonderlich gepflegt werden. Das dürfte „Fluchttendenzen“ der PKV-Mitglieder fördern, weil sie diese Entwicklung antizipieren.
- Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Einführung einer Bürgerversicherung politisch nicht gelingen kann, ohne eine quasi „**regierungsamtliche**“ **Verstärkung der politisch vorausgegangenen Kritik an der PKV**. Wenn die erforderlichen Mehrheiten zum Tragen gekommen sind, könnte daher auch die Stimmung der PKV-Mitglieder gegen ihre früheren Unternehmen umschlagen (Vertrauensentzug).
- Andererseits wird die Entscheidung der PKV-Mitglieder auch von **Vermutungen über die weitere politische Entwicklung** geprägt sein: Erfolgt die Einführung der Bürgerversicherung mit einer großen und überzeugenden Mehrheit oder zeichnet sich ab, dass bei der nächsten Wahl das Rad zurückgedreht wird? Ist die Fixierung eines bestimmten Zeitfensters (z.B. von einem Jahr bei der SPD) für Wahlentscheidungen glaubwürdig? Ist mit stabilisierenden Maßnahmen zugunsten der PKV zu rechnen (vgl. Abschnitt 5.4)?

3.1.5 Anreizkomplex IV: Aspekte der Leistungsseite bzw. der medizinischen Versorgung

Auf der **Leistungsseite** sind bestimmte Anreizmechanismen zu berücksichtigen. So kommen die Privatversicherten bisher – jedenfalls subjektiv – in den Genuss einer Vorzugsbehandlung. Das gilt nicht nur für die Terminvergabe bei niedergelassenen Ärzten und – wie berichtet wird – vor allem bei Fachärzten. Sie haben auch den Zugang zu den

knapp 3.000 Arzt- und Zahnarztpraxen, die ausschließlich privat abrechnen (also keine KV-Zulassung haben). Das sind – selbst nach Auffassung von Kritikern des dualen Versicherungssystems – nicht unbedingt die schlechteren Ärzte¹⁶⁹. Privatversicherte können sich auch ohne weiteres ambulant im Krankenhaus behandeln lassen. Je nach dem wie schnell die geplante Angleichung von GOÄ und EBM erfolgt, würde sich dieser Vorteil auflösen, weil die Unterschiede von kassen- und privatärztlicher Behandlung nivelliert würden (was ja gerade das politische Ziel ist). Da die SPD z.B. auch bei den Krankenhäusern eine generelle Öffnung für die ambulante Behandlung fordert, würde sich auch in diesem Bereich der bisherige Vorteil der PKV-Versicherten erledigen.

3.1.6 Anreizkomplex V: Weitere politisch-rechtliche Rahmenbedingungen

Von zentraler Bedeutung für die Wechselentscheidung dürften auch bisher noch offene bzw. in den BV-Konzepten unterschiedlich vorgeschlagene politisch-rechtliche Rahmenbedingungen sein. Das betrifft etwa die Einbeziehung der PKV-Bestandsversicherten in den Risikostrukturausgleich (RSA), das Schicksal der Alterungsrückstellungen beim Wechsel der Systeme, den Steuerzuschuss für die Bürgerversicherung und die Stabilität der PKV-Versicherungsverhältnisse:

- Eine erhebliche Anreizwirkung für oder gegen einen Wechsel zur BV dürfte die Frage haben, ob die in der PKV Verbleibenden in den **Einkommens-, Familien- und Morbiditätsausgleich des RSA einbezogen** werden, was über die Konstruktion des Gesundheitsfonds prinzipiell möglich wäre und sogar ursprünglich seiner Konzeption als Ziel zu Grunde lag¹⁷⁰. Sollte dieser Einbezug vorgenommen werden, würde auch für die Bezieher höherer Einkommen der Verbleib in der PKV finanziell unattraktiv.
- Eine wichtige Frage wird auch sein, ob es beim Wechsel in die BV eine Mitnahme der **Alterungsrückstellungen** (und ggf. zu welchen Anteilen) gibt und was sie auslöst. Jedenfalls wenn die Alterungsrückstellungen der Wechsler in der PKV verbleiben (so wie es heute geregelt ist), würden sie den verbleibenden PKV-Versicherten zu Gute kommen und deren Finanzierungs-Sicherheit erhöhen. Die Rückstellungen könnten aber auch (teilweise) ausgezahlt werden, um z.B. eigentumsrechtlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Oder sie könnten zu einer individuellen Kapital-Lebensversicherung der PKV-Versicherten umgewandelt werden, was ihrem ökonomischen Charakter teilweise bzw. tendenziell entsprechen würde.

Bei einer Mitnahme der Rückstellungen in die BV wären dagegen neben dem Zufluss zu den allgemeinen Reserven des Gesundheitsfonds auch andere Varianten der Verwendung denkbar. So könnte etwa den betreffenden Versicherten in der BV – vermittelt über den Gesundheitsfonds und den RSA – eine Beitragsermäßigung gewährt

169 Vgl. z.B. Karl Lauterbach: „Gesund im Kranken System“, Berlin 2009, S. 20.

170 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: „Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell.“ Stellungnahme des Beirats vom 17.10.2005 und Wolfram F. Richter: „Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag“, in Wirtschaftsdienst, Jg. 85 (2005), Heft 6, S. 693 -697.

werden für die mit diesen Rückstellungen bereits (anteilig) vorgeleisteten Beiträge zur **altersbezogenen Umverteilung** (Junge finanzieren die Krankheitskosten der Alten). Damit würde man bei der Überführung dieser Rückstellungen aus einem Kapitaldeckungssystem in das Umlagesystem dem Vorwurf der „Enteignung“ von erworbenen Vermögensansprüchen zumindest entgegenwirken.

Eine entsprechende Überlegung müsste auch im Hinblick auf die **Familienleistungen** vorgenommen werden. Da in der PKV ein striktes Individualversicherungsprinzip herrscht, haben die zur BV wechselnden PKV-Mitglieder die Umverteilung der Kosten für die Familienmitversicherung bisher nicht in Anspruch genommen (bzw. auch nicht mitfinanziert). Ob die bisherigen PKV-Versicherten im Rahmen der Bürgerversicherung im Sinne der Budgetinzidenz von der Familienmitversicherung profitieren würden, ist vom jeweiligen Einzelfall abhängig. Insgesamt haben die PKV-Mitglieder jedenfalls eine überproportionale Kinderquote¹⁷¹. Auch die Zahl der in der BV künftig mitzuversichernden Ehepartner dürfte bei den Privatversicherten überdurchschnittlich hoch sein. Nach dem Konzept der GRÜNEN würde sich dieses Problem allerdings (wegen des vorgesehenen Familiensplittings) modifiziert darstellen.

Ein gegenläufiges Argument betrifft den **Einkommensausgleich**, an dem die PKV-Mitglieder nicht bzw. seit ihrem Beitritt zu dieser Versicherung nicht mehr teilgenommen haben. Hier könnte ggf. ein „retrospektiver“ Sozialausgleich gefordert werden, als eine Art „Eintrittsgeld“ in die Bürgerversicherung¹⁷². Aber auch unter diesem Aspekt müssten nicht alle PKV-Versicherten nachträglich „zahlen“. Eine hohe Plausibilität hätte dies nur für die Gruppe der höher verdienenden Arbeitnehmer und Beamten in der PKV sowie die gut verdienenden Selbständigen. Unabhängig von den künftigen Regelungen in der BV zur Verbeitragung bestimmter Einkommen und vor allem zur BBG käme im Hinblick auf die Vergangenheit nur die „Heranziehung“ von deren Einkommen bis zur bisherigen Beitragsbemessungsgrenze in Betracht¹⁷³. Das Gros der Privatversicherten sind allerdings „normale“ Beamte, Pensionäre und sonstige Beihilfeberechtigte (Familienangehörige) mit tendenziell durchschnittlichen Einkommen. Für die einkommensschwachen Selbständigen existiert sogar das Problem, dass sie derzeit durch relativ hohe Mindestbeiträge¹⁷⁴ von der GKV abgeschreckt und in die (dafür speziell gebildeten und oft unseriösen Tarife der) PKV getrieben werden. Für z.B. viele „Solo“-Selbständige sowie einen Teil der Beamten¹⁷⁵ dürfte demnach sogar ein Anspruch aus dem Einkommensausgleich in der GKV/BV bestehen. Das gilt erst recht für viele nicht-erwerbstätige PKV-Mitglieder.

171 Frank Niehaus: „Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010“. WIP-Diskussionspapier 2/2012 (WIP – Wissenschaftliches Institut des PKV-Verbandes), Köln 2012

172 Von einer methodischen Diskussion, wie die Parameter einer solchen Berechnung bestimmt werden sollten und erst recht von den rechtlichen Problemen einer Umsetzung sehen wir hier ab.

173 Womit ein interessanter Einkommensbereich verfehlt würde; der Anstieg der Einkommen oberhalb der BBG war bekanntlich überproportional.

174 Im Jahr 2011 lag der Mindestbeitrag bei 287,68 Euro im Monat. Siehe auch die detaillierte Erörterung dieses Problems im SPD-Bericht, S. 14.

175 Bei den Beamten und Versorgungsempfängern würde sich zusätzlich das Problem der Vergleichbarkeit ihrer Bezüge mit den „entsprechenden“ sozialversicherungspflichtigen Einkommen stellen. Das gilt etwa für das Problem, wie die Beitragsbemessungsgrenze anzurechnen wäre.

Die Bürgerversicherung wird um eine Lösung dieser Probleme nicht herumkommen¹⁷⁶. Sie stellen sich umso mehr, je schneller ihre Einführung vorangetrieben wird.

- Seit 2004 gibt es für die gesetzliche Krankenversicherung einen **Steuerzuschuss**. Er sollte nach politischen Aussagen die Leistungs-Kosten der mitversicherten Kinder in der GKV decken. In § 221 SGB V ist allerdings nur unspezifisch die Rede von der „pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“. Die PKV erhält dagegen keine Steuerzuschüsse. Auch in den BV-Konzepten wird – wenn überhaupt davon gesprochen wird – ein Steuerzuschuss ausschließlich für die Bürgerversicherung vorgesehen. So soll z.B. die Zinsabschlagssteuer nach dem SPD-Konzept von allen Geldvermögensbesitzern getragen werden, aber nur der Bürgerversicherung zu Gute kommen. An diesem Beispiel zeigt sich, dass PKV-Bestandsversicherte, die in der PKV verbleiben, zwar an der Aufbringung der Steuern beteiligt sind, aber ihre Versicherung davon nicht unterstützt wird. Umgekehrt kommt ein in die BV wechselndes PKV-Mitglied in diesem System in den Genuss des Steuerzuschusses. Die Relevanz dieser Überlegungen ist freilich von der Glaubwürdigkeit der politischen Zusagen für Steuerzuschüsse abhängig, wie die aktuellen Ereignisse sehr nachdrücklich zeigen¹⁷⁷.
- Schließlich stellt sich die Grundsatz-Frage einer Fortführung der (auslaufenden) PKV-Tarife und ggf. des **Ausstiegs der PKV-Unternehmen aus dem Geschäft**. Die Entscheidung von PKV-Versicherten, bei ihrem PKV-Versicherer zu bleiben, setzt nämlich voraus, dass das Unternehmen bereit und in der Lage ist, den Tarif für die Restlaufzeit (immerhin für 60 und mehr Jahre) weiterzuführen. Dabei ist zu befürchten, dass die Auslauftarife für die Unternehmen nicht mehr profitabel sind. Es ist daher nicht auszuschließen, dass einzelne Gesellschaften insolvent werden. Die betroffenen Tarife würden in die MEDICATOR AG überführt. Bei einer Insolvenz wäre aber auch dieser Hilfsfonds überfordert. Die Konsequenzen wären unklar bzw. müssten politisch geregelt werden. Außerdem stellt sich abschließend die Frage, ob mit der Einführung einer Bürgerversicherung nicht die Geschäftsgrundlage für den einseitigen Kündigungsverzicht der PKV-Unternehmen entfällt.

3.1.7 Zusammenfassung

Die beschriebenen Anreize bilden ein hochkomplexes Geflecht. Sie wirken ggf. alle gleichzeitig, z.T. aber in unterschiedliche Richtungen. Die politischen BV-Modelle setzen diesbezüglich auch ganz unterschiedliche Akzente. Im Rahmen dieser Arbeit kann es daher zunächst nur darum gehen, die verschiedenen Wirkfaktoren darzustellen und Hinweise über die mögliche Richtung ihrer Wirkung zu geben.

Wegen dieser unklaren Bedingungen kann hier keine detaillierte Darstellung etwa im Sinne einer Entscheidungsmatrix (gegliedert nach den Statusgruppen und differenziert

¹⁷⁶ Lösungsansätze werden kursorisch diskutiert bei Martin Albrecht et al. (2006).

¹⁷⁷ Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes vom 07.03.2013: „Beitragszahler haben Überschüsse finanziert – kein Freibrief für Kürzungen zur Haushaltssanierung“ und Anlagen.

nach Einkommen und Familienstand) für die verschiedenen BV-Konzepte gegeben werden. Eine gewisse Orientierung gibt das Tableau in der Zusammenfassung des ersten Kapitels (Abbildung 1).

Trotzdem soll hier der **Versuch einer zusammenfassenden Prognose** unternommen werden: Auch wenn die individuellen ökonomischen Anreize (Anreizkomplex I) widersprüchlich sein mögen, gibt es jedenfalls bestimmbare größere Personengruppen, deren Wechsel in die Bürgerversicherung programmiert ist. Für alle PKV-Versicherten sprechen die grundsätzlichen ökonomischen Perspektiven (Anreizkomplex II) jedoch gegen einen Verbleib in der PKV. Auch die psychologischen Faktoren und mutmaßlichen Effekte der öffentlichen Diskussion (Anreizkomplex III) sowie die Aspekte der Leistungsseite (Anreizkomplex IV) wirken überwiegend zu Gunsten einer Option in die Bürgerversicherung. Offen bleiben die weiteren politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen (Anreizkomplex V). Angesichts der öffentlichen Äußerungen der Befürworter der Bürgerversicherung in den vergangenen zehn Jahren dürften die von ihnen geprägten Entscheidungen jedoch ebenfalls die Wahl der Bürgerversicherung begünstigen.

3.2 Entscheidungssituation der PKV-Unternehmen für die Beteiligung an der Bürgerversicherung

Nach den BV-Konzepten der GRÜNEN und der SPD sollen auch die PKV-Unternehmen „die Bürgerversicherung anbieten“ dürfen. Dieser Vorschlag hat erkennbar mit dem Motiv der Arbeitsplatzsicherung für die Beschäftigten der PKV zu tun. In den Konzepten werden jedoch keine näheren Angaben zu diesem Thema gemacht. Auch zum Verfahren, wie eine solche Beteiligung der privaten Unternehmen an der BV zu Stande kommen soll, finden sich keine Aussagen.

Dabei ist nicht auszuschließen, dass manche Befürworter der BV auch eine Zwangsumwandlung der bisherigen PKV-Unternehmen in Bürgerversicherungen in Erwägung ziehen. Die rechtlichen Probleme eines solchen Verfahrens können hier nicht erörtert werden; jedenfalls wäre dieser Weg nur qua Gesetz zu beschreiten. Auch die Arbeitsplatzperspektiven der PKV-Beschäftigten wären folglich in einem solchen Gesetz zu regeln. Zu diskutieren ist hier nur die andere Alternative, die auch in den BV-Konzepten der GRÜNEN und der SPD nahegelegt wird: Ein freiwilliger Gründungsakt eines PKV-Unternehmens.

Für eine solche Entscheidung sollen im Folgenden die politisch diskutierten bzw. denkbaren Motive dargestellt werden. Als Motivationskomplexe für die freiwillige Beteiligung von PKV-Unternehmen an der BV kommen somit in Frage:

- Gewinnerzielung
- Marktpräsenz und Einfluss auf die Bürgerversicherung
- Kooperation und Konvergenz mit der GKV/BV
- Ausbau des Geschäfts mit Zusatzversicherungen

■ Beschäftigungssicherung

Im vierten Kapitel werden schließlich die Schwierigkeiten des vorgeschlagenen Umbaus einer PKV in eine Bürgerversicherung aus weiteren Perspektiven dargestellt. Dazu werden die Geschäftsprozesse von PKV und GKV einander gegenübergestellt.

3.2.1 Motivationskomplex I: Gewinnerzielung

Die grundlegende Frage der Unternehmen dürfte sein, welche Vorteile ihnen die „Gründung“ einer Bürgerversicherungs-Gesellschaft brächte. Dabei ist nach den BV-Konzepten so gut wie ausgeschlossen, dass die Unternehmen damit private Gewinne machen können. Gewinnerzielung ist aber die Wesensbestimmung privater Unternehmen. Letzteres gilt auch für Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, nur mit dem Unterschied, dass die Gewinne hier nicht den Aktionären, sondern den (genossenschaftlichen) Eigentümern zu Gute kommen.

Dabei sind die PKV-Unternehmen grundsätzlich akquisitionsgetrieben. Rund die Hälfte ihres Personals ist auf die Gewinnung von Neukunden ausgerichtet und über zwei Drittel ihres Verwaltungsaufwands sind Akquisitionskosten. Wenn es keinen Nachwuchs mehr für das Neugeschäft gibt, dürfte das Interesse der Unternehmen an der Krankenversicherungssparte insgesamt massiv zurückgehen.

3.2.2 Motivationskomplex II: Marktpräsenz und Einfluss auf die Bürgerversicherung

Auch wenn ein PKV-Unternehmen mit der Bürgerversicherung nicht direkt Geld verdienen kann, könnte doch das Interesse bestehen, überhaupt in diesem Marktsegment vertreten zu sein und damit ggf. mittelbar neue Geschäftsfelder zu erschließen (etwa durch Werbung für andere Versicherungssparten) und Einfluss auf die BV zu nehmen.

Diese Überlegung führt zu der Frage, wie man sich den Einfluss des PKV-Unternehmens auf „seine“ Bürgerversicherung bzw. die Steuerung der BV durch das gründende Unternehmen vorstellen soll. Schon für einen solchen **Gründungsakt** müssten jedenfalls differenzierte rechtliche Regelungen geschaffen werden, die diesen Schritt nicht nur ermöglichen, sondern den PKV-Unternehmen dafür auch **Anreize** bieten.

Da die BV nach den Regeln des SGB V funktionieren soll, muss man sich die künftigen BV-Anbieter „idealtypisch“ wie die bisherigen Krankenkassen vorstellen. Das sind nach Artikel 87 GG aber Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie sind Einrichtungen der mittelbaren Staatsverwaltung mit begrenzter Selbstverwaltungskompetenz und unterliegen der staatlichen Aufsicht. Allein schon wegen der Gleichheit der Wettbewerbsbedingungen unter den Anbietern der BV könnte bei PKV-Gründungen davon nicht wesentlich abgewichen werden. Eine politische Initiative, deren erklärtes Ziel der Abbau von

Privilegien der PKV ist, könnte außerdem wohl kaum die Etablierung neuer Privilegien für sie betreiben.

Damit liegt auf der Hand, dass die Gründer nach dem Gründungsakt die Herrschaft über die neue BV-Kasse verlieren würden. Das widerspricht aber der Idee, ein PKV-Unternehmen könnte durch die enge Kooperation mit „seiner“ BV-Ausgründung eine bevorzugte Position für die Akquisition von PKV-Zusatz- und anderen Versicherungsprodukten gewinnen. Dieser Idee widerspräche auch die „politische Tatsache“, dass die meisten Befürworter der BV den Spielraum für PKV-Zusatzversicherungen eher engen als ausweiten wollen und im Übrigen auch das spartenübergreifende Cross-Selling von Versicherungen ablehnen. Dem entspricht außerdem die in diesem Sinne immer striktere Amtspraxis der GKV-Aufsichtsbehörden. Die Chancen für ein Geschäft mit „Koppelprodukten“ stehen also mit der Einführung einer BV nicht gut.

Für die skizzierte Gründung einer BV-Kasse durch ein PKV-Unternehmen liegt die Analogie zur Gründung einer BKK oder IKK nahe. Ein Blick auf das BKK-Gründungsverfahren (siehe §§ 147 ff. SGB V) mag auch naheliegen, weil immerhin die Privatversicherungsunternehmen von Allianz, DKV, Gothaer, Signal Iduna und Viktoria seit jeher BKKs hatten. Die Continentale Krankenversicherung a.G. hatte 1992 eine BKK gegründet; die DEBEKA sogar noch 1995. Beide Kassen sind bundesweit geöffnet. Die BKKs dienen bzw. dienen dort aber der Stärkung der Unternehmen, z.B. durch eine kostengünstige und effiziente Sozialversicherung ihrer Mitarbeiter, und nicht der Abwicklung eines Geschäftszweiges bzw. der Beschäftigungssicherung für Teile des Personals.

Dabei zeigt gerade das BKK-Gründungsverfahren exemplarisch, wie begrenzt der Einfluss des gründenden Unternehmens ist und wie schnell er sich verliert.

Bei der BKK-Errichtung gibt ein privates Unternehmen den Anstoß zur Gründung einer neuen Körperschaft. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass schon das Errichtungsverfahren in der Hand der Aufsichten liegt und der eigentliche Gründungsakt ebenfalls von der staatlichen Aufsicht vollzogen wird. Damit ist auch klar, dass mit der Gründung das „Trägerunternehmen“ die BKK nicht mehr steuern kann. Auch die Selbstverwaltung der BKK ist formal unabhängig vom Unternehmen. Eine Besonderheit ist jedoch die nach § 147 Abs. 2 mögliche Personalbestellung durch das Trägerunternehmen. Es „leiht“ sein (weitgehend für die Zwecke des BKK-Betriebs (neu) eingestelltes) Personal an die BKK aus; die Mitarbeiter unterliegen z.B. (weiterhin) dem Tarifvertrag des Unternehmens, jedoch nicht (mehr) seinem Direktionsrecht etc..

Diese Konstruktion eröffnet den Unternehmen immer nur einen „informellen“ Einfluss auf die BKK. Gerade die Gewinnung nennenswerter wirtschaftlicher Vorteile ist verboten und wird auch tatsächlich (spätestens durch das Handeln der Aufsicht) unterbunden. Die BKK sind den Trägerunternehmen nur durch die z.T. weiterhin vorhandenen Mitglieds-Cluster in bestimmten Betrieben und die entsprechenden Kooperationsfelder z.B. bei der betrieblichen Gesundheitsförderung verbunden. Eine solche Interessenkonvergenz wäre bei „gründenden“ PKV-Unternehmen nicht vorhanden. Auch zeigt sich

bei *geöffneten* BKK eine beschleunigte Lockerung der „Familienbindung“ an die ursprünglichen Trägerunternehmen.

Für die PKV-Unternehmen ergibt sich somit weder ein direktes noch ein mittelbares ökonomisches Motiv, eine solche BV-Gründung vorzunehmen. Die Möglichkeiten mit Kassen der GKV/BV bei der Vermittlung von Zusatzversicherungen zusammenzuarbeiten (nach § 194 Abs. 1a SGB V) bleibt davon unberührt. Die Bevorzugung eines „eigenen“ BV-Anbieters müsste dabei noch nicht einmal im Geschäftsinteresse des PKV-Unternehmens liegen.

Die Tatsache, dass es seit der Einführung des RSA und der Möglichkeit zur Öffnung von BKK praktisch keine BKK-Gründungen mehr gegeben hat, bestätigt ebenfalls, dass das treibende ökonomische Motiv für die Errichtung neuer Körperschaften entfallen ist.

3.2.3 Motivationskomplex III: Kooperation und Konvergenz mit der GKV/BV

Es ist auch denkbar, dass ein PKV-Unternehmen das Angebot einer BV mit der Perspektive macht, baldmöglichst einen Kooperationspartner aus der traditionellen GKV zu gewinnen und mit diesem zu fusionieren. Umgekehrt könnte eine GKV-Kasse das Interesse haben, auf diesem Weg den Versichertenbestand des PKV-Unternehmens en bloc zu übernehmen. Entsprechende „Patenschaften“ könnten frühzeitig vereinbart werden.

Bei den meisten PKV-Unternehmen dürfte jedoch die Größenordnung der Mitgliedschaft unter diesem Gesichtspunkt nicht „lohnend“ sein. Jedenfalls hätten die großen GKV-Kassen, die für derartige Fusionen potent wären, an (komplizierten) Verfahren, die ihnen nur wenige zehntausend Versicherte einbringen würden, kein Interesse. Außerdem müsste man unterstellen, dass die betreffenden GKV-Kassen die zu gewinnenden Mitglieder/Versicherten unter RSA-Gesichtspunkten attraktiv finden und das ggf. zu übernehmende Personal qualifikatorisch und tariflich für interessant und integrierbar halten (siehe Kapitel 4). Das dürfte ohne gesetzlichen Zwang bzw. massive ökonomische Anreize nicht der Fall sein. Ein originäres Interesse könnte höchstens aufgrund des demnächst in allen Branchen anwachsenden „Fachkräftemangels“ bestehen, der ggf. bei einzelnen Kassen auch die Bereitschaft erzeugen würde, PKV-Mitarbeiter zu Sozialversicherungsfachangestellten umzuschulen. Wenn die PKV allerdings Mitarbeiter freisetzen müsste, wäre eine solche Anwerbung auch über den freien Arbeitsmarkt möglich.

Schließlich sind die Mitarbeiter der PKV-Unternehmen selbst zu berücksichtigen. Sie müssten solche Lösungen wollen und attraktiv finden und die PKV-Versicherten müssten jedenfalls mittelfristig in der „Bürgerversicherung“ des PKV-Unternehmens bleiben. Gerade letzteres ist (ohne zusätzliche ökonomische Anreize oder gesetzlichen Zwang) schwer vorstellbar. Hier müsste es verbindliche Bleiberegeln geben, nach denen die in der GKV bzw. BV üblichen Wechselmöglichkeiten für diese Personen erst nach einer längeren Bindungsfrist, z.B. nach 5 Jahren in Kraft treten würden. Da die

PKV-Versicherten beim Status quo faktisch nur geringe Wechselchancen haben, wäre ein solcher Zwang ggf. sogar politisch vertretbar. Andererseits würde sich eine solche Regelung zumindest als **Legitimationsproblem** für die Einführung der Bürgerversicherung erweisen. Die BV wird immerhin von den meisten ihrer Befürworter auch mit dem Argument vertreten, das neue System würde die Privatversicherten von der lebenslangen Bindung an ein einzelnes Unternehmen befreien und in den Genuss der GKV-Wahlfreiheit bringen.

3.2.4 Motivationskomplex IV: Ausbau des Geschäfts mit Zusatzversicherungen

Gelegentlich wird die Überlegung angestellt, die PKV könnte den Verlust der Krankheitskosten-Vollversicherung durch vermehrtes Geschäft im Bereich der Zusatzversicherungen kompensieren oder ggf. ihre Akquisitionschancen dafür durch die Gründung von Bürgerversicherungen verbessern. Solche Spekulationen sind im Rahmen des politischen Konzepts der Bürgerversicherung nicht konsistent. Die Befürworter der BV treten im Allgemeinen gerade dafür ein, das Leistungsniveau der GKV mindestens zu erhalten und sehen die BV geradezu als Bollwerk gegen die befürchtete Aufteilung des Leistungskatalogs in einen Grund- und Wahlleistungsteil.

Nach Auffassung einiger Befürworter der BV (nicht nur bei der LINKEN) sollen sogar alle Zuzahlungen abgeschafft, die Leistungseinschränkungen der GKV aus dem letzten Jahrzehnt (z.B. der Ausschluss der nicht-rezeptpflichtigen Präparate aus dem Leistungskatalog beim GKV-Modernisierungsgesetz 2004) wieder rückgängig gemacht und die Leistungspflicht der GKV wieder auf 100 Prozent hochgesetzt werden (z.B. beim Zahnersatz und bei Brillen/Sehhilfen). Auf diesem Wege würden sogar bestehende Geschäftsfelder der PKV wieder eingeschränkt (z.B. Zusatzversicherungen beim Zahnersatz). Reine Luxusleistungen (Schönheitsoperationen etc.) sind dagegen aus sich heraus kaum versicherbar. Die verbleibenden sinnvollen Zusatzversicherungen (z.B. Kranken(haus)-Tagegeld etc.) kann ein PKV-Unternehmen jedoch auch verkaufen, wenn es keine eigene Bürgerversicherung betreibt.

Grundsätzlich ist dabei zu berücksichtigen, dass Zusatzversicherungen bei den PKV-Unternehmen recht arbeitsaufwendig sind und in den letzten Jahren nach dem Prämienvolumen schwächer gewachsen sind als die Vollversicherung. Außerdem gelten sie als wenig rentabel bis subventionsbedürftig (vgl. dazu auch die Ausführungen in Abschnitt 5.2.4)¹⁷⁸.

¹⁷⁸ Vgl. Christian Kinder/Mareike Steingröver: „Zwischen Chance und Risiko – Die privaten Krankenversicherer stehen vor großen Aufgaben“, in Versicherungswirtschaft, Sonderdruck „Quo vadis Deutsche Versicherungslandschaft“, Dezember 2011, S. 6.

3.2.5 Motivationskomplex V: Beschäftigungssicherung

Die Gründung einer Bürgerversicherung durch ein PKV-Unternehmen könnte auch explizit im Sinne der Einrichtung einer Auffang- oder Beschäftigungsgesellschaft motiviert sein. Das Motiv zur Sicherung der Arbeitsplätze ihrer Mitarbeiter dürfte bei den PKV-Unternehmen nach der Einführung der Bürgerversicherung allerdings widersprüchlich ausgeprägt sein. Den Versicherungsunternehmen ist dabei eine soziale Verantwortung für ihre Mitarbeiter sicher nicht abzusprechen. Im Falle eines von ihnen abgelehnten massiven rechtlichen Eingriffs in ihre Geschäftsinteressen – was die Einführung der BV aus ihrer Sicht zweifellos darstellt – dürften sie jedoch wenig geneigt sein, auf die Freisetzung von Personal zu verzichten. Sie können für die Arbeitsplatzverluste ja nicht unmittelbar verantwortlich gemacht werden. Sie könnten sogar das umgekehrte Interesse haben, Entlassungen als Kollateralschäden der Bürgerversicherung zu skandalisieren, um dieses Konzept selbst zu diskreditieren. Schließlich dürfte es schwerfallen, die PKV-Unternehmen gesetzlich zur Sicherung der Arbeitsplätze ihrer einschlägigen Mitarbeiter zu verpflichten, wenn die Politik gleichzeitig deren originäres Tätigkeitsfeld abschafft.

Hinzu kommt, dass die PKV-Unternehmen sicher versuchen werden, ihre Interessen auch verfassungsrechtlich zu verteidigen. Sie werden sich dabei auf die Berufsfreiheit (Art. 12 GG) berufen und darauf beharren, dass mit dieser Grundrechtsnorm ihr Versicherungsgeschäft mit Kapitaldeckung und Gewinnerzielungsabsicht gedeckt sei. Eine eventuelle Verfassungsklage würde ggf. durch ein vermindertes Rechtsschutzbedürfnis geschwächt, wenn die Unternehmen in den BV-Tarif einsteigen und dabei ihr Personal umschichten würden.

Beschäftigungs-Sicherungsregelungen, wie sie etwa in § 164 SGB V für die IKK-Mitarbeiter (und letztlich für alle Beschäftigten in der GKV) gelten, dürften daher – auch in Analogie – für die PKV-Unternehmen nicht anwendbar sein. Größere Chancen dürfte dagegen die Verpflichtung der Bürgerversicherung zu einer Beschäftigung bzw. Übernahme für die PKV-Mitarbeiter haben, wie es etwa die DGB-Kommission anspricht¹⁷⁹. Die Anbieter der Bürgerversicherung könnten als Körperschaften, die ja auch zusätzliche Mitglieder gewinnen, am ehesten zu einer solchen Maßnahme verpflichtet werden.

3.2.6 Zusammenfassung

Die PKV-Unternehmen können durch das Angebot einer Bürgerversicherung kein Geld verdienen. Sie können „ihre“ BV-Gründungen auch nicht steuern, so dass ihnen z.B. mittelbar der Zugang zu neuen Geschäftsfeldern (Zusatzversicherungen oder „Koppelprodukte“ mit anderen Sparten etc.) erleichtert würde. Auch die Zusammenarbeit mit aus der GKV hervorgegangenen BV-Kassen wird durch die Gründung einer eigenen

¹⁷⁹ Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“: „BÜRGERVERSICHERUNG STATT KOPFPAUSCHALE – Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“, herausgegeben vom DGB-Bundesvorstand, Berlin im Dezember 2010, S. 35.

BV-„Sparte“ nicht verbessert. Es bleibt allein die Idee der Beschäftigungssicherung für die Mitarbeiter der PKV-Unternehmen, die durch die Einführung der BV ihre originäre Tätigkeit verlieren. Diese Idee ist jedoch kein originäres Motiv der PKV-Unternehmen, sondern müssten ihnen aufgezwungen werden.

PKV-Unternehmen, die die Frage der Gründung einer BV-Sparte durchdenken, werden außerdem auch alle Erwägungen anstellen, die im Abschnitt zu den individuellen Wahloptionen der PKV-Bestandsversicherten dargestellt worden sind (Abschnitt 3.1). Umgekehrt kennen diese Versicherten auch alle Argumente der PKV-Unternehmen, die für oder gegen die Gründung einer BV-Sparte zu Debatte stehen. Die Diskussion dieser Themen wird durch die Medien öffentlich und für alle Beteiligten transparent.

Aus der Diskussion zu den Anreizkomplexen für die individuellen Wahlentscheidungen lassen sich keine Präferenzen der Versicherten für die Wahl eines aus der PKV hervorgegangenen Anbieters der BV ableiten. Im Gegenteil: Weil die Einführung der BV zwangsläufig mit einer kritischen Einstellung gegenüber den PKV-Unternehmen verbunden ist (politische „Begleitmusik“), wird diese Kritik auch einen Schatten auf die Unternehmen als Träger eines BV-Angebots werfen. Die Chancen, ihre bisherigen Versicherten mittels der BV-Gründung zu halten, dürften daher gering sein.

Außerdem ist aus der Perspektive der Versicherten grundsätzlich zu fragen: Warum sollte sich jemand für das von der PKV betriebene BV-Angebot entscheiden, wenn er alle Möglichkeiten hätte, unter den „Originalen“ auszuwählen? Da dies auch alle PKV-Unternehmen wissen, wird ihr Interesse, sich in der Bürgerversicherung zu engagieren, gegen Null tendieren.

Viertes Kapitel: „Konvergenz“ von GKV und PKV ?

In diesem Kapitel sollen drei wesentliche Aspekte eines Vergleichs beider Systeme dargestellt werden. Dabei geht es nicht darum, die seit Jahrzehnten andauernde Debatte¹⁸⁰, die unter dieser Überschrift geführt wird, zusammenzufassen oder fortzuführen. Es sollen vielmehr ganz praktische Fragen erörtert werden, die sich bei der Einführung der Bürgerversicherung stellen.

Ein zentraler Vorschlag zur Sicherung der Arbeitsplätze der heutigen PKV-Mitarbeiter ist die Option, dass PKV-Unternehmen „auch die Bürgerversicherung anbieten“ können sollen. Die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung eines solchen Vorschlags hängt nicht nur von den in Abschnitt 3.2 diskutierten Motiven ab, sondern auch entscheidend von der Ähnlichkeit der zentralen **Geschäftsprozesse in GKV und PKV**. Nur wenn es zwischen beiden Systemen eine ausreichende „Nähe“ gibt, könnte der Einstieg der PKV in die Bürgerversicherung erfolversprechend sein. Im ersten Abschnitt wird daher ein Vergleich der „Geschäftsmodelle“ vorgestellt. Im zweiten Abschnitt werden **Vergütung und Qualifikation des Personals** von GKV und PKV verglichen. Diese Aspekte sind nicht nur für die Entscheidung eines PKV-Unternehmens wichtig, ob es mit seinem Personal „die Bürgerversicherung“ anbieten kann. Sie sind auch wichtig bei einer eventuell verpflichtenden „Überleitung“ von PKV-Mitarbeitern in die Bürgerversicherung und für die Frage der Einstellungschancen dieser Mitarbeiter in Kassen der BV bei einem „freien“ Arbeitsmarkt.

Unter dem Gesichtspunkt einer Annäherung der Systeme wird auch immer wieder die **Rechtsform** der GKV bzw. einer künftigen Bürgerversicherung kritisch diskutiert. Im dritten Abschnitt dieses Kapitels wird daher gefragt, ob eine Rechtsformänderung einen Beitrag zur Sicherung der Arbeitsplätze der PKV-Mitarbeiter leisten könnte.

4.1 Einstieg der PKV in das „Geschäftsmodell“ der Bürgerversicherung?

Die Bürgerversicherung wird nach den politischen Vorgaben weitestgehend nach dem Geschäftsmodell der GKV und nach dem SGB V konzipiert. Daher müsste ein PKV-Unternehmen beim Einstieg in die BV von den originären Geschäftsprozessen der PKV auf die Geschäftsprozesse der GKV „umschalten“. Das wirft vielfältige Qualifikations- bzw. Kompetenzprobleme auf. Zur Illustration dieser Perspektive sollen im Folgenden die Geschäftsprozesse der PKV schlagwortartig dargestellt und – so weit wie möglich – mit den „entsprechenden“ GKV-Prozessen verglichen werden (Abbildung 3).

¹⁸⁰ Für die es gleichwohl empirische Indizien gibt, z.B. die zunehmende Partizipation der PKV an allgemeinen bzw. für die GKV entwickelten Vergütungssystemen (etwa die Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhaus oder die Erstattungspreise für neue Arzneimittel nach § 35a SGB V).

Abbildung 3: Vergleich der Geschäftsprozesse von PKV und GKV

	Geschäftsprozesse der PKV	Geschäftsprozesse der GKV
1.	Produktentwicklung: Ist als versicherungstechnisch-ökonomisches Konzept in der PKV von zentraler Bedeutung, weil das Neugeschäft der eigentliche Motor der Versicherungswirtschaft ist. Das Fachwissen der Marketing-Fachleute und der Aktuare könnte nur in sehr beschränktem Umfang auch in der BV genutzt werden.	Findet in der GKV nur marginal statt, etwa bei den Wahlтарifen oder bei Satzungsleistungen. Die gesetzlichen Spielräume sind dabei sehr beschränkt. Die Befürworter der BV wollen sie teilweise noch weiter eingengen. Produktentwicklung in diesem Sinne hat keine nennenswerte ökonomische Relevanz in der GKV.
2.	Außendienst/Akquisition: Ist das zentrale Aktionsfeld der Versicherungen und bindet zwei Drittel der Prozesskosten der PKV. Außerdem ist es wegen der hohen Provisionen für die Mitarbeiter das attraktivste Segment in den Unternehmen.	In einer Pflichtversicherung mit Kontrahierungszwang ist dieser „Geschäftsprozess“ naturgemäß von untergeordneter Bedeutung. Wenn der Wettbewerb der GKV gegen die PKV-Abwanderung nicht mehr nötig ist, wird die Bedeutung des Marketing und z.B. von Beitragsrückzahlungs-, Selbstbehalts- und Kostenerstattungstarifen weiter abnehmen. Es geht nur noch um den heute schon stark regulierten und durch Richtlinien der Aufsicht eingegegten Wettbewerb der künftigen BV-Anbieter untereinander. Die Kassen der Bürgerversicherung brauchen einen Außendienst – in sehr eingeschränktem Maß – nur für diesen Wettbewerb.
3.	Antragsprüfung: Ist bei einer auf Risikoäquivalenz ausgerichteten Versicherung von zentraler Bedeutung. Die medizinische Bestimmung der individuellen Risiken und die (weitgehend standardisierte) Berechnung von individuellen Risiko-Zuschlägen sind zwingende Folgewirkungen der Akquisition bzw. des Neugeschäfts.	In einer BV nach dem Umlagesystem und mit Kontrahierungszwang gibt es – wie in der heutigen GKV – keine „Antragsprüfung“ und keine individuelle Risikoberechnung. In der BV würde selbst die bisherige Prüfung der „Versicherungsberechtigung“ in der GKV nach § 9 SGB V entfallen.
4.	Vertrags- und Bestandsverwaltung: Laufende Verträge müssen regelmäßig gepflegt werden: Adressenänderungen, hinzukommende Familienangehörige, Vertragsänderungen beim Leistungsumfang, bei Selbstbehalten, Prämienanpassungen etc.	Auch in der GKV gibt es entsprechende Meldevorgänge und Anpassungen, allerdings im strengen GKV-rechtlichen Rahmen. So geht es etwa um Statuswechsel (z.B. zwischen Pflicht- und freiwilliger Versicherung sowie der Krankenversicherung der Rentner) um die Anmeldung von Familienmitgliedern etc.

5.	Prämieneinzug: Die Verwaltung/Überwachung individueller Konten bzw. der Einzugsermächtigungen ist hier zentral. Das gleiche gilt für die Rechtsverfolgung von Prämienansprüchen.	Die GKV zieht im „Normalfall“ die Beiträge im GSV-Verfahren von den Arbeitgebern ein. In der Bürgerversicherung soll es nach allen Modellen bei diesem „Quellenabzugsverfahren“ bleiben. Allerdings ist für Selbstständige und ggf. auch Beihilfeberechtigte der Übergang in die GKV (nach heutigen Regeln) nur als „freiwillig Versicherte“¹⁸¹ möglich. Bei diesen Gruppen ist zur Zeit der Beitragseinzug ausschließlich im individuellen Verfahren mit Einzelkonten möglich. Hier ergibt sich eine (begrenzte) Analogie, allerdings immer noch mit dem Unterschied, dass die PKV fixe Euro-Prämien einzieht und die Bürgerversicherung (auch z.B. bei den Selbstständigen) künftig das Gesamteinkommen berücksichtigen soll. Die Beitragsberechnung und der individuelle Beitrags-einzug ist in vielen Fällen komplizierter als das derzeitige PKV-Geschäft.
6.	Schadensbearbeitung: Die PKV prüft ihre Leistungspflicht nach den Regeln des jeweiligen individuellen Versicherungsvertrages. Im Ergebnis werden im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips Überweisungen/Erstattungen ausgelöst. In diesem Bereich arbeitet der „harte Kern“ des „Innendienstes“ der PKV. Hier dürfte es auch den größten Teil spartenspezifisch gebundener Arbeitsplätze geben. Die Prüfung der Anspruchsberechtigung erfolgt anhand der einzelnen vom Versicherten eingereichten Rechnungen. In der Masse sind das vor allem Arzneimittel-Rezepte und Arztrechnungen.	Die BV soll (wie bisher die GKV) nach dem Sachleistungsprinzip arbeiten. Eine individuelle Leistungsprüfung findet nicht (bzw. nur in Ausnahmesituationen bei genehmigungspflichtigen Leistungen) statt. Der Versicherte ist in die Finanzierung der Leistungen maximal durch seine Zuzahlungen eingebunden, die einige Befürworter der BV ebenfalls abschaffen wollen. Ein Sonderproblem wäre die von der SPD beabsichtigte Schaffung eines „Beihilfe-Ergänzungstarifs“ in der Bürgerversicherung, die faktisch auf ein Kostenerstattungsverfahren innerhalb der BV hinauslaufen würde. Die Bezahlung der erbrachten Leistungen findet in der GKV zusammengefasst bzw. kollektivvertraglich und nach sozialrechtlichen Regelungen statt. Arzneimittel und ärztliche Leistungen werden in der GKV en bloc über die KVen bzw. die Apothekenabrechnungszentren bezahlt.
7.	Antragsverfahren: In der PKV gibt es genehmigungspflichtige Leistungen, bei denen eine Vorab-Genehmigung erforderlich ist (z.B. Zahnersatz mit Heil- und Kostenplan).	Hier gibt es in der GKV zweifellos prozedurale Parallelen zur PKV (etwa bei Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz, Psychotherapie und bestimmten teuren Hilfsmitteln). Die Umschulung der Mitarbeiter wäre relativ unproblematisch.

¹⁸¹ Diesen Versicherungs-Status in der heutigen GKV könnte es in der Logik der künftigen Bürgerversicherung eigentlich nicht mehr geben, denn alle wären in einem einheitlichen System pflichtversichert.

8.	Rechnungsprüfung: Nach den Regeln der GOÄ und der Fallpauschalen im Krankenhaus (DRGs) wird geprüft, welche Erstattungsansprüche der Versicherte tatsächlich hat. Eigentlich ist das ein Teilprozess der Schadensregulierung.	Ein Personalaustausch erscheint hier praktikabel, auch wenn sich das Regelwerk unterscheidet (GOÄ versus EBM etc.). Allerdings ist in der GKV/BV der „Gegner“ bzw. Gegenstand der Prüfung nicht der Versicherte, sondern der Vertragspartner der Krankenkasse. Dementsprechend richten sich Rechtsstreitigkeiten (normalerweise) auch nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die Vertragspartei (siehe auch Ziffer 9.).
9.	Rechtsverfolgung: Die Versicherungen streiten sich letztlich mit ihren Mitgliedern um Leistungsansprüche. Die Anwälte der Unternehmen versuchen i.a. die Ansprüche der Versicherten einzudämmen. Es geht um zivilrechtliche Ansprüche.	Die juristische Expertise richtet sich meist gegen die Vertragspartner bzw. auf Verstöße gegen (kollektive) Verträge bzw. die ihnen zugrundeliegenden rechtlichen Regelungen. Ziel ist vor allem die Durchsetzung der Rechtsposition des Versicherten-Kollektivs gegen die Interessen (einzelner) Vertragspartner/Leistungserbringer. Juristisches Handeln richtet sich nur in wenigen Fällen gegen die eigenen Mitglieder, die im sozialrechtlichen Verfahren außerdem einen besonderen Schutz genießen.
10.	Allgemeine Services: Etwa IT, Personal- und allgemeine Verwaltung, Controlling etc..	Selbstverständlich gibt es in jedem bürokratischen Gebilde allgemeine Services. Aber z.B. das „Asset-Management“ bei GKV-Kassen beschränkt sich im Rahmen enger Richtlinien der Aufsicht auf die „Anlage“ der (gesetzlichen) Rücklagen und von Tagesgeld. IT ist weitgehend von dem geregelten Gegenstand unabhängig. etc.

Quelle: Eigene Recherchen des Autors

Bei der PKV gibt es außerdem kein Korrelat zum **Vertragswesen** der GKV. Ein PKV-Unternehmen als Newcomer in der Bürgerversicherungs- bzw. GKV-Welt wäre hier wohl zunächst überfordert. Zwar fordern die PKV-Unternehmen seit einiger Zeit die Einräumung optionaler Vertragsrechte mit den Ärzten bzw. Leistungserbringern, etwa im Rahmen einer Novellierung der GOZ (Stichwort „Öffnungsklausel“) bzw. GOÄ. Sie haben damit jedoch bisher keine nennenswerten praktischen Erfahrungen. Mehr noch: Bei vielen PKV-Unternehmen ist es nach wie vor ein wichtiges Marketing-Argument, dass sie gerade keinen Einfluss auf die Leistungserbringer nehmen wollen und sich nicht in das Arzt-Patient-Verhältnis ‚einmischen‘.

Die einzelnen PKV-Unternehmen hätten auch mit Vertragsrechten nicht nur keine Marktmacht (im Verhältnis etwa zu den großen Ersatzkassen oder gar zur AOK), sondern vor allem keinerlei Erfahrung im Umgang mit den Leistungserbringern im korporativen System. Diesen Nachteil könnten sie nur durch den Zusammenschluss in einem Verband kompensieren. Oder wenn sie Kooperationspartner in der bisherigen GKV fänden (ggf. mit Fusionsperspektive), die bereit wären, ihre Verträge und ihre Expertise zu teilen. Es ist allerdings unklar, woher bei den bisherigen GKV-Anbietern eine solche Kooperationsbereitschaft für Partner bzw. künftige Konkurrenten aus der PKV kommen sollte.

Im **Ergebnis** zeigt sich, dass die wesentlichen Geschäftsprozesse der PKV nur punktuell mit denen der GKV bzw. der präsumtiven BV übereinstimmen. Allerdings kann eine über die Hinweise in Abschnitt 2.2.5 hinausgehende quantifizierende Zuordnung der Mitarbeiter hier nicht vorgenommen werden¹⁸². Trotzdem kann zusammenfassend festgestellt werden: Die Umorientierung eines PKV-Unternehmens auf die Bürgerversicherung wäre nicht ohne einen **vollständigen Umbau der Aufbau- und Ablauforganisation** möglich. Er wäre mit erheblichen Startschwierigkeiten verbunden.

Außerdem stellt sich die Frage nach der Qualifikation der PKV-Mitarbeiter und ihrer Einkommenssituation sowie nach ihrer bisherigen beruflich-betrieblichen Erfahrungswelt.

4.2 Konvergenz und Divergenz von GKV und PKV?

Unter zwei Aspekten soll noch einmal beleuchtet werden, ob und wie weit das Personal von GKV und PKV zusammenpasst, bzw. wie weit das PKV-Personal geeignet und motiviert erscheint, im Rahmen eines BV-Angebots nach dem Muster der herkömmlichen GKV tätig zu werden.

4.2.1 Vergütung

Das Einkommensniveau in der PKV liegt auch bei Sachbearbeiter-Tätigkeiten eindeutig über dem der GKV. Das fängt schon bei der Vergütung der Auszubildenden an. Der/die „Kaufmann/-frau für Versicherungen und Finanzen (alle Fachrichtungen)“ erhielt im Jahr 2011 nach der „Datenbank Ausbildungsvergütungen“ des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) 853 Euro monatlich, die/der „Sozialversicherungsfachangestellte/-r“ dagegen nur 767 Euro.

¹⁸² Das würde z.B. weitere Recherchen in den betroffenen PKV-Unternehmen erfordern. Dabei müssten diese z.B. interne Kostenstellen- und Kostenträgerrechnungen bereitstellen etc.

Ein Blick in den Lohnspiegel des WSI¹⁸³ zeigt ebenfalls: Der Sozialversicherungsbedienstete (mit bis zu 5 Jahren Berufserfahrung) verdient 30.609 Euro im Jahr. Der vergleichbare Versicherungskaufmann 38.701 Euro. Weitere Informationen dazu gibt es in den entsprechenden Abschnitten des Kapitels 2 (Abschnitte 2.1.3 und 2.2.3).

Eine genauere Analyse der Tarifverträge bzw. der tatsächlichen Einkommensverhältnisse ist hier nicht möglich. Zu beachten ist jedoch, dass der Anteil der Hochschulabsolventen in der privaten Versicherungswirtschaft weit über dem in der GKV liegt. Außerdem ist vor allem beim (angestellten) Außendienst ein erheblicher Teil der Vergütung leistungs- bzw. erfolgsbezogen. Das dürfte für eine bestimmte Gruppe von Arbeitnehmern hoch attraktiv sein; gleichzeitig prägt die Akquisition die **Mentalität** der ganzen Branche. Im Gegensatz dazu ist die GKV kein Ort des Gehaltswettbewerbs. Die Einkommen sind für alle Beteiligten – entsprechend dem übrigen öffentlichen Dienst – (fast) vollkommen transparent.

4.2.2 Qualifikation

Bei der Frage der Konvergenz von GKV und PKV bzw. einer möglichen Integration der PKV-Mitarbeiter in eine nach dem Muster der GKV aufgebaute Bürgerversicherung spielt die Basisqualifikation eine wichtige Rolle. Dabei geht es einerseits um die vermittelten Fähigkeiten, andererseits auch um die darin angelegte berufliche Sozialisation. Mit anderen Worten: Auch das „Atmosphärische“ der beruflichen Milieus spielt eine Rolle.

Basisinformationen¹⁸⁴ über die beiden Berufe liegen vor in der

- **Verordnung über die Berufsausbildung** zum Kaufmann für Versicherungen und Finanzen/zur Kauffrau für Versicherungen und Finanzen vom 17. Mai 2006, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 24, ausgegeben zu Bonn am 22. Mai 2006, Seite 1187 und im
- **Rahmenlehrplan** für den Ausbildungsberuf Kaufmann für Versicherungen und Finanzen/Kauffrau für Versicherungen und Finanzen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 08.03.2006).

Die bestehende Verordnung soll bis August 2013 überarbeitet werden. Als Ausbildungsstruktur liegen für den Beruf Spezialisierungen in zwei Fachrichtungen „Versicherungen“ und „Finanzen“ vor. Dabei gibt es spezifische Einheiten zur Pflicht- und Wahlqualifikation in beiden Fachrichtungen.

¹⁸³ www.lohnspiegel.de Allerdings ist die Datenbasis dieser Quelle eher schwach. Sie heranzuziehen hat jedoch den Charme, dass sich die im SPD-Konzept vorgenommenen Modellberechnungen für Arbeitnehmer ebenfalls auf diese Quelle beziehen.

¹⁸⁴ Die genannten Dokumente sind über die Internetseite des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) greifbar.

Für den Sozialversicherungsfachangestellten gilt die

- **Verordnung über die Berufsausbildung** zum Sozialversicherungsfachangestellten/ zur Sozialversicherungsfachangestellten vom 18. Dezember 1996, Bundesgesetzblatt Jahrgang 1996 Teil I Nr. 67, ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 1996, Seite 1975 und der
- **Rahmenlehrplan** für den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellter/ Sozialversicherungsfachangestellte (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 26. September 1996).

Ein ausführlicher Vergleich der Ausbildungsinhalte würde den Rahmen dieser Expertise sprengen. Die Qualifikationsinhalte des Versicherungskaufmanns sind jedoch eindeutig **dominierend auf den Verkauf** von Versicherungsprodukten und die Akquisition ausgerichtet. Die Qualifikation des Sozialversicherungsfachangestellten bezieht sich dagegen schwerpunktmäßig auf das öffentlich-rechtlich geprägte Sozialversicherungsrecht und seine Anwendung. Die Ausbildung reflektiert damit die Berufswirklichkeit in beiden Sphären, der vom Marketing bzw. Neugeschäft getriebenen privaten Versicherungswirtschaft und dem Alltag der Sozialversicherung als „Verwaltungsvollzug“.

Dabei gilt selbstverständlich, dass auf einer höheren Abstraktionsebene beide Berufe „ähnlich“ sind: Sie haben mit regelgeleitetem Handeln in einem hochregulierten Rechtsrahmen zu tun, wobei es letztlich um ökonomische Sachverhalte geht¹⁸⁵. Auch die Ausbildungsinhalte dürften sich bis zu einem Drittel der expliziten Positionen überschneiden. Den Berufsalltag beider Sphären trennen jedoch Welten.

Dass es zwischen beiden Sphären neuerdings zu einem regen Austausch der Kernqualifikationen kommt, wie immer wieder vermutet wird¹⁸⁶, lässt sich – abgesehen von umso auffälligeren Einzelfällen – empirisch nicht nachvollziehen. Nach der „Beschäftigtenstatistik“ der Bundesagentur für Arbeit waren 2011 von rund 178.000 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Versicherungskaufleuten nur 0,2 Prozent bei „öffentlichen Verwaltungen/Sozialversicherungen“ angestellt. Dieses Niveau ist seit 2005 völlig gleichgeblieben. Ein größerer Qualifikationsaustausch zwischen privater Versicherungswirtschaft und der GKV ist daher nicht belegbar. In umgekehrter Richtung stehen zur Zeit keine detaillierten Informationen zur Verfügung; hier bietet die Bundesagentur nur den sehr allgemeinen dreistelligen Tätigkeitsschlüssel der „Berufsordnung 781 Bürofachkräfte“ an. Auch die Gespräche mit Experten aus der privaten Versicherungswirtschaft geben keine Hinweise auf ein verstärktes Interesse an der Einstellung von Sozialversicherungsfachangestellten.

185 Für diese Sichtweise spricht auch, dass z.B. die BKK Akademie, die für die Betriebskrankenkassen die Ausbildung der Sozialversicherungsfachangestellten organisiert, auch die Ausbildung für eine Privatversicherung (Postbeamten-Krankenkasse) betreibt.

186 Dahinter steht z.B. die Idee, die GKV könnte in Sachen Wahltarife oder Marketing von Versicherungskaufleuten profitieren und umgekehrt, die PKV könnte mit Hilfe von Sozialversicherungsfachangestellten ihre Abwerbung aus dem GKV-Potential erfolgreicher machen.

4.2.3 Zusammenfassung

Für die Mitarbeiter der PKV dürfte der Übergang in die BV unter dem Aspekt der Vergütung c.p. alles andere als attraktiv sein. Es sei denn, für sie würden Regelungen zur Besitzstandswahrung bei der Vergütung geschaffen. Das würde weitere Fragen nach sich ziehen, etwa wer für diese Zusatzvergütungen aufkommen soll. Oder wie sie sich auf das Verhältnis zu den übrigen Mitarbeitern der BV auswirken würden und wie lange eine solche Übergangsregelung gelten sollte. Eine ganz andere Alternative wäre die völlige tarifliche Neubewertung der Tätigkeiten der bisherigen GKV-Mitarbeiter. Auch unter dem Gesichtspunkt der Qualifikation liegen die Beschäftigten der beiden Bereiche ebenfalls weit auseinander.

4.3 Fragen zur Rechtsform der GKV bzw. Bürgerversicherung

Einerseits gibt es immer wieder Diskussionen über eine Veränderung der Rechtsform der gesetzlichen Krankenkassen¹⁸⁷. Zuletzt gab es dazu einen Vorstoß in einem Gutachten der Professoren Wille, Thüsing und von der Schulenburg im Auftrag der Techniker Krankenkasse¹⁸⁸. Dort wird erneut vorgeschlagen, dass eine privatrechtliche Rechtsform für die Krankenkassen sinnvoll sein könnte. Es wird allerdings nicht schlüssig dargelegt, was sich bei den Kassen dadurch zum Besseren ändern würde. Andererseits steht der **Körperschaftsstatus der Kassen** im Grundgesetz (Art. 87 Abs. 2). Auch die Kritik von Prof. Kingreen¹⁸⁹, bei dieser Regelung handele es sich „nur“ um eine „Kompetenzzuweisungsnorm“, heißt nicht, dass man diese Norm nicht beachten müsste. Man sollte dabei den Körperschaftsstatus keineswegs ideologisch überhöhen. Aber wenn man politisch-pragmatisch bleiben will, ist leicht zu erkennen, dass z.B. die im erwähnten TK-Gutachten erwünschten Veränderungen auch beim Status quo erreicht werden können.

So erklärt z.B. das TK-Gutachten: „Für erfolgreiche selektive Vertragsaktivitäten der Krankenkassen weist die wettbewerbliche Rahmenordnung zahlreiche, teilweise gravierende Schwachstellen auf.“ (S.5). Diese Feststellung ist zwar zutreffend, hat aber mehr mit der extremen Verrechtlichung der Beziehungen der Kassen zu den Leistungserbringern zu tun als mit dem Körperschaftsstatus. Das gilt auch für die Klage über das „engen Korsett bezüglich der Finanzierungsmöglichkeiten, der Rechnungslegung und des Beteiligungsmanagements“ sowie die „inhaltlich weitreichende Rechtsaufsicht“ (S. 6). In allen diesen Punkten könnte die Situation für die GKV auch in „einfachen“ Gesetzen anders gestaltet werden.

187 So z.B. mehrfach der vormalige Abteilungsleiter Krankenversicherung im BMG, Franz Knieps oder auch Prof. Thorsten Kingreen und andere in der Abteilung Sozialrecht des 69. Deutschen Juristentages in München, 18. bis 21. September 2012.

188 Eberhard Wille, Geert Jan Hamilton, Johann-Matthias Graf von der Schulenburg, Gregor Thüsing: „Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden“, NOMOS Verlag, Baden-Baden 2012.

189 in einer Diskussionsveranstaltung des DGB am 26. Oktober 2012 in Berlin.

Zum Teil gab es dazu in früheren Zeiten auch schon andere „einfachgesetzliche“ Regelungen, die die Kassen weniger eingeschränkt hatten. Das betrifft etwa die Zusammenarbeit mit Privaten Dritten (auch beim Outsourcing), mit der PKV und die Möglichkeit von kassenindividuellen Variationen des Leistungskatalogs (etwa durch Satzungsleistungen, Wahltarife und Zusatzversicherungen etc.). Auch das Korsett der Aufsicht könnte man im Rahmen des SGB lockern.

Auch Klaus Jacobs, bekannt als entschiedener Befürworter des Wettbewerbs in der GKV, kritisiert das TK-Gutachten in diesem Sinne¹⁹⁰: Die Autoren „vermitteln ... den Eindruck, als würden sich wesentliche Wettbewerbspotenziale plötzlich auftun, wenn die Kassen nur endlich von ihren öffentlich-rechtlichen Fesseln befreit würden.“ Und resümiert nach einigen Beispielen: „Hier sind doch offenbar ganz andere Rahmenbedingungen bedeutsam als die unternehmensrechtliche Verfasstheit der Krankenkassen ...“

In diesem Zusammenhang ist schließlich festzustellen, dass die politischen Befürworter der Bürgerversicherung bisher an keiner Stelle Interesse an einer Rechtsformänderung der GKV geäußert haben und auch für die Bürgerversicherung in dieser Hinsicht keine Absichten erkennen lassen. Im Gegenteil: Die LINKE und der DGB sowie die GRÜNEN und die SPD wehren sich nachdrücklich z.B. gegen die befürchtete „Privatisierung“ der Kassen im Rahmen der geplanten 8. GWB-Novelle¹⁹¹. Hier wird eine schleichende Änderung bzw. Aushöhlung der gegenwärtigen Rechtsform bzw. des Körperschaftsstatus befürchtet.

In Bezug auf BV-Gründungen von PKV-Unternehmen stellen sich die konkreten Fragen ohnehin eher umgekehrt. Zum Beispiel unter steuerrechtlichen Aspekten:

- Sollen PKV-Unternehmen steuerbefreit werden, so weit sie die Bürgerversicherung anbieten? Das betrifft etwa alle Unternehmenssteuern, wie Körperschaftsteuer, Mehrwert- bzw. Umsatzsteuer etc. während die GKV ja von diesen Steuern grundsätzlich befreit ist.
- Welcher Aufsicht sollen die PKV-BV-Unternehmen unterliegen? Der BaFin oder dem BVA? Bleiben sie insoweit privat, als sie weiterhin den Aufsichtsräten der Konzerne unterstehen? Oder soll es eine besondere Form der Selbstverwaltung geben?
- Könnten ausländische (private) Versicherungskonzerne, die grundsätzlich heute auch PKV-Angebote in Deutschland machen können, in den Bürgerversicherungs-Markt einsteigen?
- Unterliegen auch die BV-Gründungen der PKV noch dem Kartellrecht, das die PKV-Unternehmen heute ja durchaus an einer engeren Zusammenarbeit hindert?

Diese und ähnliche Fragen könnte man stellen, ohne dass bisher jedoch die politischen BV-Konzepte dazu einen Hinweis geben.

¹⁹⁰ Rezension in „Gesundheits- und Sozialpolitik“ 5/2012, Nomos Verlag, S. 63 f.

¹⁹¹ Die GRÜNEN formulieren allerdings gelegentlich das Nebeneinander von BV-Anbietern mit unterschiedlicher Rechtsform. Vgl. dazu Abschnitt 1.3.

Allerdings soll hier ein Aspekt aus der Studie von Wille/Hamilton et al. aufgegriffen werden, der im Zusammenhang der Option von PKV-Unternehmen eine BV zu gründen, eine Rolle spielen könnte. Die Autoren der TK-Studie schlagen vor, die Kassen der GKV anstelle des Status als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu *beleihen*¹⁹². So könnten sie ihre Aufgaben als privatwirtschaftliche Institutionen erfüllen, hätten aber einen größeren wirtschaftlichen Spielraum darüber hinaus. Dieser rechtliche Verfahrensweg würde auch ggf. den PKV-Unternehmen die Chance eröffnen, die in Abschnitt 3.2.2 beschriebenen Rechtsprobleme bei der Gründung eines BV-Zweiges zu umgehen.

Eine „Beleihung“ würde allerdings weitere rechtliche und tatsächliche Probleme aufwerfen, die hier nicht weiter behandelt werden können. Außerdem muss dazu festgestellt werden, dass die Befürworter der Bürgerversicherung keinen Hinweis darauf geben, dass sie eine derartige Rechtsformänderung in Erwägung ziehen.

Im Ergebnis lenkt die Rechtsform-Diskussion insgesamt von den konzeptionellen Problemen der Bürgerversicherung ab und erscheint nicht geeignet, für die PKV-Unternehmen bei Einführung der BV eine Lösungsperspektive zu bieten. Für die Frage der Arbeitsmarktperspektiven in GKV und PKV erweist sie sich schlichtweg als irrelevant.

4.4 Zusammenfassung

Angesichts der Unterschiedlichkeit der Geschäftsprozesse in GKV und PKV (Abschnitt 4.1) wäre der Umschulungsbedarf der PKV-Unternehmen für ihre Mitarbeiter bei einem Einstieg in die BV erheblich. Außerdem bewegt sich ihr aktuelles Personal in deutlich höheren Vergütungsbereichen und hat eine andere Mentalität (Abschnitt 4.2). Allein schon daraus ergäbe sich für die PKV-Unternehmen beim Start in der BV ein massiver Nachteil durch höhere Verwaltungskosten. Ganz abgesehen von den Kompetenz- und Erfahrungsdefiziten.

Mit einem holperigen Start und unsicherer Perspektive hinsichtlich des Mitgliederbestandes kämen die PKV-Unternehmen allein schon aus diesen Gründen schnell in die Gefahr, bei knappen RSA-Zuweisungen Zusatzbeiträge bzw. relativ höhere Beitragssätze erheben zu müssen als die etablierte GKV-Konkurrenz. Auch Risikoselektion ist keine Option mehr. Vorausgesetzt, es gäbe weiterhin alle Wahlmöglichkeiten wie bisher in der GKV (und dann auch in der BV), würden die Mitglieder in der Konsequenz schnell abwandern. Im Rahmen der (unter Wettbewerbsgesichtspunkten auch zwingend) einheitlichen Leistungs- und Finanzierungsbedingungen könnte die BV einer PKV ihren Versicherten in diesem Falle keine überzeugenden Argumente für das Bleiben vermitteln. Noch weniger wahrscheinlich ist c.p., dass BV-Angebote der PKV-Unternehmen Marktanteile von den Wettbewerbern aus der ursprünglichen GKV gewinnen könnten.

¹⁹² Eberhard Wille, Geert Jan Hamilton, Johann-Matthias Graf von der Schulenburg, Gregor Thüsing: „Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden“, NOMOS Verlag, Baden-Baden 2012, S. 76 ff.

Ein Einstieg der PKV-Unternehmen in die BV erscheint daher nicht erfolgversprechend. Er käme faktisch einem „**Kaltstart**“ in einem fremden und bereits vollbesetzten Markt gleich. Eine Rechtsformänderung (Abschnitt 4.3) würde für sich genommen daran nichts ändern. Auch die PKV-Mitarbeiter erweisen sich für das Geschäftsmodell der Bürgerversicherung als nur bedingt „anschlussfähig“.

Fünftes Kapitel: Schlussfolgerungen für die Arbeitsmärkte und weiterführende Überlegungen

5.1 Vorbemerkung

Die in den BV-Konzepten vorgesehenen Veränderungen wirken sich auf die Geschäftsprozesse und die damit verbundenen Arbeitsplätze differenziert aus. Insbesondere Neugeschäft und Bestandsverwaltung haben in PKV und GKV eine sehr unterschiedliche Bedeutung. Schwerpunktmäßig sind verschiedene Prozesse in den Unternehmen betroffen.

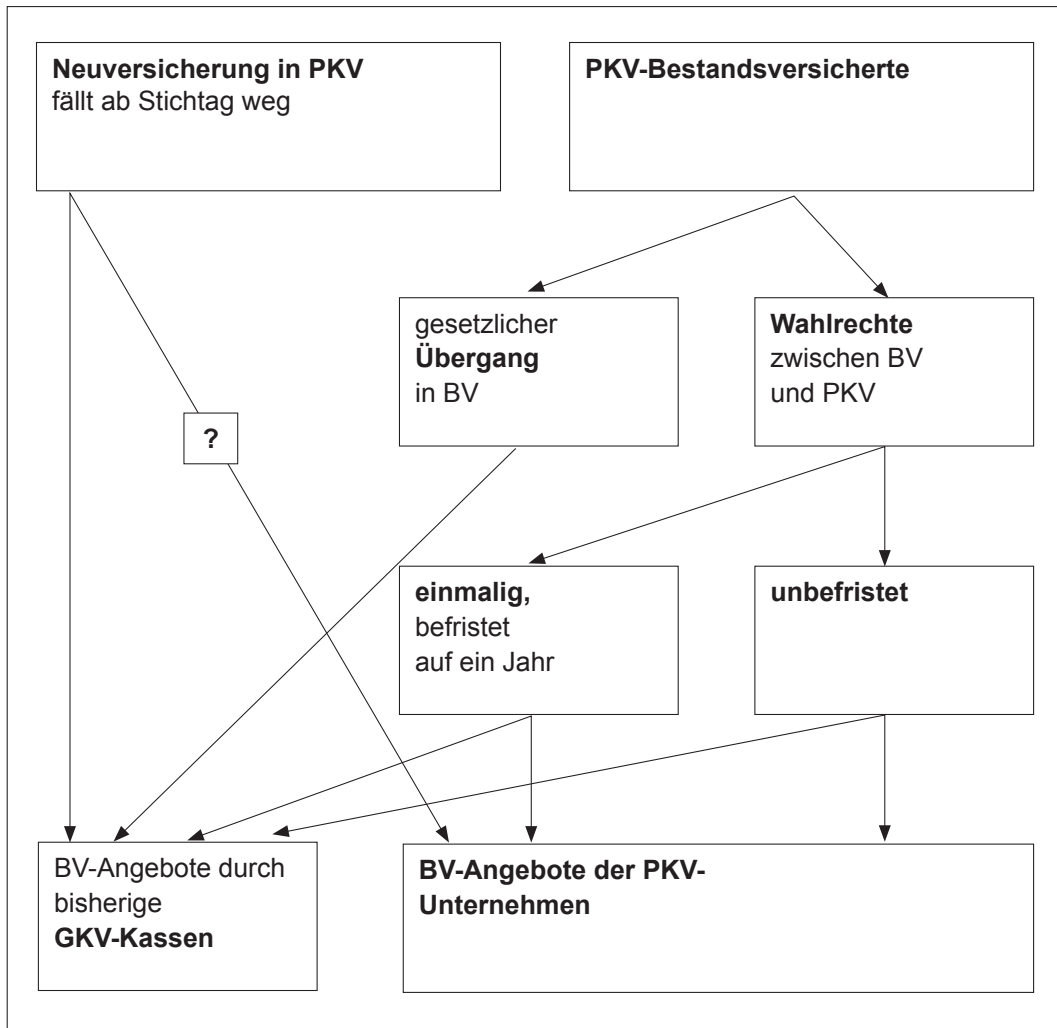
Aus den politischen BV-Konzepten lassen sich nach dieser Feststellung vereinfacht vier Maßnahmenkomplexe bzw. Umsetzungsschritte mit hoher Relevanz für die Arbeitsplätze bestimmen:

1. Nach allen Konzepten gibt es ab einem Stichtag so gut wie keine Neuzugänge mehr zur PKV. Das gesamte „Neugeschäft“ übernimmt die Bürgerversicherung.
2. Für die PKV-Bestandsversicherten bestehen danach unterschiedliche Perspektiven: Einerseits gibt es den Vorschlag einer gesetzlichen „Überleitung“ in die BV. Nach den Vorstellungen der LINKEN „so schnell wie möglich“ oder bei den GRÜNEN und der DGB-Kommission in Schritten über einen längeren Zeitraum. Dabei ist völlig offen, wie dieser Prozess in zeitliche Etappen gegliedert und wie er ggf. nach welchen Personengruppen segmentiert werden könnte etc..
3. Andererseits werden für die PKV-Bestandsversicherten zum Teil auch Wahloptionen zur Bürgerversicherung vorgesehen¹⁹³. Nur im SPD-Konzept wird dazu eine konkrete Frist benannt. Für die Arbeitsplatzeffekte ist allerdings der Zeitfaktor von entscheidender Bedeutung.
4. Schließlich gibt es die Option der PKV-Unternehmen, sich an der Bürgerversicherung zu beteiligen und auf diesem Wege Arbeitsplätze abzusichern.

In Abbildung 4 werden diese Schritte und die entsprechenden Wahlmöglichkeiten vereinfacht dargestellt.

¹⁹³ Bei der SPD, den GRÜNEN und als Second-best-Lösung bei der DGB-Kommission.

Abbildung 4: Arbeitsplatzwirksame Optionsmöglichkeiten der Bürgerversicherungskonzepte



Quelle: Eigene Darstellung

Unter den genannten Gesichtspunkten werden in den folgenden Abschnitten jeweils für PKV und GKV die Konsequenzen für die Arbeitsplätze beschrieben (Abschnitte 5.2.1 und 5.2.2). Es wurde bereits gezeigt, dass für die Prognose der Arbeitsplatzeffekte mehrdimensionale Anreize wirksam sind. Für die einzelnen Anreize kann zwar meist die Wirkungsrichtung unter c.p. Bedingungen angegeben werden, zu welchen Kumulationen oder Kompensationen der Faktoren es jedoch kommt, ist schwer einzuschätzen und hängt von vielen politischen Detailentscheidungen ab.

Die Arbeitsplatzeffekte werden dabei insbesondere durch drei Sonderprobleme beeinflusst, für die im Rahmen der Einführung der BV Lösungen gefunden werden müssen:

- Verhältnis von Bürgerversicherung und Beihilfesystem (Abschnitt 5.2.3)
- Rolle der Zusatzversicherungen (Abschnitt 5.2.4) und die
- Konvergenz der Gebührenordnungen (Abschnitt 5.2.5).

Von der Lösung dieser Probleme gehen starke Anreize für die in Kapitel drei diskutierten Wahlentscheidungen aus (Option der PKV-Bestandsversicherten zur BV und Gründung einer BV durch PKV-Unternehmen).

Die beschriebenen Auswirkungen sind auch abhängig von zwei weiteren Aspekten:

- Insbesondere die **Zeitdimension** einer Umstellung auf die Bürgerversicherung wird in den politischen Konzepten nicht ausreichend diskutiert. Es gibt dazu z.T. sogar ganz unrealistische Annahmen. Es liegt jedoch auf der Hand, dass z.B. die Geschwindigkeit von Wahlen der PKV-Bestandsversicherten in Richtung BV für die Beschäftigung in der PKV ein zentraler Faktor ist. In Abschnitt 5.3 werden daher erste Überlegungen zu einer zeitlich gestreckten Einführung der BV angedeutet.
- Die Einführung der Bürgerversicherung wird nicht ohne **flankierende Maßnahmen in Bezug auf die PKV** stattfinden können. So lange das PKV-System jedenfalls für einen nennenswerten Teil der Bevölkerung die Krankenversicherung übernimmt, wird eine verantwortliche Politik auch für diese Personengruppen Sorge tragen müssen. In Abschnitt 5.4 wird daher eine Reihe von Maßnahmen angesprochen, die für eine Reform des PKV-Systems zur Diskussion stehen. Sie könnten entweder parallel zur Einführung der Bürgerversicherung oder ggf. auch als Zwischenlösungen bis zu diesem Zeitpunkt eine Rolle spielen.

Schließlich werden in Abschnitt 5.5 einige nach Auffassung des Autors **unvermeidliche Widersprüche** angeführt, die dem Konzept der Bürgerversicherung inhärent sind und die die grundsätzliche Frage nach der künftigen Rolle einer privaten Krankenversicherung als Ergänzung zur Bürgerversicherung betreffen.

Die letztgenannten Punkte können im Rahmen dieser Arbeit nur angerissen werden.

5.2 Konsequenzen der vorliegenden Bürgerversicherungsmodelle

5.2.1 Betroffenheit der PKV

Bei allen diskutierten politischen BV-Modellen soll mit einem **Stichtag** das **Neugeschäft der PKV** im Bereich der substitutiven Krankenversicherung (Vollversicherung) beendet werden. Da die private Versicherungswirtschaft akquisitionsgetrieben ist und die PKV rund die Hälfte ihres Personals entweder im Außendienst oder intern zur Vertriebsunterstützung einsetzt (Marketing, Antragsprüfung etc.), würde dieser Personalanteil seine Aufgaben verlieren.

Dabei soll eine Modifikation zu dieser Aussage hier nur gestreift werden: Ein gewisser Zustrom erstmalig Versicherter zur PKV bliebe wohl dadurch erhalten, dass Familienangehörige von PKV-Versicherten ohne eigenes Einkommen (insbesondere neugeborene Kinder) auch weiterhin bei ihren finanziell verantwortlichen Haushaltsvorständen in der PKV versichert werden müssten. Die Alternative dazu wäre c.p. ihre Versicherung

im Rahmen der Bürgerversicherung, ohne dass es ein beitragszahlendes Mitglied gäbe, bei dem sie „mitversichert“ wären.

Wenn man unterstellt, dass das **Zusatzversicherungsgeschäft** in der bisherigen Größenordnung mit dem Anteil etwa eines Fünftels des Umsatzes weiterliefe oder sogar ausgebaut würde, würde sich der Anteil der unmittelbar betroffenen Mitarbeiter proportional verringern. Auf die Bedeutung der Zusatzversicherungen in diesem Zusammenhang wird noch näher eingegangen (Abschnitt 5.2.4)

Dabei wäre die Betroffenheit der einzelnen PKV-Unternehmen nach den Schwerpunkten ihrer Geschäftstätigkeit sehr unterschiedlich. Das gilt auch für die **Absorptionsmöglichkeit** für PKV-Personal durch andere Sparten. Sie dürfte in jenen Unternehmen größer sein, die ihren eigentlichen Schwerpunkt z.B. in der Sach- oder Lebensversicherung haben. Am stärksten betroffen wären sicher die größeren vom PKV-Geschäft dominierten Gesellschaften.

Diese Überlegungen gelten analog für den selbständigen Außendienst. Dort wären nach Einschätzungen aus der Branche beim Abbruch des Neugeschäfts 50 Prozent der in Sachen PKV tätigen Vermittler existenziell gefährdet. 30 Prozent müssten größere Umsatz- bzw. Einkommenseinbußen hinnehmen, und nur rund 20 Prozent könnten die Verluste mit anderen Geschäften kompensieren.

Für die **Bestandsversicherten der PKV** müssten nur die vertragsgebundenen Funktionen (Bestandsverwaltung und Prämieinzug) sowie die Schadensregulierung fortgesetzt werden. Das würde für die zweite Hälfte des PKV-Personals zu einem allmählichen Abschmelzen führen. Dabei sind zwei gegenläufige Entwicklungen maßgeblich. Für den alternden PKV-Bestand würde der Aufwand in der Schadensregulierung zwar zunehmen, die Anzahl der Versicherten würde jedoch allmählich abnehmen.

Wenn allerdings für die PKV-Bestandsversicherten **Wahlmöglichkeiten** zur Bürgerversicherung eröffnet werden, folgt daraus zwangsläufig ein entsprechend schnellerer Personalabbau in der PKV. Dabei gibt es nach den vorliegenden politischen Konzepten überwiegend Argumente, die dafür sprechen, dass die Bestandsversicherten so schnell wie möglich in die Bürgerversicherung eintreten sollten (vgl. Kapitel drei).

Auch für einen erfolgreichen Personaltransfer im Rahmen der Gründung von Bürgerversicherungen durch PKV-Unternehmen stehen die Chancen c.p. eher schlecht (vgl. ebenfalls Kapitel drei). Das Personal der PKV wäre mit seiner Qualifikation und seinen beruflichen Erfahrungen nur mit erheblichem Umschulungsaufwand und unter massiven Friktionen in die BV zu integrieren.

Bei einer **gesetzlichen Überleitung** der PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung würde fast das gesamte Personal der PKV einschließlich der Schadensregulierung – bis auf das Zusatzversicherungsgeschäft – seine Funktion verlieren. Abgesehen von gewissen Absorptions-Effekten für PKV-Mitarbeiter zu anderen Versicherungssparten

könnten die Arbeitsplätze nur durch eine parallel organisierte und gesetzlich geregelte Übernahme durch die Bürgerversicherung erhalten werden¹⁹⁴.

5.2.2 Betroffenheit der GKV

Das Arbeitsvolumen in der GKV ist hoch elastisch: Das Leitbild ist – so könnte man sagen – die „atmende Krankenkasse“. Das zeigt nicht nur ein Blick auf die Vergangenheit. In vielen größeren Kassen ist immer noch ein hohes Rationalisierungspotential vorhanden. In der GKV insgesamt gibt es z.B. eine hohe Quote von (nicht immer freiwilliger) Teilzeitarbeit etc.. Insoweit könnte die GKV den allmählichen Zuwachs, der aus dem Stopp des **PKV-Neugeschäfts** erwachsen würde, ohne Neueinstellungen verkraften.

Die damit einhergehende Freisetzung von PKV-Personal könnte den GKV-Kassen allerdings punktuell (und in einzelnen Regionen) bei der Neugewinnung von Mitarbeitern zu Gute kommen.

Bei einer gesetzlichen **Überleitung oder entsprechenden Wahlmöglichkeiten** wären jedoch bis zu 9 Millionen ehemalige PKV-Versicherte in die GKV zu integrieren. Das wäre eine massive Herausforderung, die z.B. nach dem SPD-Modell innerhalb eines Jahres zu bewältigen wäre.

Entscheidend dürfte die **Verteilung dieser Personen auf die Kassen** sein, vorausgesetzt, es gibt für sie uneingeschränkte Wahlrechte zu allen Anbietern der BV. Bei einer bundesweiten und proportionalen Verteilung auf die bisherigen GKV-Kassen wäre der Zustrom wohl im wesentlichen mit Sonderschichten und Überstunden im Laufe von ein bis zwei Jahren zu bewältigen. Trotzdem würde eine solche Operation „nicht ganz ohne Neueinstellungen auskommen“, wie es ein GKV-Personalmanager ausdrückte. Dabei könnte man auch auf bisherige PKV-Mitarbeiter zurückgreifen. Auch bisher werden in der GKV schon Mitarbeiter aus mehr oder weniger „fachfremden“ Berufen eingestellt und betriebsintern umgeschult. Besonders geeignet sind dabei Personen aus kaufmännischen Berufen.

Die Kassen der GKV haben allerdings ein sehr unterschiedliches Image (und ggf. künftig auch wieder unterschiedliche Beitragssätze). Das betrifft auch – wie Umfragen und die Ergebnisse der Marktforschung zeigen – die „gefühlte“ Nähe bestimmter gesetzlicher Kassen zur PKV. Daher könnte es sein, dass sich der Zustrom aus der PKV auf nur sehr wenige Kassen konzentriert. Dabei sind sich selbst verstärkende „Lawineneffekte“ denkbar, erst recht wenn ein eher kurzer Zeitraum für den Übergang vorgesehen wird. Das könnte bei den betroffenen BV-Kassen zu schweren Problemen führen.

Schließlich ist zu berücksichtigen dass die meisten Gruppen von PKV-Versicherten als Mitglieder der GKV bzw. der Bürgerversicherung mehr Verwaltungsaufwand verursachen würden als „normale“ Arbeitnehmer oder Rentner. Bei den Selbständigen und

¹⁹⁴ So wie es z.B. die LINKE auch fordert.

vielen „freiwillig“ Versicherten etc. muss z.B. der Beitragseinzug über individuelle Konten erfolgen. Dem geht jeweils eine Prüfung zur Feststellung des beitragspflichtigen Einkommens voraus. Im Vergleich zum Quellenabzugsverfahren für den GSV bei Arbeitnehmern bedeutet das ein Vielfaches des Arbeitsaufwandes. Hierfür bräuchte die GKV ggf. zusätzliches Personal. Ein besonderer Arbeitsaufwand – eher auf der Seite der Leistungsabrechnung – ergibt sich auch für die Beihilfeempfänger, insbesondere wenn Kostenerstattung beabsichtigt ist (vgl. auch Abschnitt 5.2.3).

Die aus der GKV hervorgehenden BV-Anbieter müssten die Gründungen von PKV-Unternehmen als Konkurrenz kaum fürchten. Die PKV müsste für solche Initiativen sogar GKV-Sachverstand einkaufen, um sich mit den neuen Mitarbeitern für die Bürgerversicherung überhaupt erst fit zu machen. Eine echte Marktchance hätten diese Gründungen nach Auffassung des Autors ohnehin nur dann, wenn sie über einen längeren Zeitraum mit Hilfe gesetzlicher Regelungen stabilisiert würden (vgl. auch Abschnitt 5.3).

5.2.3 Sonderproblem: Beihilfetarif in der Bürgerversicherung?

Da rund 50 Prozent der PKV-Versicherten beihilfeberechtigt sind, ist es für die Prognose der Arbeitsplatz-Auswirkungen einer Bürgerversicherung von zentraler Bedeutung, ob das **Beihilfesystem** fortgesetzt und für die Beamten eine Teilversicherung im Rahmen der GKV eingeführt werden soll, oder ob es „auslaufen“ soll, mit der Konsequenz, dass alle neuen Beamten ausschließlich in der GKV/BV versichert würden. Der Dienstherr würde in diesem Falle seiner Alimentationspflicht Genüge tun, indem er den „Arbeitgeberbeitrag“ in die GKV/BV einzahlt (was nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zulässig wäre)¹⁹⁵. Für die „bestandsversicherten“ Beamten könnte dann entweder ein befristetes oder dauerhaftes Wahlrecht zur GKV vorgesehen werden, oder sie würden in der Kombination Beihilfe/PKV weiterversichert. Auch Kombinationen beider Modelle sind denkbar.

Alle diese Varianten hätten erhebliche Auswirkungen auf das anfallende Arbeitsvolumen in GKV und PKV sowie bei der Beihilfe. Bei der Eröffnung von Wahlrechten (je nach dem, wie diese ausgestaltet sind, z.B. mit Befristung oder nur für bestimmte Altersgruppen etc.) könnte es zu schubartigen Veränderungen (und Risikoselektionen) kommen. Wenn dagegen nur die neuen Beamten in der GKV teil- oder vollversichert würden, würde das entsprechende Arbeitsvolumen in der PKV (und ggf. in der Beihilfe) nur um höchstens 2 Prozent pro Jahr abschmelzen. Das würde in der GKV keine nennenswerten Neueinstellungen erfordern und in der PKV keinen forcierten Arbeitsplatzabbau auslösen.

Die Dynamik der entsprechenden Anreizwirkungen dürfte somit in erheblichem Maße von gesetzlichen Details der Umsetzung einer Bürgerversicherung abhängig sein (z.B.

¹⁹⁵ Vgl. BVerfGE 106, 225 (232).

„Zeitfenster“ für Wahlmöglichkeiten; Mitnahmemöglichkeiten von Alterungsrückstellungen und ihre Berechnungsweise etc.), die heute noch niemand kennt.

Im Konzept der SPD ist schließlich völlig offen, wie ein spezieller „**Beihilfetarif**“ in der GKV“ aussehen soll. Das Beihilfesystem ist heute auf **Kostenerstattung** ausgerichtet und funktioniert auf der Basis der privatärztlichen Gebührenordnung. Mit dem GKV-typischen **Sachleistungsprinzip** ist das nur schwer vereinbar. Zwar gibt es z.Z. Wahltarife zur Kostenerstattung in der GKV¹⁹⁶. Die Administration dieser Tarife in der GKV ist jedoch sehr aufwendig (siehe Kapitel 2.1); in Kombination mit der Beihilfe müssten für einen „Beihilfetarif“ in der Bürgerversicherung c.p. wahrscheinlich völlig **neue Arbeitsabläufe** etabliert werden¹⁹⁷. Für die Beamten würde die gegenwärtige Ausnahme in der GKV zur Regel in der Bürgerversicherung. Mit anderen Worten: Die Einführung eines „beihilfefähigen Tarifs“ als Kostenerstattungs-Tarif in der Bürgerversicherung hätte den Charakter eines massiven Beschäftigungsprogramms.

Dabei ist das aktuelle System ohnehin schon durch einen doppelten Verwaltungsaufwand gekennzeichnet: Der Beamte reicht die gleichen Unterlagen zwei Mal ein; sie werden unabhängig voneinander bei der Beihilfe und bei der (ergänzenden) PKV-Versicherung im Sinne der Kostenerstattung bearbeitet. Dieser doppelte und weitgehend identische bürokratische Prozess würde bei der Einführung eines Beihilfetarifs in der Bürgerversicherung fortgesetzt.

Dabei stellen sich weitere Detailfragen, z.B. ob der teilweise umfangreichere Leistungskatalog der Beihilfe an den der GKV angeglichen werden soll, oder ob der Beihilfetarif der Bürgerversicherung auf die Besonderheiten der Beihilfe abgestimmt werden soll¹⁹⁸. Zu welchen Sätzen und bis zu welchen Grenzen sollte die Bürgerversicherung die Leistungskosten für die Beamten erstatten? Auch hier ist die Frage der geplanten Übergangszeit von entscheidender Bedeutung. Jedenfalls eine Angleichung von GOÄ und EBM ist binnen eines Jahres kaum vorstellbar.

5.2.4 Sonderproblem: Stellenwert von Zusatzversicherungen

Mit dem Wegfall der Vollversicherungen fallen in der PKV mehr Arbeitsplätze weg als mit **Zusatzversicherungen** kompensiert werden können (vgl. zur Definition auch Abschnitt 2.2.1). Deren (relativ geringes) Prämienaufkommen wächst seit vielen Jahren nur unterproportional. Im Gegenteil: Statt mit einem Kompensationspotential wäre mit einem weiteren Rückgang der Zusatzversicherungen zu rechnen, weil in der Logik

196 Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Befürworter einer Bürgerversicherung im Allgemeinen die PKV-ähnlichen Wahltarife in der GKV ablehnen und insbesondere die Kostenerstattung als ein in der GKV „systemfremdes“ Element kritisieren.

197 Dabei drängt sich politisch die Frage auf, was für die Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes gewonnen wäre, wenn (zumindest leistungsseitig) für den größten Teil der PKV-Versicherten ihr Sondersystem nun innerhalb der Bürgerversicherung fortgeführt würde.

198 Beihilfe und PKV sind beispielsweise die wichtigste Finanzierungsquelle für die alternativen Heilmethoden und Heilpraktiker. In einem an die Beihilfe angepassten Tarif müsste die GKV bzw. die Bürgerversicherung z.B. das Prinzip der „evidenzbasierten Medizin“ verlassen.

der Bürgerversicherungs-Konzepte potentielle Gegenstände von Zusatzversicherungen (GOÄ-Vergütung der Ärzte, IGeL-Leistungen etc.) wegfallen oder eingeschränkt würden. So gibt es z.B. rund 13 Millionen PKV-Verträge zu „Zahntarifen“, die zum großen Teil auf die Umwandlung der GKV-Zahnersatz-Leistung in eine Zuschussleistung reagieren.

Wenn private Zusatzversicherungen jedoch gezielt gefördert würden, z.B. durch Ausgliederungen aus dem Leistungskatalog der Bürgerversicherung (in der Diskussion sind immer wieder Zahnersatz, Zahnbehandlung oder das Krankengeld) könnte ein größerer Teil der PKV-Arbeitsplätze stabilisiert werden. Auch in anderen Bereichen entwickeln sich neue Geschäftsfelder für private Zusatzversicherungen: Zum Beispiel bieten immer mehr Unternehmen ihren Mitarbeitern Zusatzleistungen im Rahmen einer „betrieblichen Krankenversicherung“ an¹⁹⁹.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die im Zuge der Einführung der BV kommunizierte Kritik an der privaten Krankenversicherung zu Imageverlusten der Unternehmen führen dürfte. Vor diesem Hintergrund wäre zunächst einmal die Annahme wenig plausibel, dass die Unternehmen im Bereich der Zusatzversicherungen relativ schnell eine höhere Attraktivität gewinnen²⁰⁰.

Außerdem gelten die Zusatzversicherungen – jedenfalls zur Zeit – als für die PKV-Unternehmen nicht rentabel (vgl. auch Abschnitt 3.2.4). Nach Aussage von Branchenkennern werden sie durch die Vollversicherungen quersubventioniert²⁰¹. Das dürfte sich vor allem auf den Vertrieb und die Administration dieser Versicherungen beziehen. Die Kalkulation im engeren Sinne wird durch die Aufsicht (BaFin) geprüft und müsste nach der Genehmigung kostendeckend sein. Die betriebswirtschaftliche Zurechnung bestimmter Kostenblöcke lässt allerdings für die Unternehmen Spielräume offen. Für die Subventions-These spricht außerdem, dass immer noch der größere Teil der Zusatzversicherungen (z.B. Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen) von den PKV-Vollversicherten abgeschlossen werden²⁰².

Trotz dieser widersprüchlichen Aspekte geben die Versicherungsexperten von Bain & Company den PKV-Unternehmen die folgende Strategie-Empfehlung: „Mit der Bürgerversicherung gewinnt die Zusatzversicherung für die PKV weiter an Bedeutung. Hier stellt sich die Frage, ob es den Privaten gelingt, die gesetzlichen Krankenkassen von diesem Geschäftsfeld fernzuhalten. Die breite Masse der gesetzlich Versicherten wird auch in der Bürgerversicherung Interesse an der Abdeckung bestimmter Leistungen oder Risiken haben, wie Zahnersatz oder Naturheilmethoden. Gehobene Einkommenskreise

199 Volker Leienbach: „Neuer Trend: Betriebliche Krankenversicherung“, in Welt der Krankenversicherung, Ausgabe 2-3/2013, S. 40.

200 Zum schlechten Bild der Branche in den Medien seien hier zwei aktuelle Neuerscheinungen erwähnt: Anja Krüger: „Die Angstmacher“, Bastei-Lübbe, Köln 2012 und Holger Balodis/Dagmar Hühne: „Die Vorsorgeltüge“, Econ, München 2012.

201 Christian Kinder, Mareike Steingröver: „Zwischen Chance und Risiko“, Sonderdruck der Zeitschrift Versicherungswirtschaft: „Quo vadis deutsche Versicherungslandschaft“, Dezember 2011, S. 6.

202 Siehe GDV-Statistik 2012, Tabelle 47.

werden eine umfangreiche Zusatzversicherung als Premiumschutz abschließen, um die Versorgungslücke zwischen Bürgerversicherung und heutiger PKV zu schließen.“²⁰³

In diesem Zusammenhang ist auf einen tieferen Widerspruch hinzuweisen: Auch wenn das Konzept der BV grundsätzlich gegen die Zwei-Klassenmedizin gerichtet ist, wird es sich in einer liberalen Gesellschaft nicht verhindern lassen, dass auf der Basis der Bürgerversicherung ein differenziertes System von Angebot und Nachfrage nach medizinischer Versorgung entsteht. Der Bedarf nach Mehrleistungen und speziellen Versorgungsvarianten wird wachsen, auch wenn sich die BV um die Aufrechterhaltung eines möglichst umfassenden Leistungskatalogs bemüht²⁰⁴. Diese Entwicklung wird nach und nach auch zum Wachstum von Zusatzversicherungen führen²⁰⁵.

Das in diesem Zusammenhang von der PKV regelmäßig vorgetragene Problem einer Reproduktion der „Zwei-Klassenmedizin“ auf einer höheren Ebene ist insoweit nicht ganz von der Hand zu weisen. Dabei wird positiv herausgestellt, dass es zur Zeit gemeinsame Versorgungsstrukturen für privat und gesetzlich Versicherte gibt. Als „zwangsläufige“ Folge eines einheitlichen Krankenversicherungssystems wird prognostiziert, dass ein „rein privat- also „cash“-finanzierter Sektor außerhalb“ des BV-Systems entstünde, „mit der sicheren Folge, dass exklusive medizinische Versorgungsstrukturen für Wohlhabende erstmals in Deutschland zur Regel würden.“²⁰⁶ Auch wenn man sich die Befürchtungen des in der PKV beheimateten Autors, die BV würde damit zum „Turbolader für die Zwei-Klassen-Medizin“, nicht zu Eigen machen will, so stimmt ein Blick auf die Einheitssysteme der Nachbarländer in dieser Frage zu mindesten skeptisch²⁰⁷.

Mit den von der Bürgerversicherung ausgehenden Problemen eines Strukturwandels der medizinischen Angebote, aber auch der privaten Zusatzversicherungen sowie mit möglichen Eindämmungsstrategien für solche Entwicklungen haben sich die BV-Konzepte bisher nicht auseinandergesetzt.

Die hier angesprochenen Probleme hängen nicht zuletzt mit der Frage der unterschiedlichen Vergütungssysteme für Ärzte zusammen.

5.2.5 Sonderproblem: Konvergenz der Gebührenordnungen

Ein genauer Blick auf die Versorgungswirklichkeit zeigt, dass der wesentliche Auslöser für die Phänomene der Zwei Klassen-Medizin weniger in der Unterschiedlichkeit der

203 Christian Kinder, Mareike Steingröver: „Zwischen Chance und Risiko“, Sonderdruck der Zeitschrift Versicherungswirtschaft: „Quo vadis deutsche Versicherungslandschaft“, Dezember 2011, S. 6.

204 Das wird voraussichtlich unabhängig von der Zusammenführung der ärztlichen Gebührenordnungen geschehen.

205 Die Frage ist allerdings, wie weit solche Leistungen kalkulierbar, d.h. auch ‚versicherbar‘ sind. Die Versicherungswirtschaft wird hier kreative Angebote entwickeln müssen.

206 Timm Genett: „Die Krise der ‚Bürgerversicherung‘“, in Welt der Krankenversicherung, Ausgabe 1/2013, Seite 11.

207 Die jüngst vom Wissenschaftlichen Institut des PKV-Verbandes herausgegebene Studie zu diesem Thema ist durchaus ernst zu nehmen. Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus: „Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick“, Köln März 2013.

Versicherungssysteme liegt, sondern in der Unterschiedlichkeit der damit verbundenen **Vergütungsanreize**²⁰⁸. Diesen Punkt hat vor allem die SPD bei der Revision ihres Bürgerversicherungskonzepts mit der Forderung nach einer Konvergenz der Gebührenordnungen aufgegriffen. Auch die GRÜNEN haben sich diese Forderung inzwischen zu Eigen gemacht.

Dabei geht es um mehr als um Unterschiede bei den Wartezeiten für Facharzttermine. Wichtiger ist die Sorge, dass die vorhandenen Ressourcen der Versorgung nicht nach Morbiditätsgesichtspunkten und im Sinne einer bedarfsgerechten Prioritätensetzung genutzt werden. Im Kontext dieser Studie soll ein Hinweis auf solche Fehlanreize genügen, die durch den Doppelstandard der Gebührenordnungen ausgelöst werden. **Tabelle 9** zeigt, welches Betreuungspotential bei typischen Facharztgruppen durch private Abrechnung (IGeL- und PKV-Leistungen, gutachterliche Tätigkeit sowie direkte private Bezahlung etc.) abgezogen wird.

Einerseits zeigt sich bei den Fachrichtungen, dass die Arztgruppen mit einem hohen Selbstzahler-Potential bzw. einer reichen Palette von IGeL-Angeboten auch tatsächlich einen relativ hohen Anteil ihres Umsatzes jenseits der GKV generieren. So dürften z.B. bei den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten mehr oder weniger kosmetische Dienstleistungen eine wichtige Rolle spielen. Bei den Urologen dürfte der umstrittene – und von der GKV nicht finanzierte – PSA-Test ein Umsatzfaktor sein. Der Ost-West-Vergleich spiegelt eindeutig den geringeren PKV-Anteil der Patienten im Osten und außerdem ihre im Durchschnitt gegenüber dem Westen der Bundesrepublik geringere Zahlungsfähigkeit.

208 Dieses Problem wird z.B. in einem Artikel des FOCUS 14/2913 „Ende der privaten Kassen?“, S. 62 ff. angesprochen.

Tabelle 9: Anteil der GKV- bzw. Privat-Patienten – Kosten der Einzel- und Gemeinschaftspraxen im Jahr 2007 (Gesamtdeutschland)

Fachrichtung	Anteil der GKV-Umsätze in %, Bund (S. 16 ff.)	Dito in den Neuen Ländern incl. Berlin-Ost (S. 72)	Anteil der Nicht-GKV Umsätze in % Bund	Kosten in % Einzelpraxen (S. 50 ff.)	Kosten in % Gemeinschaftspraxen (S. 50 ff.)
Allgemeinmediziner	82	91	18	54	44
Innere Medizin	75	90	25	53	54
Gynäkologie	66	75	34	52	
Pädiatrie	78	88	22	54	
Augenheilkunde	63	76	37	52	
HNO	64	79	36	51	41
Orthopädie	58	73	42	57	47
Chirurgie	62	74	38	63	53
Haut- und Geschlechtskrankheiten	53	79	47	53	
Radiologie	59	74	41	67	
Psychologen	70	81	30	49	47
Urologen	62	74	38	54	45

Quelle: Kostenstruktur der Arztpraxen 2007 aus „Unternehmen und Arbeitsstätten, Fachserie 2, Reihe 1.6.1“, Statistisches Bundesamt – Erhebung alle 4 Jahre, 5 % Stichprobe von allen Praxen incl. reine Privatpraxen. Mit Auskunftspflicht; 80 % verwertbare Rückmeldungen; ohne Praxen mit weniger als 12.500 € Jahresumsatz.

Selbst bei einer Zusammenführung der Vergütungssysteme²⁰⁹ wird sich nicht vermeiden lassen, dass es auch künftig einen Bereich medizinischer Angebote geben wird, die außerhalb der Bürgerversicherung abgerechnet werden. Auch dafür wird es künftig ein Regelwerk geben (müssen), das allerdings nicht so streng und detailliert wie die gegenwärtige GOÄ bzw. GOZ sein müsste. In diesem Vergütungssystem wäre auch zu regeln, wie die private (und ggf. substitutive) Inanspruchnahme solcher Leistungen vergütet wird, die im Rahmen der Bürgerversicherung eigentlich eingeschlossen sind²¹⁰.

Die Konvergenz der Gebührenordnungen und ggf. die zeitliche Stufenfolge ihrer Umsetzung hätten erhebliche Anreizwirkungen für den Wechsel zwischen den Systemen, aber auch für die Ausgestaltung bzw. Attraktivität von Zusatzversicherungen. Wenn z.B. diese Konvergenz nicht parallel zur Einführung der BV stattfände, sondern mit einer erheblichen Verzögerung, würde bis auf weiteres ein wichtiger Anreiz fortbestehen, in der PKV zu verbleiben. Mit entsprechender Wirkung für die dortigen Arbeitsplätze.

²⁰⁹ Vgl. ausführlich: Jürgen Wasem, Florian Buchner et al.: „Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls – Studie, unterstützt durch die Förderung der Techniker Krankenkasse, K.d.ö.R.“, Essen, März 2013.

²¹⁰ Das gilt z.B. auch für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Ausländer.

5.3 Zeitlich gestreckte Einführung der Bürgerversicherung

Bisher wurden die Konsequenzen beschrieben, die sich ergeben, wenn man die Texte zu den politischen BV-Modelle ‚beim Worte‘ nimmt. Vor allem die geäußerten Zeitvorstellungen erscheinen dabei z.T. als wenig realistisch. Allerdings gibt es gute und grundsätzliche Argumente für die Dringlichkeit der Herstellung eines einheitlichen Versicherungsmarkts, auf die aber hier nur hingewiesen werden kann²¹¹.

Zu einem realistischeren Übergangs-Szenario können hier nur wenige Andeutungen gemacht werden. Bei einer längeren Perspektive müsste z.B. gefragt werden, ob die künftige Bürgerversicherung tatsächlich so einfach nach dem Status quo der GKV geformt werden kann. Bestimmte damit zusammenhängende Übergangsprobleme werden z.B. bei Kingreen (2012) und Albrecht/Schröder/Sehlen (2006) sachlich aufbereitet. Sogar der gesamtwirtschaftliche Sachverständigenrat hat in seinem Jahresgutachten 2012/2013²¹² zwei **langfristige Stufenmodelle** einer Reform skizziert. Nach der einen Option braucht man in 10 Schritten **bis zum Jahr 2040**, um zu einer allerdings einkommensunabhängigen „Bürgerpauschale“ zu kommen. Nach der anderen Option dauert es in drei Schritten **bis zum Jahr 2025** zu eben diesem Ziel. Auch der SVR lässt sich somit für den Umbau deutlich länger Zeit als die im ersten Kapitel diskutierten politischen BV-Konzepte.

Bei längeren Zeitfristen wären jedenfalls viele der vor allem in Kapitel 3 genannten Probleme zwar nicht automatisch gelöst, sie würden sich aber weniger scharf stellen, und man hätte mehr Zeit für die konzeptionelle Nacharbeit. So läge es etwa nahe, die in der Vorbemerkung zu diesem Kapitel benannten Umsetzungsschritte auch in eine zeitliche Abfolge mit ausreichenden Anpassungsfristen zu bringen. Eine Abstufung der Integration des gegenwärtigen PKV-Potentials in die Bürgerversicherung könnte auch nach den verschiedenen z.Z. in der PKV versicherten Personengruppen erfolgen, für die es jeweils mehr oder weniger spezifische rechtliche Regelungen gibt (siehe auch Abschnitt 5.4).

211 Dazu exemplarisch und aktuell: Klaus Jacobs, Friedrich Breyer, Jürgen Wasem, Anke Walendzik und Klaus-Dirk Henke: „Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt?“ Zeitgespräch in Wirtschaftsdienst 2012/10, Seite 651 bis 666. Sowie Thorsten Kingreen: „Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?“, Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.9.2012 in München.

212 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: „Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland“ Jahresgutachten 2012/13, Wiesbaden im November 2012, Seite 361 ff.

Bei einer zeitlich gestreckten Einführung der BV könnten aus den BV-Konzepten auch zwei wichtige Vorschläge näher geprüft werden:

- Wie könnte ein **gesetzlich geregelter Personalübergang** von der PKV auf die Bürgerversicherung funktionieren, so wie er etwa im Papier der DGB-Kommission angedeutet wird²¹³? Welche z.B. rechtlichen Probleme müssten dafür gelöst werden?²¹⁴
- Zu prüfen wäre auch, ob die PKV-Unternehmen bei der Einführung der Bürgerversicherung verpflichtet werden könnten, für ihre Versicherten ein BV-Angebot zu machen. Außerdem wäre zu prüfen, ob zur Stabilisierung dieser BV-Gründungen auch die jeweiligen Versicherten verpflichtet werden könnten, für einen längeren Übergangszeitraum – z.B. für 5 Jahre – das BV-Angebot ihrer PKV wahrzunehmen. Die Wechselmöglichkeit in andere BV-Angebote würde erst nach dieser Frist eröffnet.

5.4 Flankierende Maßnahmen für GKV und PKV

Die politischen Entwicklungen – zumal in Koalitionsregierungen – sind schwer vorher zu sagen. Die Vorbereitung der Einführung einer BV braucht möglicherweise eine längere Vorlaufzeit (vgl. Abschnitt 5.3). Im Rahmen eines **Stufenplans** zur Verwirklichung der BV wäre daher z.B. eine „Zwischenlösung“ denkbar. Damit könnten bis zur nächsten Stufe zunächst einmal die folgenden Ziele angepeilt werden:

- Stärkung der Solidarität in der GKV, z.B. die durch Aufhebung bzw. weitere Anhebung der Versicherungspflichtgrenze²¹⁵. Auch die Studenten könnten zur Bürgerversicherung verpflichtet werden (§ 6 Abs.1 Ziffer 3 SGB V).
- Verringerung der „Attraktivität“ der PKV durch eine Begrenzung der Tarifvielfalt und ein Verbot der unseriösen und zu billigen Einstiegstarife. Durch das Versicherungsaufsichtsgesetz und die Kalkulationsverordnung hätte der Gesetzgeber dazu die Möglichkeit.
- Weitere Restriktionen der Versicherungsvermittlung durch engere Grenzen der Provisionen, weiter erhöhte Haftung für Tarifwechsel etc.
- Zwang zur Vervollständigung der PKV-Leistungen im Sinne des GKV-Leistungskatalogs durch Mindeststandards im Versicherungsvertragsgesetz (z.B. Psychiatrie, Psychotherapie, Suchtbehandlung und Rehabilitation) auch um PKV-Dumpingangebote zu stoppen.
- Eröffnung eines kostengünstigen Zugangs der Selbständigen zur GKV durch die Absenkung des Mindestbeitrags für freiwillig Versicherte. Das könnte für diesen Per-

213 Papier der DGB-Kommission, Seite 35.

214 Fachleute der GKV erinnern sich in diesem Zusammenhang an den Übergang der Beitragseinzugsprüfung von der GKV auf die Rentenversicherungsträger Mitte der 90er Jahre: Wegen der Selektionsmöglichkeiten in Bezug auf das Qualifikations- und Leistungsniveau der betreffenden Mitarbeiter waren diese Erfahrungen für beide Seiten nicht ermutigend.

215 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sah für Arbeitnehmer eine verlängerten Frist (drei Jahre) vor, in der diese Grenze bis zur Möglichkeit der Abwanderung zur PKV überschritten sein musste. Das war im Sinne der BV ein „Schritt in die richtige Richtung“, wenn auch tatsächlich mit eher symbolischer Wirkung. Die aktuelle Koalition hat diese Regelung wieder rückgängig gemacht (§ 6 Abs. 1 Ziffer 1.).

sonenkreis ggf. mit einer befristeten Übertrittsmöglichkeit aus der PKV zur GKV verbunden werden, soweit ihr Einkommen die (hälftige?) Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet.

Solche Maßnahmen hätten allerdings zum Teil eine zwiespältige Wirkung im Sinne der gleichzeitigen Verbesserung der Risikosituation der PKV und folglich der Erhöhung ihrer Attraktivität. Das gilt etwa für die Möglichkeit, dass gering verdienende Selbstständige zur GKV wechseln könnten. Diese Personengruppe löst nämlich innerhalb der PKV-Unternehmen Subventionsbedarf aus und stellt einen großen Anteil der Versicherten mit Prämienrückständen, für die aktuell der „Nicht-Zahler-Tarif“ eingeführt werden soll²¹⁶.

Schließlich müsste auch ein Gesetzgeber, der die Durchsetzung der Bürgerversicherung im Auge hat, Verantwortung für die PKV-Versicherten wahrnehmen und sie vor Überforderung schützen²¹⁷. Zumal es sich bei diesen Personen zum größten Teil um seine unmittelbaren ‚Handlungsgehilfen‘ (die Beamten) handelt bzw. um Beihilfeberechtigte, zu deren Alimentation der Staat verpflichtet ist. Insoweit wäre es nicht unwahrscheinlich, dass er auch Regelungen trifft bzw. treffen muss, die die PKV-Versicherten direkt entlasten. Zum Beispiel:

- Gesetzliche Begrenzung der PKV-Risikozuschläge für Neukunden.
- Forcierung des Wettbewerbs innerhalb der PKV, z.B. durch die Ermöglichung des Unternehmenswechsels bei Mitnahme der Alterungsrückstellungen auch für Altversicherte.
- Ausstattung der PKV mit Vertragsrechten z.B. im Rahmen der Reform der GOÄ (Stichwort: „Öffnungsklausel“). Auch der PKV würden damit Möglichkeiten zur Leistungssteuerung gegeben.
- Weitere Regelungen zur Kostendämpfung und Patientensteuerung werden in Analogie zur GKV auf die PKV übertragen.
- Der Gesetzgeber weitet den Basistarif aus und ergreift Maßnahmen, um sein Image zu verbessern. Das könnte bereits als Schritt in Richtung auf ein Bürgerversicherungsangebot der PKV angesehen werden. Entscheidend wäre dabei allerdings, welche Rolle künftig ein einkommensunabhängiger Beitrag der Versicherten (etwa nach holländischem Vorbild) spielen dürfte.

Neben diesen Maßnahmen wäre auch denkbar, dass sich politisch die Einsicht durchsetzt, dass größere Reformen kurz und mittelfristig nicht kostenlos zu haben sind. Für die Annäherung an einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt gäbe es dann zwei sehr grundsätzliche Ansatzpunkte:

216 Referentenentwurf des BMG: „Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“, Bearbeitungsstand 15.02.2013, 10:11 Uhr.

217 Vgl. auch Robert Paquet: „Private Krankenversicherung – Erst gehätschelt, dann gescholten“, in kma, Ausgabe Juli 2012, Seite 28 – 31.

- Der Bund löst zunächst für seine Beamten die Beihilfe durch die Integration der Neueinstellungen in die GKV und das Sachleistungssystem ab. Er signalisiert damit die Bereitschaft, zur grundsätzlichen Stützung der Bürgerversicherung zunächst einmal selbst die über einen längeren Zeitraum teureren Arbeitgeberbeiträge für seine Beamten zu tragen und auf die kurzfristigen finanziellen Vorteile des Beihilfesystems zu verzichten. Außerdem könnte er zugleich für seine Beamten eine PKV-Zusatzversicherung abschließen, die die impliziten Leistungskürzungen kompensiert. Er wirbt bei den anderen Dienstherren (d.h. den Ländern) für dieses Verfahren.
- Die GOÄ wird im Rahmen eines 10-Jahresplans zur Übereinstimmung mit dem EBM gebracht (jedoch neutral für die Gesamtkosten). Dabei wird für die niedergelassenen Ärzte Einkommensneutralität angestrebt. Das würde allerdings die GKV zunächst überproportional belasten und die PKV tendenziell entlasten²¹⁸.

Die Angleichung der Gebührenordnungen wäre außerdem das wirklich wirksame Mittel gegen die „Zwei-Klassenmedizin“ bzw. die vielfach beklagten Fehlanreize in der Versorgung (siehe auch Abschnitt 5.2.5). Man muss jedoch feststellen, dass dieses Ziel politisch mindestens so anspruchsvoll ist wie die Bürgerversicherung selbst. Seine Umsetzung ist ohne eine lange Übergangszeit kaum denkbar.

5.5 Zielkonflikte und Widersprüche

Mit dem Ziel der Einführung der Bürgerversicherung und der gleichzeitigen Forderung nach Sicherung der Arbeitsplätze der PKV-Beschäftigten tut sich ein tiefgreifender Zielkonflikt auf. Dieser Konflikt setzt sich in den diskutierten Lösungsformen mehr oder weniger fort. Das soll abschließend noch einmal an einigen Beispielen gezeigt werden:

1. Wenn die Bürgerversicherung verpflichtet wird, die Mitarbeiter der PKV zu übernehmen, gibt es nicht nur rechtliche Probleme und Fragen der konkreten Zuordnung zu bestimmten BV-Trägern etc.. Wesentlich ist, dass die Bürgerversicherung Mitarbeiter übernehmen muss, die sie mindestens in der vorgegebenen Größenordnung und mit den vorhandenen Qualifikationen nicht braucht. Der BV wird damit eine soziale Verpflichtung auferlegt, die sie nicht zu verantworten hat, durch die sie aber gleichwohl merklich verteuert wird.
2. Um die Arbeitsplätze in der PKV zu erhalten, müssten die Anreize für Wahloptionen (Wechsel der PKV-Bestandsversicherten in die BV) eher schwach ausgestaltet werden. Umgekehrt müssten die Anreize in der PKV zu verbleiben, tendenziell positiv gesetzt werden. Das widerspricht jedoch der Intention der Bürgerversicherungs-Befürworter, diese so attraktiv wie möglich zu machen und die tatsächliche Vereinheitlichung der Krankenversicherung so schnell wie möglich voranzutreiben.

²¹⁸ Vgl. das Gutachten von Jürgen Wasem, Florian Buchner et al.: „Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls – Studie, unterstützt durch die Förderung der Techniker Krankenkasse, K.d.ö.R.“, Essen, März 2013.

3. Bei der Gründung einer BV durch PKV-Unternehmen müsste dieser Schritt für die Unternehmen attraktiv gemacht werden. Das ginge nur durch die Privilegierung dieser Gründungen gegenüber den übrigen Anbietern der BV, was jedoch dem Gleichheits- und Gerechtigkeitsgedanken widerspricht, der dem BV-Konzept insgesamt zu Grunde liegt.
4. Auch der damit zwangsläufig verbundene Gedanke, die bisherigen PKV-Mitglieder zu verpflichten, für einen längeren Zeitraum bei diesen BV-Gründungen zu bleiben, widerspricht der in den BV-Modellen postulierten Idee der Wahlfreiheit der Mitglieder unter allen Anbietern der BV.
5. Wenn das Geschäft mit Zusatzversicherungen als Ausweg für die PKV gesehen wird, widerspricht das den Intentionen der BV-Befürworter insofern, als sie dieses Konzept gerade als Damm gegen die Ausweitung von IGeL-Leistungen und PKV-ähnlichen Wahlтарifen verstehen. Nach der Intention der vier diskutierten Konzepte sollen zwar alle notwendigen und medizinisch zweckmäßigen Leistungen im Rahmen der Bürgerversicherung erfasst bleiben. Die Entwicklung eines Sektors darüber hinausgehender, ergänzender, alternativer und auch ggf. substitutiver Behandlungsangebote wird sich dadurch jedoch nicht verhindern lassen. Dafür dürfte sich ein neuer Markt für Zusatzversicherungen und Wahlleistungen entwickeln, der aus der Perspektive der Bürgerversicherung sicher mit Skepsis zu betrachten ist. Insoweit würden sich bestimmte Widersprüche des Status quo auf höherer Ebene reproduzieren.

Als Fazit kann dazu nur festgestellt werden: Die Politik wird diese Widersprüche bei der Einführung der Bürgerversicherung ausbalancieren müssen. Wie sie das tun könnte und sollte, konnte im Rahmen dieser Arbeit nur angedeutet werden. Diese Fragen sollten im Rahmen einer Fortschreibung der BV-Konzepte bzw. einer erweiterten Reformstrategie für die Krankenversicherung weiter diskutiert werden.

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, zu Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Forschungsförderung finanziert und koordiniert wissenschaftliche Vorhaben zu sechs Themenschwerpunkten: Erwerbsarbeit im Wandel, Strukturwandel – Innovationen und Beschäftigung, Mitbestimmung im Wandel, Zukunft des Sozialstaates/Sozialpolitik, Bildung für und in der Arbeitswelt sowie Geschichte der Gewerkschaften.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft.

Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf

Telefon: 02 11/77 78-0
Telefax: 02 11/77 78-225

