

Brauchen wir einen einheitlichen Versicherungsmarkt?

Frank Wild

30. Juni 2021

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Wissenschaftliches
Institut der PKV

- gegründet im Jahr 2005 vom PKV-Verband, Sitz: Köln
- Forschungsthemen:
 - Gesundheitssystemforschung
 - Gesundheitsökonomie
 - Arzneimittelversorgung
 - Privatärztliche Versorgung
 - Pflegeversicherung
 - Internationale Gesundheitssysteme
- Kooperationen mit universitären Einrichtungen, Fachgesellschaften, Versicherungsunternehmen und Dienstleistern im Gesundheitswesen
- Evaluation von Projekten des PKV-Verbandes
- Wissenschaftliche Beratung und Analysen für PKV-Unternehmen
- Näheres unter: www.wip-pkv.de



Fragestellungen des Vortrages

- Vor welchen Herausforderungen steht das deutsche Gesundheitswesen heute und in den nächsten Jahrzehnten?
 - mit Blick auf die finanzielle Stabilität des Krankenversicherungssystems
 - mit Blick auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung
- Wäre ein einheitliches Krankenversicherungssystem ein Teil der Lösung, um diese Herausforderungen zu meistern oder verschärfen sich dadurch die Probleme eher?

1

Das duale KV-System in Deutschland

Das duale Krankenversicherungssystem

	GKV	PKV
Vollversicherte (2020)	73,4 Mio.	8,7 Mio.
Versicherte Personen	Arbeiter/Angestellte, Selbständige, Rentner, Kinder	Arbeiter/Angestellte mit Einkommen oberhalb der VPG (64.350 € p.a.), Beamte, Selbständige, Pensionäre, Kinder
Finanzierung	Sozialversicherungssystem (Umlageverfahren) mit Bundeszuschuss (aktuell: 19,5 Mrd. €) Einkommensabhängige Beiträge (bis zur Beitragsbemessungsgrenze [58.050 €])	Anwartschaftsdeckungsverfahren (Bildung von Alterungsrückstellungen), kein Bundeszuschuss Prämien auf Basis von Alter, Gesundheitszustand und Tarifmerkmalen (Umfang, Selbstbeteiligungen)
Beitrags- bzw. Prämien-erhöhung	bei Anstieg des Beitragssatz/Zusatzbeitragssatz, bei höherem Einkommen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) bzw. einem Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze	bei maßgeblicher Erhöhung der Versicherungsleistungen oder einer Änderung der Sterbewahrscheinlichkeiten, individuelle Änderungen des Gesundheitszustandes haben keine Auswirkungen auf die Prämien
Leistungskatalog	Gesetzlich festgelegt Änderungen jederzeit möglich	Abhängig von Versicherungstarif (mindestens amb./stat. mit maximalen SB von 5.000 €) Vertraglich lebenslang garantierte Leistungen

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Finanzierung	Träger	Länder
Steuern	Nationaler Gesundheitsdienst	Großbritannien, Irland
	Regionaler Gesundheitsdienst	Spanien, Italien, Australien, Kanada, Neuseeland
	Kommunaler Gesundheitsdienst	Schweden, Dänemark, Norwegen, Finnland
Sozialversicherung	Einheitskrankenkasse	Luxemburg, Polen, Ungarn, Slowenien
	Verschiedene Krankenkassen, ohne Kassenwahl	Österreich, Frankreich, Griechenland, Japan
	Verschiedene Krankenkassen, Kassenwahl	Niederlande, Belgien, Tschechien, Slowakei
Freiwillige private Versicherung, staatliche Fürsorge	Private Versicherungen, Medicare, Medicaid	USA
Duales System	Verschiedene Krankenkassen, Kassenwahl, PKV-Unternehmen	Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem gilt mit seinem dualen System international als Sonderfall. Es ist jedoch weltweit die generell große Vielfalt an sehr unterschiedlichen Systemen zu berücksichtigen. Die Ausgestaltung basiert vor allem auf gesellschaftlichen Entwicklungspfaden und weniger auf belastbaren Begründungsansätzen zu Effektivität/Effizienz.

2

Ideen eines einheitlichen KV- Marktes

Was heißt eigentlich „einheitlicher Versicherungsmarkt“?

... andere Bezeichnungen „Bürgerversicherung“, „integrierter Versicherungsmarkt“, „Einheitskasse“

Es gibt keine allgemeingültige Definition, die Bezeichnungen sind als Oberbegriff für verschiedene Modellvorschläge zu sehen.

Typischerweise genannte Merkmale:

- Finanzierung auf Basis der finanziellen Leistungsfähigkeit der Menschen
- Ein gemeinsames Krankenversicherungssystem für alle Bürger

Historie der Ideen zum einheitlichen KV-Markt in den letzten 20 Jahren

- **2004:** Pauschalprämienmodell (einheitlicher Versicherungsmarkt) – SVR Wirtschaft
- **2005:** erste Vorschläge zur Bürgerversicherung von SPD und von Bündnis90/Die Grünen
- **2009:** Bürgerprivatversicherung – FDP
- **2013:** integrierte Krankenversicherung – Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband: IGES-Studie
- **2020:** Bertelsmann-Stiftung – IGES-Studie: Geteilter Krankenversicherungsmarkt
- **2021:** neuer Vorschlag zur „Grünen Bürgerversicherung“ – Bündnis90/Die Grünen
- **2021:** „Bürgerversicherung“ auch Teil des Wahlprogramms von SPD und Die Linke

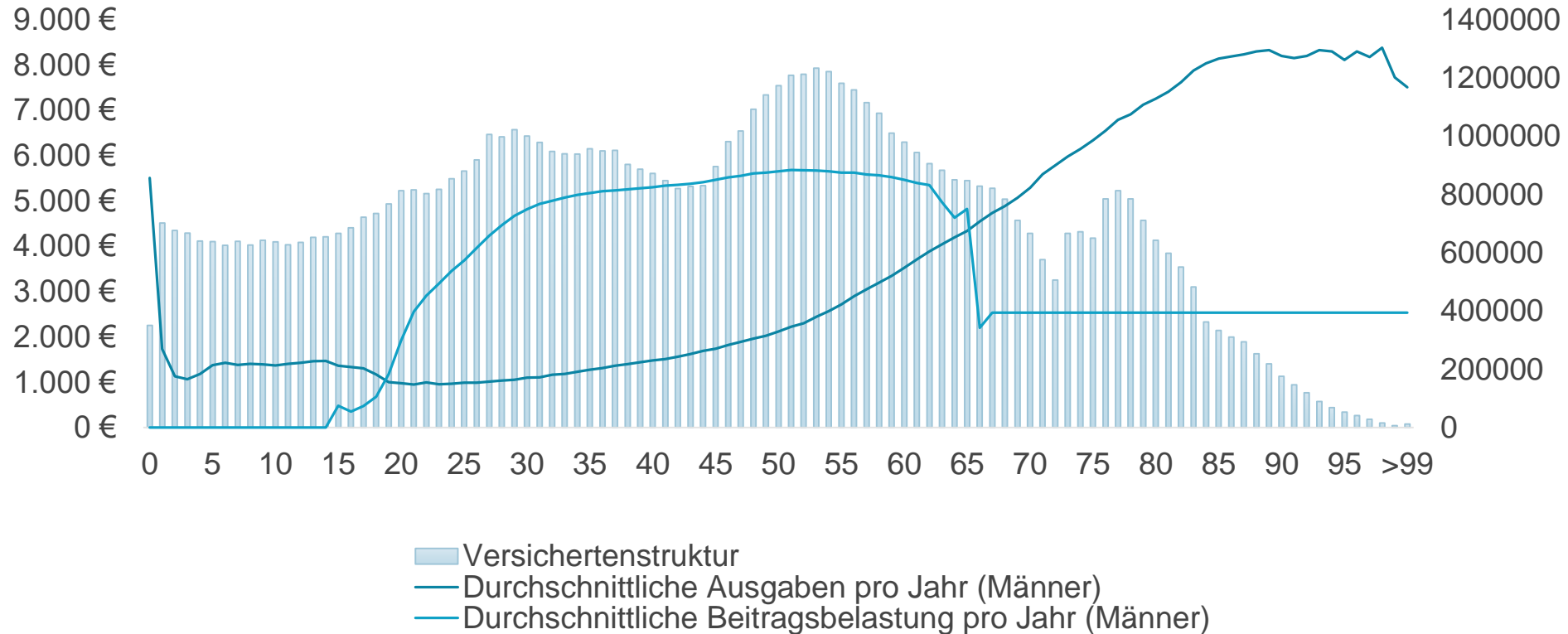
Die politische Diskussion um eine Systemreform gibt es mindestens seit dem Wahlkampf zur Bundestageswahl 2005. Bis heute sind die relevanten Kernfragen, wie ein Systemwechsel rechtskonform aussehen könnte, nicht beantwortet worden.

3

Die finanzielle Herausforderung im KV-System

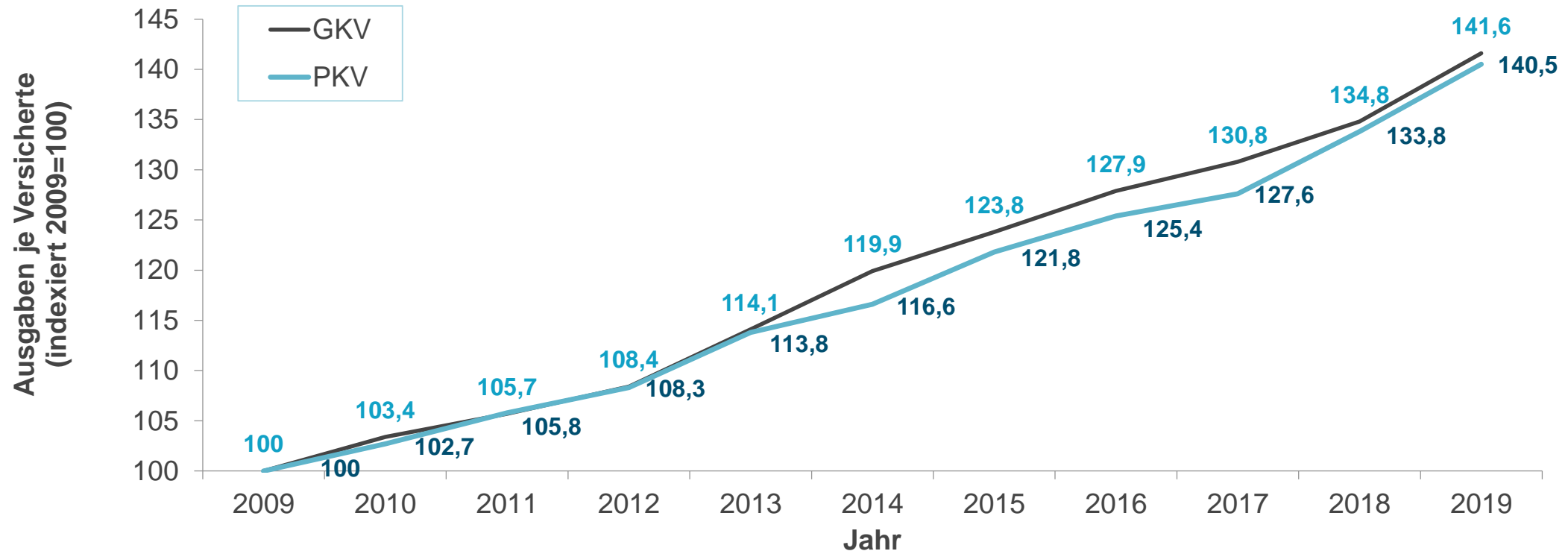
Ausgaben und deren Finanzierung in der GKV

GKV: Versichertenzahl, Ausgaben und Beitragsbelastung nach Alter



Die geburtenstärksten Jahrgänge (50- bis 60-Jährigen) wachsen zunehmend in das Alter mit hohen Gesundheitsausgaben und niedrigeren GKV-Beitragszahlungen hinein.

Ausgaben je GKV- und PKV-Versicherten - indexiert 2009-2019

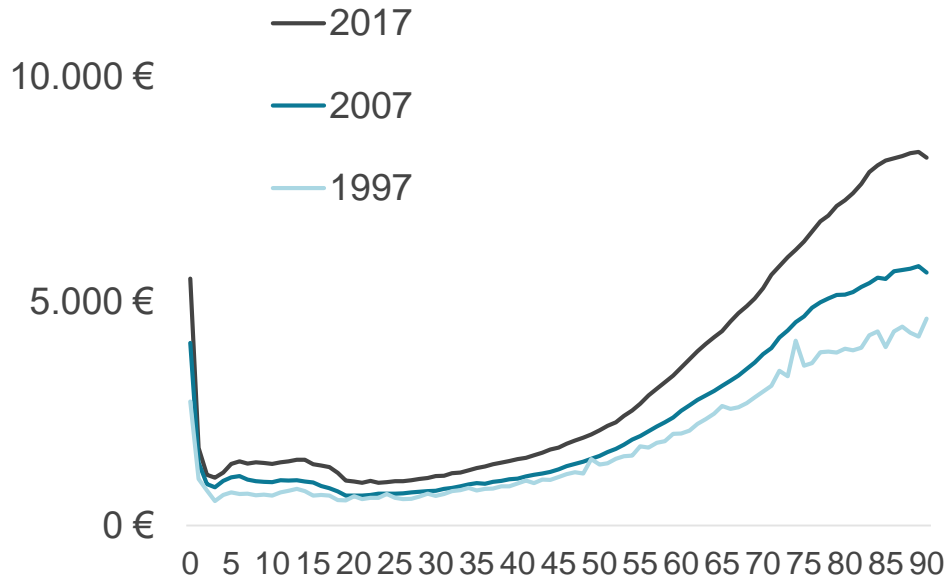


Die Gesundheitsausgaben steigen seit Jahrzehnten aufgrund von Alterung und medizinisch-technischen Fortschritt. Die Anstiege in PKV und GKV unterscheiden sich kaum.

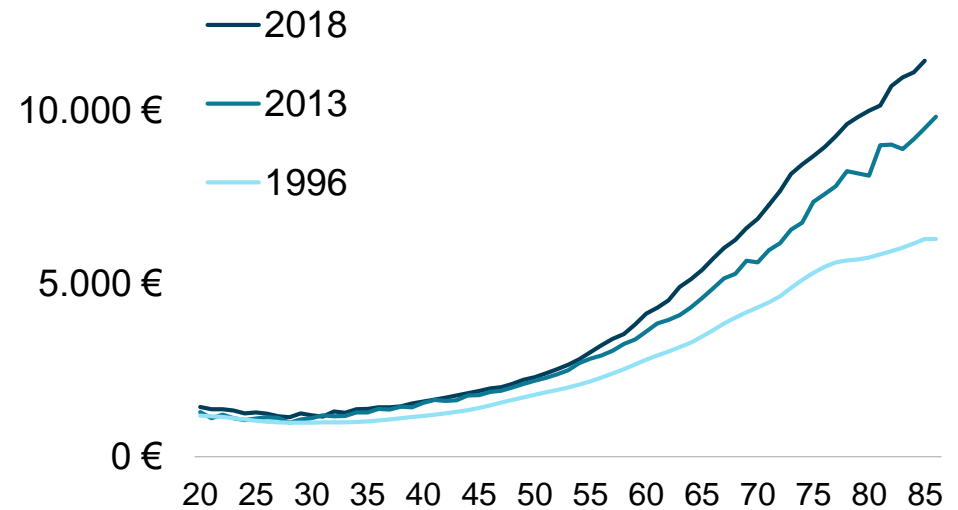
Quelle: Hagemester, Wild (2021).

Leistungsausgaben pro Kopf p.a. nach Alter

GKV:



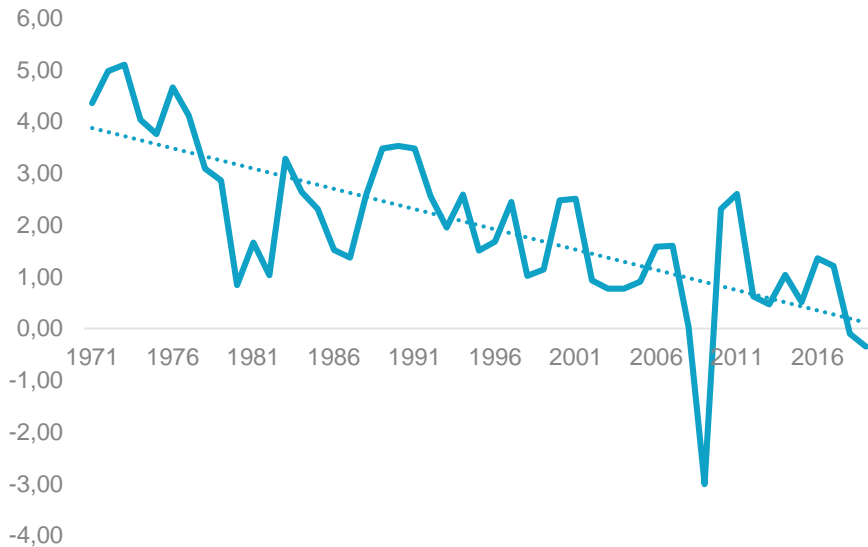
PKV:



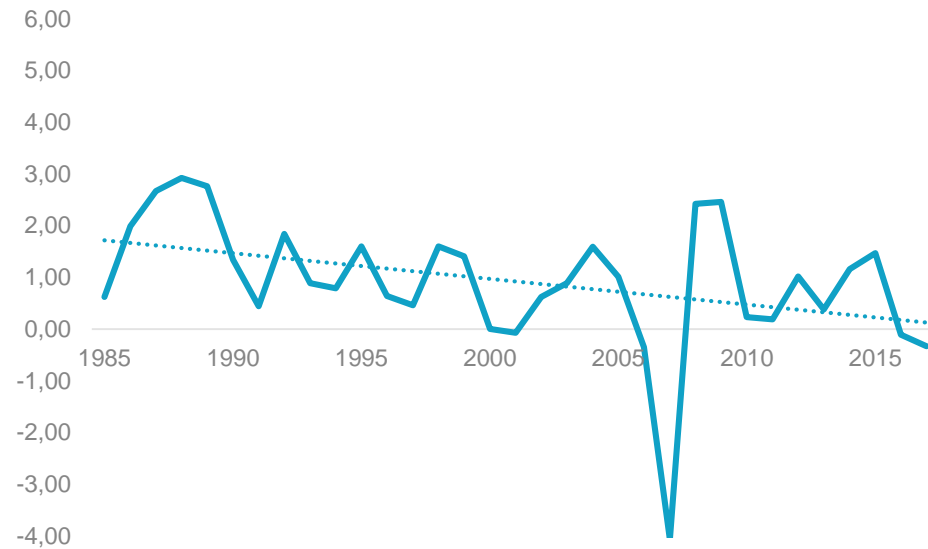
Wir beobachten seit längerem eine Versteilerung der Ausgabenkurve und damit eine **monetäre Medikalisierung**. Die Dynamik der Gesundheitsausgabenentwicklung nimmt damit tendenziell zu.

Arbeitsproduktivität und Faktorproduktivität in Deutschland

- Jährliche Änderungsrate [%] der
- Arbeitsproduktivität in Deutschland
- - ein Maß für die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft



- Jährliche Änderungsrate [%] der
- Totalen Faktorproduktivität in Deutschland
- - Maß für den technischen Fortschritt



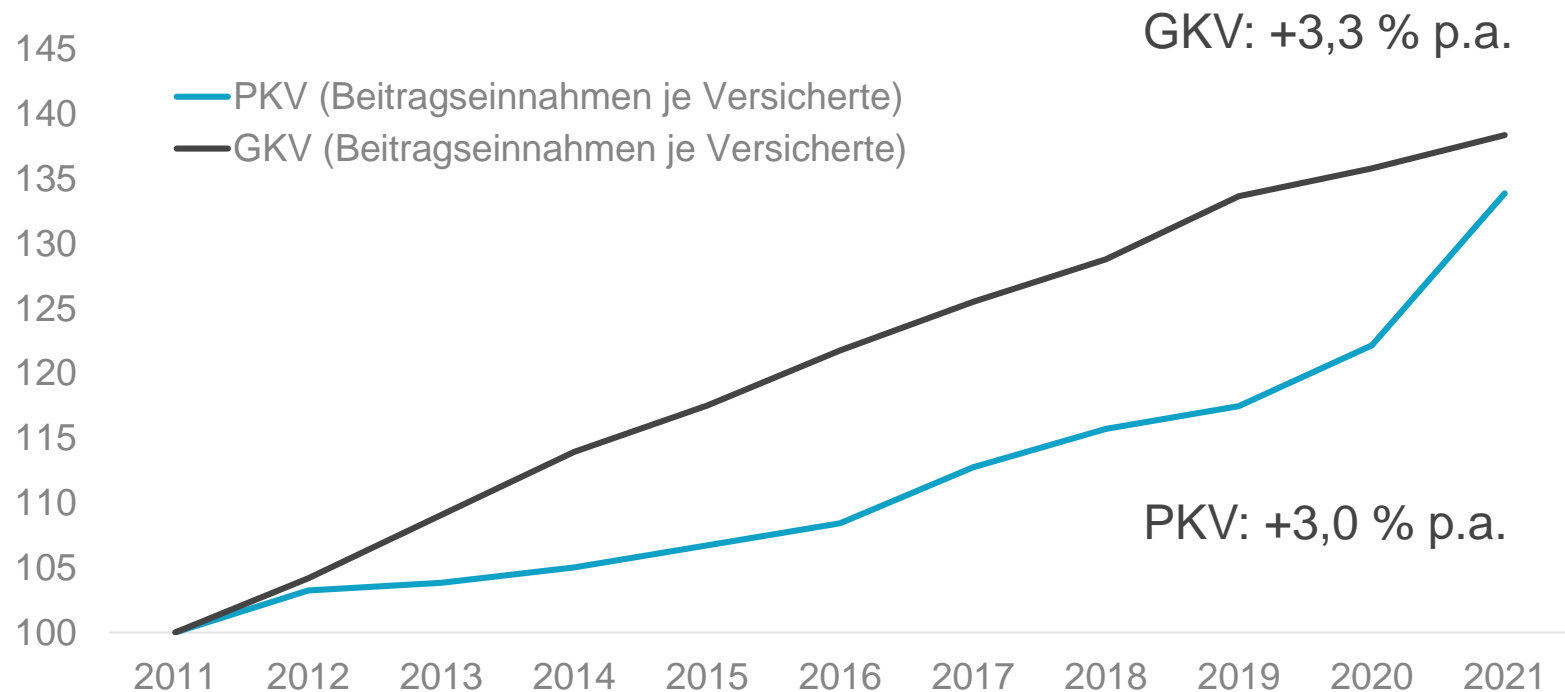
Trotz guter Konjunkturdaten sinken Arbeitsproduktivität und Faktorproduktivität in Deutschland bereits seit Jahrzehnten. Dies ist nachteilig für die umlagenfinanzierten Sozialsysteme, da die Einnahmenbasis gefährdet ist.

Übersicht zu GKV-Beitragssatzprognosen

Studie	Ohne Kostendruck		Mit Kostendruck	
	2040	2050	2040	2050
Bahnsen/Wild (2021)	16,7%	-	23,3%	-
Arentz/Ulrich (2017)	18,2%	18,7%	26,8%	32,1%
Kochskämper (2017)	19,2%	20,2%	-	-
Gasche/Rausch (2016)	22,5%	24,0%	-	-
Postler (2010)	20,0%	21,2%	28,0%	32,8%
Niehaus (2008)	18,0%	19,4%	22,6%	25,3%
Fetzer (2005)	18,7%	19,4%	26,0%	29,5%
Breyer u.a. (2004)	17,5%	18,7%	25,3%	29,8%
Hof (2001)	18,1%	19,2%	22,3%	26,1%

Die Wissenschaft ist sich seit Jahrzehnten in der Tendenz einig, wie die GKV-Beiträge zukünftig steigen werden. Unterschiede ergeben sich aufgrund abweichende Szenarien-Annahmen.

Beitragsbelastung je Versicherte in GKV und PKV (2011-2021) indexiert



Daten zur GKV 2011:

Beitragsbemessungsgrenze: 44.550 €
Beitragssatz: 14,6 %
Bundeszuschuss: 7,2 Mrd. € (bei
Berechnung unberücksichtigt)

Daten zur GKV 2021:

Beitragsbemessungsgrenze: 58.050 €
Beitragssatz: 14,6%
Zusatzbeitrag: Ø 1,3 %
Bundeszuschuss: 19,5 Mrd.€ (bei
Berechnung unberücksichtigt)

Quelle: Hagemester, Wild (2020).

Die Beitragsbelastung stieg in den vergangenen zehn Jahren in der GKV etwas mehr als in der PKV.

4

Die finanzielle Herausforderung
– Hilft ein einheitlicher KV-
Markt?

Die finanzielle Herausforderung – Hilft ein einheitlicher KV-Markt?

- Statische Effekte auf der Finanzierungsseite – Was passiert bei Einführung rein rechnerisch?
- Dynamische Effekte auf der Finanzierungsseite – Welche Anpassungen sind im Zeitablauf zu erwarten?
- Auswirkungen auf Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit
- Auswirkungen auf die Produktivitätsentwicklung

Statische Effekte auf der Finanzierungsseite

Modellrechnungen sind von der Ausgestaltung und vielen Annahmen abhängig:

- Wer wird einbezogen?
- Was passiert mit den Alterungsrückstellungen?
- Erhalten Leistungserbringer eine Kompensation für den Mehrumsatz der Privatversicherten (12,7 Mrd. €)?
-

Der Effekt auf den GKV-Beitragssatz wäre voraussichtlich minimal. Wesentliche Faktoren hierfür sind:

- Privatversicherte bilden nur knapp 11% der Gesamtbevölkerung.
- PKV-Versicherte sind im Schnitt 45,7 Jahre alt und damit älter als GKV-Versicherte (43,9 Jahre).
- Nur knapp 20 % der Privatversicherten haben ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.
- Aktuelle Leistungsausgaben der PKV unterschätzen die mögliche Kostenbelastung in der GKV, da derzeit eine Reihe von Leistungen vom Privatversicherten aufgrund von Selbstbehalten bzw. Beitragsrückerstattungsoptionen nicht eingereicht werden.

Dynamische Effekte auf der Finanzierungsseite

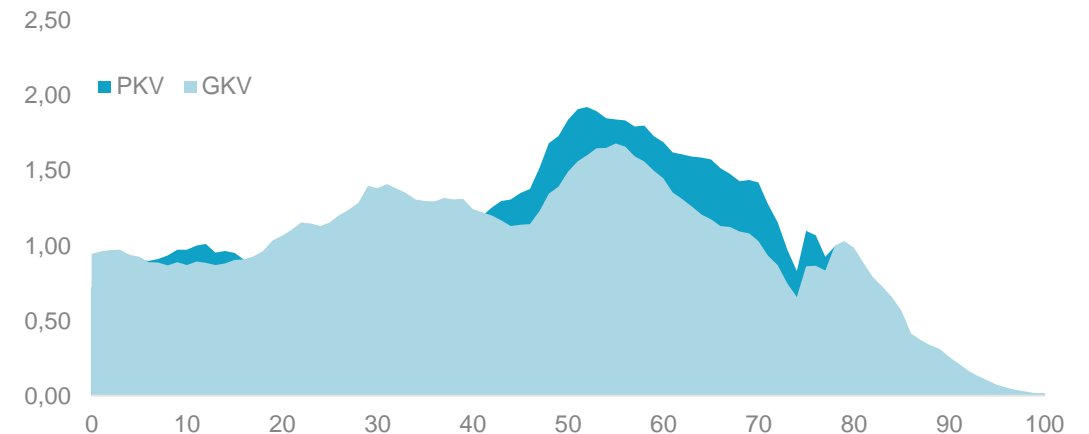
1. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) liegt in der GKV derzeit bei 58.050 €, während sie in der Rentenversicherung bei 85.200 € beträgt.

Grund: Wettbewerb um Versicherte zwischen PKV und GKV

In einer „Bürgerversicherung“ ist mit einer Anhebung oder sogar Beseitigung der BBG zu rechnen.

Dieser Effekt führt direkt zu Mehrkosten für viele Versicherte und Arbeitgeber.

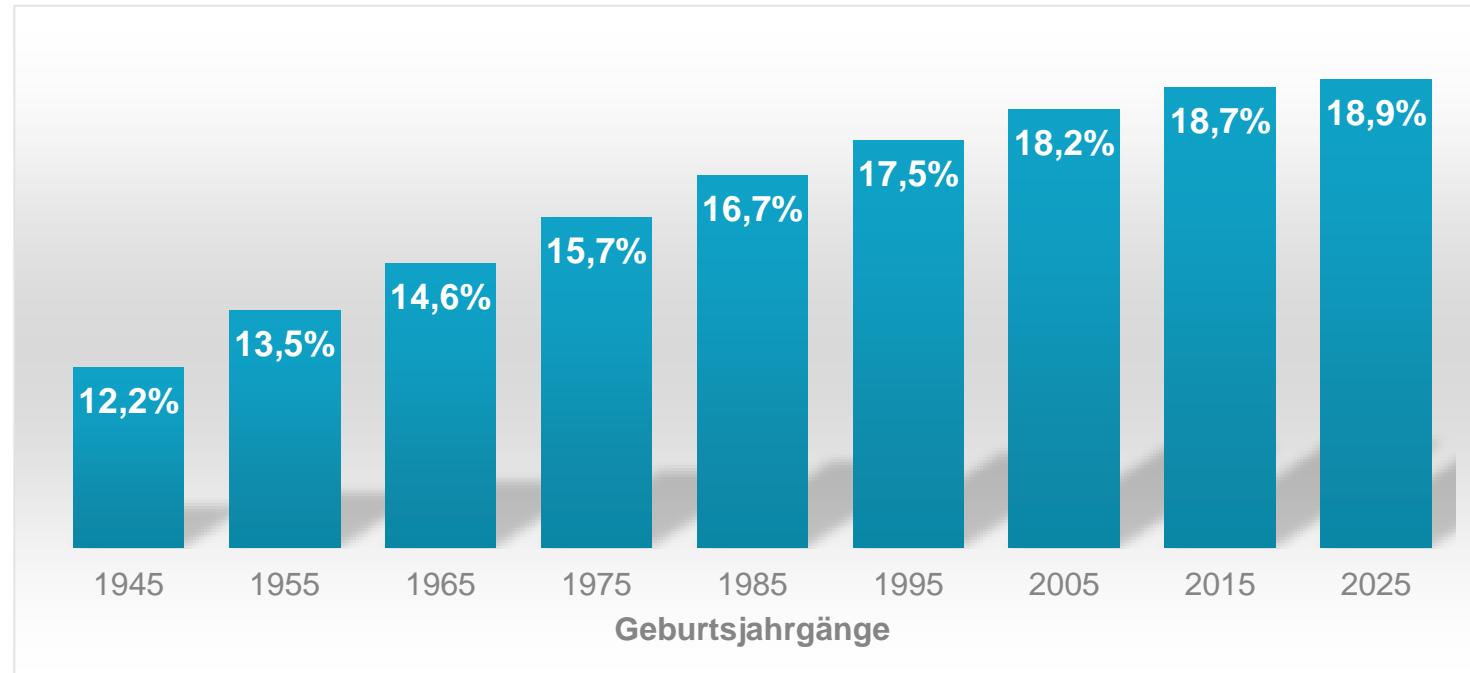
2. Im PKV-Kollektiv sind die geburtenstarken Jahrgänge stärker besetzt als in der GKV.



Dieser Effekt verschärft das Demografie-Problem in der GKV.

Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit

Durchschnittlicher GKV-Beitragssatz über das Erwerbsleben nach Geburtsjahrgang



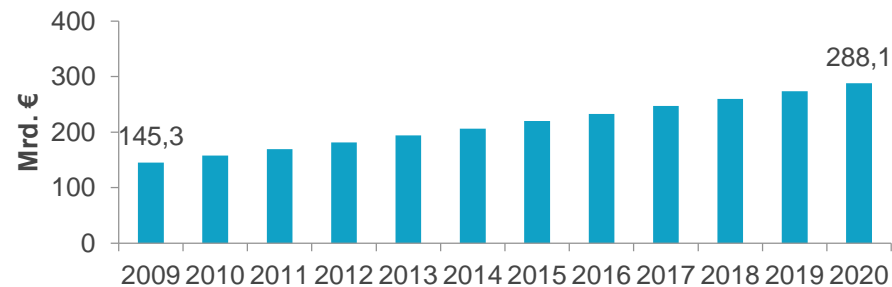
Die GKV-Beitragsbelastung über das Erwerbsleben ist abhängig vom Geburtsjahrgang. Die jüngere Generation muss über das Erwerbsleben prozentual deutlich höhere Beiträge zahlen als die ältere Generationen.

Annahme: ab Alter 20, 47 Jahre erwerbstätig, Demografieszenario

Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit

Beitrag der PKV:

- Die PKV bildet für ihre Versicherten Alterungsrückstellungen. Derzeit liegen die gesamten AR bei 288,1 Mrd. Euro, dies entspricht den Leistungsausgaben von 9 Jahren!



- Die Bildung von AR trägt zur Einebnung von intergenerativen Belastungsunterschieden bei und führt zu Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

Folgen eines einheitlichen KV-Marktes:

- In einer „Bürgerversicherung“ würde eine Vorsorge für steigende Kosten im Alter entfallen und damit die Belastung der jüngeren Bevölkerung noch weiter steigen.

Auswirkungen auf die Produktivitätsentwicklung

Beitrag der PKV:

Die Alterungsrückstellung der PKV sind Teil (5-8 %) der Nettoersparnisbildung Deutschlands.

Sie sind dabei unabhängig vom nationalen Konjunkturzyklus (automatischer Stabilisator).

Gesamtwirtschaftliches Sparen, welches zu einer Realvermögensbildung führt, hat einen positiven Wohlfahrtseffekt:

Kapitalbildung führt zu

- mehr Investitionen
- höherer Arbeitsproduktivität
- höheren Löhne

Folgen eines einheitlichen KV-Marktes:

In einem Umlagesystem sind niedrigere Nettoersparnisse zu erwarten. Der Rückgang der institutionellen Ersparnisbildung durch die PKV wird – dies zeigt die Studienlage – nicht durch ein mehr an privaten Ersparnissen ausgeglichen.

Dadurch reduzieren sich per se die Investitionen und die Produktivität geht tendenziell weiter zurück.

5

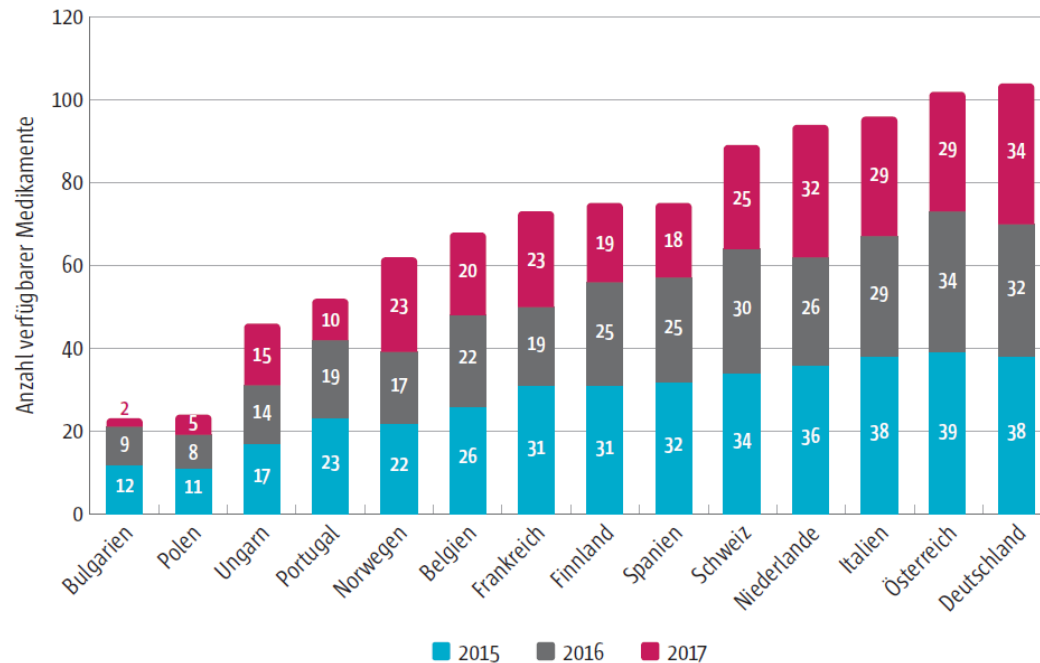
Zugang zu medizinischer
Versorgung - Was würde ein
einheitlicher KV-Markt
beitragen?

Zugang zu medizinischer Versorgung – Was würde ein einheitlicher KV-Markt beitragen?

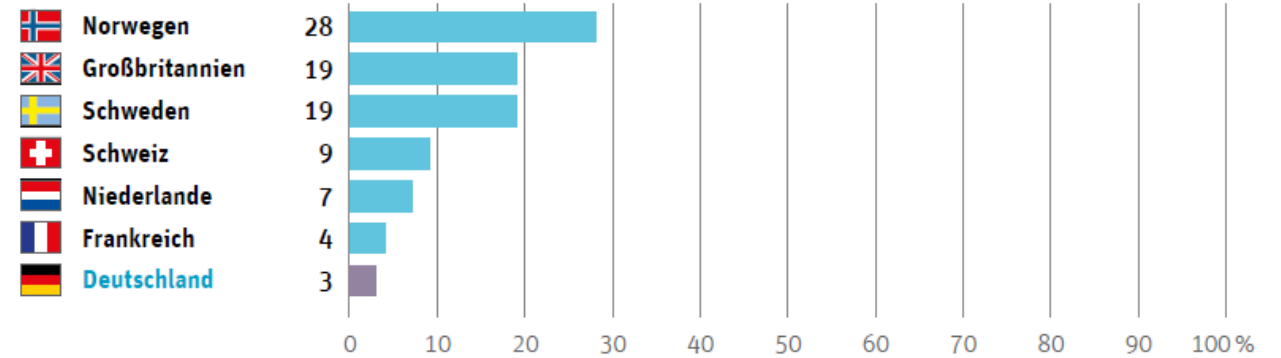
- Medizinische Versorgung – Zugang zu neuen Medikamenten und zu ärztlichen Behandlung
- Auswirkungen auf die Vergütung der Leistungserbringer
- Auswirkungen auf den Leistungskatalog der GKV
- Verteilungsfragen – Was ist mit dem Vorwurf des ungleichen Zugangs von GKV- und PKV-Versicherten zum Arzt?

Medizinische Versorgung – Zugang zu neuen Medikamenten und zu ärztlichen Behandlungen (1/2)

Anzahl der verfügbaren neuen Medikamente (2015-2017)



Anteil der Patienten, die 2 Monate oder länger auf einen Termin bei einem Facharzt warten müssen [%]



Beim Zugang zu (fach-) ärztlicher Versorgung und der Verfügbarkeit von innovativen Medikamenten belegt Deutschland international einen Spitzenrang.

Medizinische Versorgung – Zugang zu neuen Medikamenten und zu ärztlichen Behandlungen (2/2)

1. Ambulante ärztliche Versorgung:

Die Genehmigung von neuen Behandlungsmethoden für die GKV-Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dauert zwischen 14 Monaten und 18 Jahren, während Privatversicherte diese Behandlungen zeitnah und ohne aufwändigen Genehmigungsprozess erhalten können

(Quelle: Walendzik, Abels, Wasem (2021)).

2. Arzneimittelversorgung:

Auch vier Jahre nach der Einführung neuer Medikamente liegt der durchschnittliche PKV-Marktanteil hier noch bei 13,6 %, also deutlich über dem Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung von 11 %.

(Quelle: Jacke, Hagemester, Wild (2020)).

Die PKV wirkt als Innovationsmotor und als Wettbewerber, um Versicherte als Korrektiv für den Leistungskatalog der GKV. In einem einheitlichen KV-Markt droht eine fortschreitende Rationierung.

Zitat: „... ohne die Konkurrenz [der PKV] wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer“ Pfeiffer, D. (GKV-Spitzenverband) im Tagesspiegel vom 01.07. 2008

Auswirkungen auf die Vergütung der Leistungserbringer

Beitrag der PKV:

Ärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Hebammen. etc. erzielen durch Privatversicherte höhere Umsätze im Vergleich zu GKV-Versicherten.

Der gesamte **Mehrumsatz der Privatversicherten** liegt derzeit bei 12,7 Mrd. € im Jahr. Dies ermöglicht Investitionen in die medizinische Infrastruktur und in die Einstellung von medizinischem Fachpersonal.

Bereich	Mehrumsatz der Privatversicherten [Mrd. €]	
	2019	2018
Ambulante ärztliche Versorgung	6,430	6,136
Stationäre Versorgung	0,380	0,369
Zahnmedizinische Versorgung	2,982	2,953
Arznei- und Verbandmittel	0,930	0,816
Heilmittel	1,071	0,915
Hilfsmittel	0,503	0,461
Sonstige	0,433	0,417
Gesamt	12,729	12,066

Quelle: Hagemeister, Wild (2021).

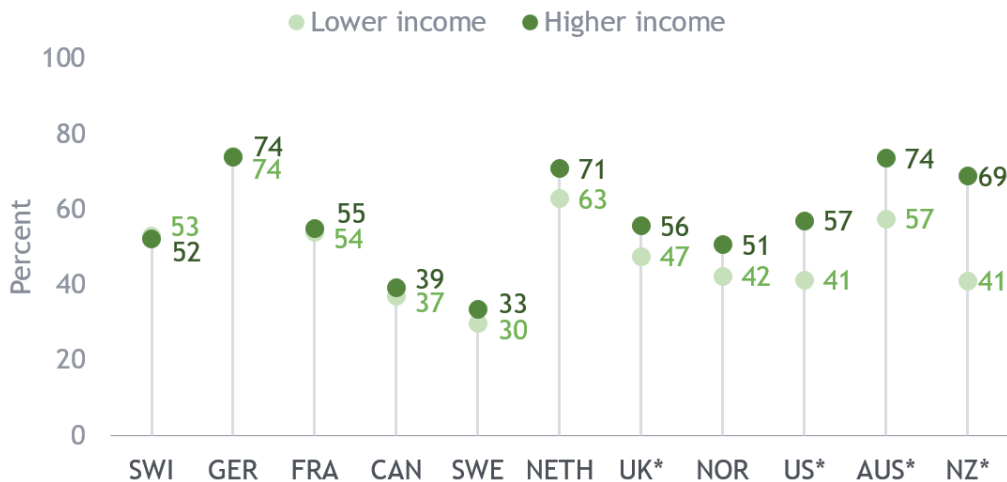
Folgen eines einheitlichen KV-Marktes:

In einer „Bürgerversicherung“, in der alle PKV-Versicherte in das GKV-System überführt würden, würden den Leistungserbringern deutlich weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

Und was ist mit dem Vorwurf des ungleichen Zugangs von GKV-Versicherten und PKV-Versicherten zum Arzt?

Access to Primary Care

Able to Access Same- or Next-Day Appointments When Needed



Definition: Last time were sick or needed medical attention, got same- or next-day appointment to see a doctor or a nurse, not including a visit to the hospital. Note: Asterisks indicate where percentage-point differences between lower-income and higher-income adults were significant at $p < .05$ or better (*).
Source: Michelle M. Doty, Roosa Tikkanen, Molly FitzGerald, Katharine Fields, and Reginald D. Williams II, "Income-Related Inequalities in Affordability and Access to Primary Care in Eleven High-Income Countries," *Health Affairs*, published online Dec. 9, 2020.

Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass der Zugang zum Arzt in Deutschland nicht vom Einkommen der Patienten abhängig ist.

Dagegen gibt es einkommensabhängige Unterschiede in einheitlichen Gesundheitssystemen, wie in Großbritannien, Schweden oder den Niederlanden.

In allen Ländern steht Patienten die Möglichkeit offen, sich privat behandeln zu lassen. Diese Option würde auch in einem einheitlichen KV-System bestehen.

In einem einheitlichen KV-System droht eine Rationierung von Leistungen. Damit werden vermehrt Menschen, die sich dies leisten können, privat Leistungen nachfragen. In der Folge würden die Versorgungsunterschiede gegenüber heute steigen.

6

Fazit

Zusammenfassung der Aspekte eines einheitlichen KV-Marktes

Finanzwirkungen:

Der Einbezug von PKV-Versicherten in die GKV würde kurzfristig – wenn überhaupt – nur einen minimalen Finanzierungseffekt erbringen. Langfristig könnten die GKV-Beiträge sogar noch stärker steigen, da die Demografie-Resistenz sinkt und das PKV als Korrektiv wegfällt.

Nachhaltigkeit:

Der Abbau des Anwartschaftsdeckungsverfahren und der Ausbau des Umlageverfahrens in der GKV würde die Generationenungerechtigkeit erhöhen.

Medizinische Versorgung

Beim Zugang zur ärztlichen Versorgung und zu neuen Medikamenten belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenrang. In einem einheitlichen KV-Markt droht eine fortschreitende Rationierung und damit eine Verschlechterung der Versorgung. Zudem würden den Leistungserbringern erhebliche finanzielle Mittel für Investitionen in die medizinische Infrastruktur und in die Einstellung von Fachpersonal fehlen.

Verteilungsgerechtigkeit:

Im Vergleich zu anderen Ländern weist Deutschland die geringsten Versorgungsunterschiede nach Einkommen auf. Auch in einer einheitlichen KV können Personen, die eine umfangreiche Gesundheitsversorgung erwerben möchten, nicht daran gehindert werden. Im Zusammenspiel mit zu erwartenden Rationierung würden in einem einheitlichen KV-Markt die Versorgungsunterschiede zunehmen.

Dr. Frank Wild
Institutsleiter

 0221 9987 1624

 Frank.wild@wip-pkv.de

 Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln