

Institut fuer Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) GmbH

Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung (Zusammenfassung)

Dr. Martin Albrecht, Dipl.-Vw. Christoph de Millas, Dipl.-Math. Susanne Hildebrandt, Anke Schliwen
(MSc), Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Ruerup

25. Januar 2010

Abstract: Studie des Berliner Institut fuer Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Zusammenarbeit mit dem
Oekonom Professor Bert Ruerup zur Privaten Krankenversicherung (PKV).

Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung

IGES Institut in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup

Kurzfassung

Wirtschaftspolitischer Kontext und Fragestellung

Die kontinuierlich steigende Lebenserwartung wird allgemein als ein wesentlicher Faktor betrachtet, der speziell im Gesundheitswesen die Wachstums- und Ausgabendynamik erhöht. Die demographische Entwicklung verschärft somit den grundsätzlichen Zielkonflikt zwischen einem möglichst kostengünstigen Versicherungsschutz einerseits und der Nachfrage nach bestmöglicher Behandlung im Krankheitsfall andererseits. Es ist daher ein erklärtes politisches Ziel, durch Stärkung des Wettbewerbs die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen und damit zur finanziellen Stabilisierung der Krankenversicherungssysteme beizutragen. Stabile Finanzierungsgrundlagen ermöglichen die Nutzung der gesamtwirtschaftlichen Wachstums- und Wertschöpfungspotenziale der Gesundheitswirtschaft. Der Gesetzgeber hat durch die jüngsten Gesundheitsreformen die wettbewerblichen Spielräume insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), aber auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) erweitert.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie das IGES Institut mit einem Forschungsprojekt beauftragt, um den potenziellen Beitrag des Wettbewerbs zur Bewältigung der zukünftigen, insbesondere durch die demographische Entwicklung bedingten Herausforderungen in der PKV zu untersuchen.

Vorgehensweise der Untersuchung

Die Wettbewerbsbedingungen in der PKV unterscheiden sich teilweise deutlich von denen in der GKV, vor allem im Hinblick auf die Finanzierung (Kapitaldeckung) sowie auf das Verhältnis zu den Leistungsanbietern. Das Leitkriterium, anhand dessen der Wettbewerb und die Effizienz auf dem PKV-Markt beurteilt werden, ist die Kernfunktion des privaten Krankenversicherungsschutzes: Versicherte sollen vor unerwünschten Einkommenschwankungen infolge von unsicheren, nicht planbaren und u. U. die eigene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit übersteigenden Gesundheitsaufwendungen geschützt werden.

Die Untersuchung gliedert sich in folgende inhaltliche und methodische Abschnitte

- Zukünftige Herausforderungen: Bestandsaufnahme über die verfügbare Evidenz zu den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung.
- Strategien der PKV: Untersuchung des gegenwärtigen Geschäftsmodells der PKV (theoretische Analyse der in der PKV vorherrschenden Versicherungstechnik zum Umgang mit Ausgabenrisiken).
- Wettbewerbsanalyse Versicherungsmarkt: empirische Untersuchung auf der Basis von Tarifdaten (These substantieller Wettbewerbsdefizite mit Blick auf PKV-Bestandskunden).
- Wettbewerbsanalyse Leistungsmärkte: Untersuchung des institutionellen Rahmens der Leistungsregulierung sowie Vergleiche mit der GKV (These der "Überzahlungen" an die Leistungsanbieter, Versorgungsqualität).
- Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform: Wirkungsanalyse zur Einschränkung der Möglichkeiten eines Wechsels von der GKV in die PKV sowie zur Einführung des Basistarifs in Verbindung mit einer partiellen Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen.
- Wirtschaftspolitische Implikationen: Ansätze für die zukünftige Gestaltung der Wettbewerbsbedingungen für die PKV.

Das Forschungsprojekt bezieht sich auf das Wettbewerbspotenzial *innerhalb* der PKV, daher werden Optionen einer Zusammenführung der Krankenversicherungssysteme von GKV und PKV nicht thematisiert.

Ergebnisse "Zukünftige Herausforderungen"

Alle Studien für Deutschland auf der Basis von Daten der PKV deuten darauf hin, dass die Gesundheitsausgaben bei Älteren schneller wachsen als bei Jüngeren. Die Ausgabenprofile versteilern sich im Zeitablauf als Folge des medizinischen Fortschritts. Die Alterung der Bevölkerung treibt und "multipliziert" diesen Effekt. Zwar lassen sich auch Kompressionseffekte feststellen, die für sich genommen die Gesundheitsausgaben bei höherer Lebenserwartung und höherem Sterbealter senken, sie werden jedoch von den ausgabenerhöhenden Effekten überkompensiert. Die PKV in Deutschland muss sich demnach in den kommenden Jahren auf deutliche Ausgabenerhöhungen bei älteren Patienten einstellen.

Ergebnisse "Strategien der PKV"

Ihrem Anspruch nach bietet die PKV ihren Versicherten langfristigen Krankenversicherungsschutz, der auf langfristig garantierten Leistungs-

sagen gründet. Risikoäquivalente Prämienkalkulation und der Aufbau von Deckungskapital (Alterungsrückstellungen) als maßgebliche Versicherungstechnik gewährleisteten eine größere Unabhängigkeit von demographischen Veränderungen im Vergleich zu der nach dem Umlageverfahren organisierten GKV; entsprechend seien die Versicherten besser gegen das Risiko zukünftig steigender Beiträge geschützt.

Die versicherungsökonomische Analyse der derzeit maßgeblichen Kalkulations- und Versicherungstechniken in der PKV hat mehrere Ansatzpunkte aufgezeigt, die begründete Zweifel aufkommen lassen, dass die PKV ihren Ansprüchen gerecht werden kann, einen "besseren" Schutz gegen Beitragssteigerungen zu bieten. Es ist somit fraglich, ob die etablierten Strategien der PKV, insbesondere mit Blick auf den demographischen Wandel, ausreichen, um die zukünftigen versicherungstechnischen Risiken zu bewältigen. Das Konzept "alterskonstanter" Prämien greift angesichts einer steigenden Lebenserwartung und angesichts eines ausgabentreibenden medizinischen Fortschritts zu kurz. Trotz Alterungsrückstellungen können daher auch sprunghafte Beitragserhöhungen nicht ausgeschlossen werden. Solche größeren Beitragserhöhungen und -schwankungen wirken sich bereits aus rein versicherungsmathematischen Gründen stärker für ältere Versicherte aus, für die Rückstellungen (und evtl. Risikoaufschläge) nachträglich, d. h. mit Rückwirkung, anzupassen sind.

Ergebnisse "Wettbewerbsanalyse Versicherungsmarkt"

Zum wirtschaftspolitischen Problem wird nicht der Mangel dieses Konzepts an sich, sondern der Umstand, dass sich kein Wettbewerb um bessere Ansätze entwickelt. Da Neukunden bei ihrem Eintritt in die PKV typischerweise jünger und gesünder sind, messen sie weiter in der Zukunft liegenden Prämienveränderungen nur geringe entscheidungsrelevante Bedeutung bei. Ältere Bestandsversicherte, die relativ stärker von größeren Beitragserhöhungen und -schwankungen betroffen sind, haben wegen des Erfordernisses erneuter Risikoprüfungen und dem drohenden Verlust von Alterungsrückstellungen faktisch kaum noch Möglichkeiten, den Anbieter zu wechseln. Daher fehlt die Grundlage für einen an den Nachfragepräferenzen orientierten und somit effizienten Wettbewerb. Der versicherungstechnische Fortschritt bleibt auf diese Weise stark gehemmt.

Zu einem weitergehenden wirtschaftspolitischen Problem werden diese Wettbewerbsdefizite auf der Nachfrageseite, wenn sie von den Krankenversicherungsunternehmen in einer Weise genutzt werden, die die Ineffizienzen im Versicherungsangebot noch verstärken. So verfügen PKV-Unternehmen über Spielräume, mit ihrer Tarifangebotspolitik Versichertengruppen mit – im Querschnittvergleich – systematisch unterschiedlicher Risikostruktur wirksam voneinander zu trennen und so den Wettbewerb um Ver-

sicherte ganz auf Neukunden zu konzentrieren. Das Problem größerer Prämienhöhungen und -schwankungen für ältere Bestandsversicherte in dann "vergreisten" Tarifen wird auf diese Weise deutlich verstärkt. Entsprechende Vorwürfe gegen die Branche stehen seit Jahren in der Diskussion, auf die der Gesetzgeber bereits vor mehreren Jahren mit verschiedenen Maßnahmen reagiert hat.

Tatsächlich gibt es nur rudimentäre empirische Evidenz über Art und Ausmaß der Folgen eines fehlenden Bestandswettbewerbs in der PKV. Auch wurde bislang nicht geprüft, ob bzw. inwieweit die gesetzlichen Maßnahmen zu einer Dämpfung der Prämiensteigerungen älterer privat Krankensversicherter beigetragen haben. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde daher eine empirische Analyse auf der Basis von umfangreichen Tarifdaten der Firma Morgen & Morgen GmbH, Hofheim (Ts.), durchgeführt, die damit erstmals für wissenschaftliche Zwecke genutzt wurden. Die Ergebnisse dieser Analyse geben deutliche Hinweise darauf, dass viele PKV-Unternehmen in den letzten Jahren über neu auf den Markt eingeführte Tarife eine Politik der Risikoseparierung betrieben haben. Diese Politik ermöglichte ihnen, durch neue Tarife mit relativ niedrigen Prämien Zugänge zu gewinnen, führte aber zu überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen in der Folgezeit. Ältere Tarife wurden dementsprechend auf einem überdurchschnittlichen Prämienniveau angeboten.

Ergebnisse "Wettbewerbsanalyse Leistungsmärkte"

Nicht nur auf dem Versicherungsmarkt, auch auf den Leistungsmärkten der PKV sind Wettbewerbsmängel feststellbar; diese sind letztlich auf die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in einen gesetzlichen und einen privaten Teil zurückzuführen. Der Wettbewerb der Leistungsanbieter um privat versicherte Patienten ist insbesondere in der ambulanten Versorgung mit relativ hohen Ausgaben der PKV-Unternehmen verbunden. Dies ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass Leistungsanbieter, von denen die meisten sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten behandeln, im System der GKV mit Regulierungen zur Begrenzung von Leistungsmengen sowie mit niedrigeren Preisen konfrontiert sind. Je stärker die "Kostendämpfungsmaßnahmen" in der GKV wirken, desto eher neigen die Leistungsanbieter dazu, die damit verbundenen Umsatzeinbußen durch Erlöse aus der Behandlung von privat versicherten Patienten zu kompensieren. Dies ist ihnen auch – zumindest teilweise – möglich, weil im PKV-System keine vergleichbaren gesetzlichen Regulierungen existieren. Inwiefern diese "Kompensationsstrategie" von Leistungsanbietern für die privat versicherten Patienten mit einer höheren Versorgungsqualität verbunden ist, ist bislang kaum empirisch untersucht worden (mit Ausnahme der Unterschiede bei Wartezeiten).

Relativ mehr Leistungen zu höheren Preisen und u. U. auch höheren Qualitäten in der PKV sind daher kein originäres Ergebnis von Leistungswettbewerb und spiegeln daher auch nicht unmittelbar unterschiedliche Nachfragepräferenzen. Im Wesentlichen werden für aus medizinischer Sicht vergleichbare Leistungen in der PKV höhere Preise gezahlt, weil in der GKV und der PKV unterschiedliche Vergütungssysteme gelten.

Direkte Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern über Art und Vergütung der Leistungserbringung werden mittlerweile auch in der PKV verstärkt als Ansatz gesehen, mit dem die Versicherungsunternehmen direkt gegen Ineffizienzen und Wettbewerbsmängel auf den Leistungsmärkten vorgehen und somit die Ausgabenentwicklung besser kontrollieren können. Traditionell gilt es jedoch in der PKV als wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber der GKV, nicht in das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten einzugreifen.

PKV-Unternehmen haben, gemessen an den gesetzlichen Krankenkassen, mit denen sie auf demselben Markt um Verträge mit Leistungsanbietern konkurrieren, nur geringe Marktanteile. Es dürfte ihnen folglich Schwierigkeiten bereiten, ihren Versicherten über lokal begrenzte Leistungsmärkte hinaus attraktive Versorgungsangebote zu machen. Hinzu kommt, dass die PKV-Unternehmen schon aus rechtlichen Gründen derzeit keine exklusiven, die Vergütung regelnden Verträge mit Leistungsanbietern schließen dürfen. Dagegen verfügen sie aber über Spielräume zur Tarifgestaltung, die sie zu einer wirksamen Patientensteuerung nutzen könnten. Insgesamt ist eine Erschließung substanzieller Wettbewerbspotenziale durch direkte Verträge zwischen PKV-Unternehmen und Leistungsanbietern unter den gegebenen Umständen nicht zu erwarten.

Ergebnisse "Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform"

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist seit April 2007 das Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Jahren Voraussetzung dafür, dass abhängig Beschäftigte aus der GKV in die PKV wechseln dürfen. Im Jahr 2007 gab es einen überdurchschnittlich starken Rückgang der Zugänge aus der GKV (-17,4 %), im Jahr 2008 jedoch schon wieder einen Anstieg um knapp 5 %. Dadurch, dass sich gleichzeitig die Abgänge zur GKV im vergangenen Jahr verringerten, erhöhte sich der Nettozugang um fast 20 %. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auf die Entwicklung der Zugänge zahlreiche Einflüsse wirken und die beobachteten Veränderungen nicht vollständig der durch die Reform eingeführten obligatorischen dreijährigen Wartezeit zugeschrieben werden können. Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Urteil vom 10. Juni 2009 die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht für vereinbar mit dem Grundgesetz erklärt. Die neue Bundesregierung plant, Wechsel in die PKV zukünftig

wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu ermöglichen.

Die Einführung des Basistarifs stellt einen erheblichen regulatorischen Eingriff in den Markt für private Krankenversicherungen dar. Kontrahierungszwang, das Verbot von Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen zur Berücksichtigung von Vorerkrankungen bei der Prämienkalkulation sowie die absolute Höchstgrenze der Prämienhöhe widersprechen den bislang maßgeblichen Kalkulationsprinzipien in der PKV. Ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich bildet ebenfalls einen "Fremdkörper" im Geschäftsmodell der PKV.

Trotz des bislang geringen Zulaufs sieht der PKV-Verband im Basistarif eine latente Bedrohung für die Existenz der privaten Krankheitsvollversicherung. Es gibt jedoch zwei wesentliche Gründe, warum sich die finanziellen Risiken, die der PKV aus dem Basistarif entstehen, kurz- bis mittelfristig in engen Grenzen halten werden: Der Basistarif hat ein relativ ungünstiges Beitrags-Leistungs-Verhältnis und die Rückstellungsverluste dürften in vielen Fällen nach wie vor so hoch sein, dass sie Versicherte von einem Wechsel aus Normaltarifen abhalten. Das Bundesverfassungsgericht kam mit seinem Urteil vom 10. Juni 2009 zu dem Schluss, dass der Basistarif die PKV-Unternehmen nicht in ihren Grundrechten verletzt.

Ergebnisse "Wirtschaftspolitische Implikationen"

Will die PKV ihre versicherungsökonomische Kernfunktion erfüllen, sollten – in einem größeren Ausmaß, als dies heute der Fall ist – größere Prämienschwankungen vermieden werden und die Versicherungsunternehmen die Beitragsentwicklung für die Versicherten voraussehbar und planbar gestalten. Dies kann beispielsweise auch bedeuten, dass die Beiträge regelmäßig steigen – aber eben stetig und planbar sowie in einem Ausmaß, das zumindest mit den typischen Lebenseinkommensprofilen harmoniert. Welche Art der langfristigen Prämiengestaltung die Kriterien der Kosteneffizienz und der Übereinstimmung mit den Nachfragepräferenzen am besten erfüllt, kann sich nur im Wettbewerb herausstellen. Eine wettbewerbsorientierte Wirtschaftspolitik kann hierfür die Voraussetzungen und die geeigneten Rahmenbedingungen schaffen.

Dass sich optimale Versicherungsangebote auf dem Markt durchsetzen können, setzt voraus, dass nicht präferenzgerechte Angebote von Versicherungsnehmern entsprechend negativ sanktioniert werden können. In wettbewerblichen Systemen setzt dies Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Nachfrager voraus. Voraussichtlich können die Maßnahmen der jüngsten Gesundheitsreform ihrer wettbewerblichen Zielsetzung nicht gerecht werden. Die Übertragbarkeit der jeweils basistarif-äquivalenten Teile der Alte-

rungsrückstellungen bei Wechseln zwischen Normaltarifen ist ordnungspolitisch verfehlt, weil sie Risikoselektion provoziert, auch wenn dieser Konstruktionsfehler zumindest in den nächsten Jahren nur begrenzt quantitativ und damit finanziell im PKV-System spürbar werden wird.

Ein funktionsfähiger Krankenversicherungsmarkt, auf dem jederzeitige Wechsel der Versicherten möglich sein sollen, benötigt effektive Mechanismen zur Verhinderung von Risikoselektion. In der GKV übernimmt dies der – mittlerweile morbiditätsorientierte – Risikostrukturausgleich. In der PKV, die – obwohl "substitutive Krankenversicherung" – ihren Versicherten derzeit keine vergleichbaren Wechselmöglichkeiten einräumt, müssten übertragbare und individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen diese Aufgabe übernehmen. Gelänge dies, hätte der Wettbewerb in der PKV sogar einen Effizienzvorteil gegenüber dem der GKV: Der Versicherungswettbewerb könnte dann auch stärker über Variationen im Leistungsumfang geführt werden.

Auf den Leistungsmärkten sollten die PKV-Unternehmen die von ihnen geforderten Spielräume erhalten, mit Leistungsanbietern unmittelbar zu verhandeln und von den amtlichen Gebührenordnungen abweichende Vergütungsvereinbarungen zu treffen. Die PKV wird dann mögliche Zielkonflikte lösen (müssen), die zwischen einer Einflussnahme auf die Arzt-Patient-Interaktion und ihrem bisherigen Selbstverständnis entstehen, gemäß dem eine solche Einflussnahme als Element des "Sachleistungsprinzips" verpönt war. Wegen der relativ geringen Marktanteile der PKV-Unternehmen könnten bestimmte Formen von Kooperationen und Zusammenschlüssen notwendig erscheinen, wenn durch mehr Vertragswettbewerb auch in der PKV eine stärkere Dämpfung der Ausgabenentwicklung erreicht werden soll. Aus wirtschaftspolitischer Sicht sollte daher mittelfristig geprüft werden – und dies gilt in ähnlicher Weise auch für die GKV –, ob bzw. inwiefern sich Kooperationen von Versicherern als wettbewerbskonform einstufen lassen. Hierbei sollte zukünftig insbesondere die Frage nach der adäquaten Abgrenzung relevanter Märkte einen Schwerpunkt der wettbewerbspolitischen Diskussion bilden.