Cui bono? - Die Bürgerversicherung und die Beihilfe

Christian Bühner, Stefan Fetzner und Christian Hagist

September 2017

Economics Group

Cui bono? - Die Bürgerversicherung und die Beihilfe

Christian Bührer

WHU – Otto Beisheim School of Management

Stefan Fetzner

Hochschule Aalen

Christian Hagist

WHU – Otto Beisheim School of Management

Working Paper 17/05
September 2017

ISSN 2511-1159

WHU - Otto Beisheim School of Management
Economics Group
Burgplatz 2
56179 Vallendar, Germany
Phone: +49 (261) 65 09 - 0
whu@whu.edu

Any opinions expressed here are those of the author(s) and not those of WHU. Research published in this series may include views on policy, but the institute itself takes no institutional policy positions.

WHU Working Papers often represent preliminary work and are circulated to encourage discussion. Citation of such a paper should account for its provisional character. A revised version may be available directly from the author.

Abstract

In der deutschen Gesundheitspolitik wird seit langem unter dem Stichwort Bürgerversicherung über die Einbeziehung aller Bürger in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Dabei wird meistens die Perspektive der GKV-Versicherten eingenommen, seltener diejenige der Versicherten der PKV. Es stellt sich jedoch insbesondere für die Gruppe der Beihilfeberechtigten die Frage, welche monetären Konsequenzen durch eine Bürgerversicherung für sie entstehen und in welcher Höhe daraus Kompensationszahlungen abgeleitet werden können. Unsere Ergebnisse zeigen: Selbst, wenn diese Kompensationen weniger als die Hälfte der Differenz der Versicherungsleistungen zwischen PKV/Beihilfe und einer Bürgerversicherung abdecken, hat der Business Case Bürgerversicherung für die Gebietskörperschaften zumindest kurzfristig negative fiskalischen Folgen.

The health policy debate in Germany rotates around the question whether Germany's two pillar insurance system should be dissolved and replaced by universal coverage under the roof of the public system (so called „citizen insurance“/ Bürgerversicherung). Most of the time, such a reform is argued from the perspective of the 90 percent of the German population which are already insured by a sickness funds. Rarely, the consequences of currently privately insured are analysed. However, especially German civil servants are of great interest in this regard, as they are most times partly insured in the private scheme while the other part of their benefits are directly paid by the taxpayer. As the scheme for civil servants is more generous than the public scheme, the question of compensation arises when talking about the Bürgerversicherung reform. We show that if civil servants are only partly compensated by their employers (federal and state governments), the reform has a short-run negative fiscal impact.

JEL-Classification:

H55, H75, I13

Schlüsselwörter: Krankenversicherung, Bürgerversicherung, Beihilfe, Kompensation

Keywords:

Health insurance, civil servants' benefits, compensation

Corresponding author:

Christian Bührer, christian.buehrer@whu.edu

Cui bono? - Die Bürgerversicherung und die Beihilfe / Cui bono? - Universal Health Insurance and Germany's Civil Servants*

Christian Bühner ✉

WHU - Otto Beisheim School of Management, Vallendar

Stefan Fetzner

Hochschule Aalen

Christian Hagist

WHU - Otto Beisheim School of Management, Vallendar

JEL: H55, H75, I13

In der deutschen Gesundheitspolitik wird seit langem unter dem Stichwort Bürgerversicherung über die Einbeziehung aller Bürger in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Dabei wird meistens die Perspektive der GKV-Versicherten eingenommen, seltener diejenige der Versicherten der PKV. Es stellt sich jedoch insbesondere für die Gruppe der Beihilfeberechtigten die Frage, welche monetären Konsequenzen durch eine Bürgerversicherung für sie entstehen und in welcher Höhe daraus Kompensationszahlungen abgeleitet werden können. Unsere Ergebnisse zeigen: Selbst, wenn diese Kompensationen weniger als die Hälfte der Differenz der Versicherungsleistungen zwischen PKV/Beihilfe und einer Bürgerversicherung abdecken, hat der Business Case Bürgerversicherung für die Gebietskörperschaften zumindest kurzfristig negative fiskalischen Folgen.

Schlüsselwörter: Krankenversicherung, Bürgerversicherung, Beihilfe, Kompensation

The health policy debate in Germany rotates around the question whether Germany's two pillar insurance system should be dissolved and replaced by universal coverage under the roof of the public system (so called „citizen insurance“/*Bürgerversicherung*). Most of the time, such a reform is argued from the perspective of the 90 percent of the German population which are already insured by a sickness funds. Rarely, the consequences of currently privately insured are analysed. However, especially German civil servants are of great interest in this regard, as they are most times partly insured in the private scheme while the other part of their benefits are directly paid by the taxpayer. As the scheme for civil servants is more generous than the public scheme, the question of compensation arises when talking about the *Bürgerversicherung* reform. We show that if civil servants are only partly compensated by their employers (federal and state governments), the reform has a short-run negative fiscal impact.

Keywords: Health insurance, civil servants' benefits, compensation

---

* Wir danken Arne Leifels und den Teilnehmern der Jahrestagung der dggö 2017 für Anmerkungen und Kommentare. Für alle verbleibenden Fehler zeichnen die Autoren verantwortlich.

✉ Korrespondierender Autor: christian.buehner@whu.edu

1. EINLEITUNG	1
2. KONZEPT UND METHODISCHES VORGEHEN.....	2
2.1. DIE ZAHLUNGSDIFFERENZ – PKV-PRÄMIE VS. GKV-BEITRAG.....	2
2.2. DIE LEISTUNGSDIFFERENZ – SIMULATION DER KRANKENVERSICHERUNGS-LEISTUNGSPROFILE.....	5
3. KURZFRISTIGE EFFEKTE EINER BÜRGERVERSICHERUNG AUF BEIHILFEBERECHTIGTE HAUSHALTE	7
4. LANGFRISTIGE EFFEKTE EINER BÜRGERVERSICHERUNG AUF BEIHILFEBERECHTIGTE HAUSHALTE	9
5. HANDLUNGSMPLIKATIONEN UND DISKUSSION	14
6. ANHANG	18
6.1. SIMULATION DER GKV-LEISTUNGSPROFILE	18
6.2. GKV-BEITRAGSSATZPROGNOSE IN EINER BÜRGERVERSICHERUNG.....	20
6.3. AUFTEILUNG DER LEISTUNGSDIFFERENZ IN PREIS- UND MENGENEFFEKTE.....	21
6.4. FORMALE BERECHNUNG DER ANNUITÄTEN DER ZAHLUNGS- UND LEISTUNGSDIFFERENZ	22
6.5. SENSITIVITÄTSANALYSEN UND MODELLSPEZIFIKATIONEN	23
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	24

1. Einleitung

Die Idee einer Bürgerversicherung ist seit dem Bericht der Rürup-Kommission im Jahr 2003 ein Wahlkampfthema,¹ welches vor allem von den Parteien SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der Linken propagiert wird.² Auf übergeordneter Ebene wird dabei insbesondere die Frage diskutiert, ob ein einheitliches integriertes Krankenversicherungssystem gegenüber dem „Dualen System“ aus Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) vorteilhaft wäre.³ In der Regel wird dabei aus Perspektive der gesetzlich Versicherten argumentiert, vermutlich weil diese das Gros der Wahlberechtigten stellen.

Die Konsequenzen einer Bürgerversicherung für die knapp 9 Millionen privat Versicherten werden dagegen seltener diskutiert, obwohl auch in dieser Hinsicht Reformhindernisse bestehen.⁴ Die Beihilfeempfänger stellen in etwa die Hälfte dieser Versichertengruppe und sind dabei aufgrund der Alimentierung durch den Steuerzahler besonders interessant. Aus diesem Grund quantifizieren wir die kurz- und langfristigen Verteilungswirkungen eines Übergangs in eine Bürgerversicherung aus Sicht beihilfeberechtigter Haushalte, um die Höhe möglicher Kompensationsforderungen abzuschätzen.⁵

Eine verpflichtende Absicherung dieser Haushalte in der GKV führte einerseits dazu, dass anstelle von PKV-Prämien der Arbeitnehmeranteil der Beiträge zur GKV gezahlt werden müsste. Der Unterschied dieser beiden Größen wird im Folgenden als „Zahlungsdifferenz“ bezeichnet. Andererseits ergäben sich Konsequenzen in Umfang und Art des Versicherungsschutzes. Um

---

¹ Vgl. BMGS (2003).

² Für einen Überblick über die jeweiligen Details der älteren Konzepte vgl. z.B. Greß und Bieback (2014). Für die aktuellen Wahlprogramme vgl. SPD (2017), Bündnis 90/Die Grünen (2017) und Die Linke (2017).

³ Einerseits wird aufgrund der geringen faktischen Wahlmöglichkeiten angeführt, dass kein relevanter Wettbewerb der Systeme existiert (Jacobs (2013)). Andererseits wird der PKV aufgrund einer weniger stark ausgeprägten Regulierung auf dem Leistungsmarkt die Rolle eines wichtigen Innovationstreibers im deutschen Gesundheitssystem zugeschrieben (Loskamp, Genett, Schaffer und Schulze Ehring (2017)). Des Weiteren werden die Vorzüge der in der PKV praktizierten Altersrückstellungen hinsichtlich einer nachhaltigen und generationengerechteren Finanzierung der Gesundheitsausgaben herausgestellt (Ulrich und Pfarr (2013)).

⁴ Für einen Übergang in eine Bürgerversicherung gibt es zahlreiche weitere Hemmnisse, die teilweise rechtlicher Natur sind und teilweise mit einer befürchteten Schlechterstellung einzelner Akteuren in Zusammenhang stehen. Dabei kann erstens angeführt werden, dass den privaten Krankenversicherungsunternehmen quasi ihre Geschäftsgrundlage entzogen wird und auch privat Versicherte Anrecht auf einen Bestandsschutz ihrer Versicherungsverträge haben. Zweitens stellt der Umgang mit bzw. die komplexe Portabilität von Altersrückstellungen in der PKV eine Hürde dar, welche allerdings aus wissenschaftlicher Sicht zu überwinden sein sollte. Ein dritter zu klärender Faktor bezieht sich auf möglicherweise auftretende finanzielle Kompensationsansprüche der Leistungserbringer. Schließlich ist als vierter Faktor zu beachten, dass manche Gebietskörperschaften (vor allem einzelne Bundesländer) bei Einführung einer Bürgerversicherung – trotz Wegfall der Beihilfe – aufgrund der dann zu zahlenden Arbeitgeberbeiträge womöglich negative Auswirkungen auf ihren Haushalt befürchten. Kingreen und Kühling (2013) beschäftigen sich ausführlich mit den rechtlichen Hemmnissen auf dem Weg zu einer „monistischen Einwohnerversicherung“. Ihrem Urteil nach wäre eine Abschaffung der Beihilfe verfassungsrechtlich prinzipiell möglich. Für einen Überblick der Effekte einer Abschaffung der Beihilfe vgl. bspw. Haun und Jacobs (2014).

⁵ Für eine Analyse der Konsequenzen der aktuellen Bestrebungen von Beihilfeträgern (z.B. der Stadt Hamburg), Beamten die Wahl zwischen GKV-Arbeitgeberbeitrag und PKV-Beihilfealimentierung zu geben, vgl. Bühner, Fetzer und Hagist (2017).

diesen Effekt zu quantifizieren, berechnen wir eine „Leistungsdifferenz“, die den derzeitigen Leistungen, die repräsentative beihilfeberechtigte Haushalte von PKV und Beihilfe empfangen, hypothetische Leistungen in der GKV gegenüberstellt. Für eine Bewertung möglicher Kompensationsforderungen schlüsseln wir bei unseren weiteren Berechnungen die Leistungsdifferenz in die Bestandteile Preis-, Mengen- und Dynamisierungseffekt auf, die im Wesentlichen das höhere monetäre Niveau von PKV/Beihilfeleistungen gegenüber GKV-Leistungen widerspiegeln.

Unsere Analyse ist folgendermaßen aufgebaut: In Abschnitt 2 erläutern wir unser methodisches Vorgehen bei der Bildung von repräsentativen beihilfeberechtigten Haushalten und den zugewiesenen Zahlungsströmen. Abschnitt 3 behandelt die kurzfristigen finanziellen Auswirkungen, Abschnitt 4 die langfristigen Effekte einer Bürgerversicherung auf diese Haushalte. Die Ergebnisse werden abschließend in Kapitel 5 auch im Hinblick auf mögliche Handlungsempfehlungen diskutiert.

2. Konzept und methodisches Vorgehen

2.1. Die Zahlungsdifferenz – PKV-Prämie vs. GKV-Beitrag

Beamte und ihre beihilfeberechtigten Angehörigen bekommen, sofern keine Mitgliedschaft in der GKV besteht, i.d.R. 50 bis 80 Prozent der Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen durch ihren Dienstherrn erstattet.⁶ Das verbleibende Kostenrisiko muss seit 2009 über einen s.g. Beihilfeergänzungstarif in der PKV abgedeckt werden, wofür eine nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren gebildete morbiditätsorientierte PKV-Prämie anfällt.⁷ Die finanzielle Belastung des beihilfeberechtigten Haushaltes im Status quo aus PKV und Beihilfe, im Sinne eines „Arbeitnehmeranteils“ zur Absicherung des Krankheitsrisikos, beruht somit auf

---

⁶ Grundlage ist hier die Bundesbeihilfeverordnung. Von Unterschieden (z.B. bzgl. der Höhe der Beihilfesätze und Selbstbehalte) durch abweichende Landesverordnungen wird abstrahiert. Direkt beihilfeberechtigt ist demnach der Beamte bzw. Pensionär selbst. Indirekt berücksichtigungsfähig sind ggf. Ehepartner und Kinder. Ebenfalls direkt beihilfeberechtigt sind Richter, zusätzlich sind auch die Angehörigen der Empfänger von Heilfürsorge, d.h. vor allem Soldaten und Polizisten, berücksichtigungsfähig. Letzterer Gruppe ist jedoch nicht Gegenstand der folgenden Analysen. Für Hinterbliebene besteht gegebenenfalls ebenfalls ein Beihilfeanspruch. Während der aktiven Dienstzeit wird Beamten für das Gros der in Anspruch genommenen Leistungen die Hälfte der Kosten durch die Beihilfe erstattet (bei ≥ 2 Kindern gelten teilweise höhere Sätze). Beihilfeberechtigten Partnern bzw. Pensionären wird 70 Prozent und Kindern 80 Prozent der Kosten erstattet. Im weiteren Verlauf wird dieser Personenkreis der besseren Lesbarkeit halber als „beihilfeberechtigte“ Personen bezeichnet. Durch eine Mitgliedschaft in der GKV wird die Beihilfe zwar nicht gänzlich gestrichen, sie wird jedoch mit dem Leistungskatalog der GKV verrechnet und fällt daher für das Gros der Leistungen nicht mehr an.

⁷ Für Beihilfeberechtigte besteht prinzipiell die Möglichkeit, sich in der GKV zu versichern, dann muss jedoch i.d.R. der volle Beitragssatz individuell geleistet werden. Die große Mehrheit der Beamten ist in der PKV versichert.

den entsprechenden PKV-Prämien aller beihilfeberechtigten Familienmitglieder. Zur Simulation der finanziellen Belastung im Bürgerversicherungsszenario wird der Arbeitnehmeranteil der einkommensabhängigen GKV-Beiträge berechnet. Dabei wird die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung bislang beihilfeberechtigter Angehöriger unterstellt.⁸

Die Haushalte werden über den beihilfeberechtigten Haupteinkommensbezieher erfasst, im Folgenden „Haushaltsvorstand“ genannt, und nach Geschlecht differenziert ausgewiesen.⁹ Als zentrale Datengrundlage verwenden wir die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes mit dem Basisjahr 2013. Diese repräsentative Haushaltserhebung bietet die Möglichkeit, den beihilfeberechtigten Personenkreis über die Angaben zu Einkommens- und Haushaltsverhältnissen abzuschätzen. Für die weitere Analyse werden in einem ersten Schritt die grundsätzlich beihilfeberechtigten Haushalte identifiziert. Im zweiten Schritt wird der Krankenversicherungsstatus der einzelnen Haushaltsmitglieder bestimmt, um alle beihilfeberechtigten Personen im Haushalt zu erfassen.

Tabelle 1: Haushaltsstrukturen der beihilfeberechtigten Haushalte

Alter Haushaltsvorstand von ... bis unter ... Jahre	Männlich			Weiblich		
	N	Anzahl Partner	Anzahl Kinder	N	Anzahl Partner	Anzahl Kinder
25 – 30	170	0,02	0,03	246	0,02	0,02
30 – 35	279	0,06	0,30	312	0,02	0,25
35 – 40	302	0,07	0,70	339	0,02	0,57
40 – 45	403	0,12	0,81	371	0,02	0,57
45 – 50	510	0,15	0,89	415	0,03	0,44
50 – 55	485	0,16	0,47	384	0,03	0,22
55 – 60	552	0,23	0,23	328	0,04	0,11
60 +	2.416	0,42	0,02	701	0,04	0,01

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der EVS von 2013

Tabelle 1 zeigt die abgeleiteten durchschnittlichen Personenstrukturen der beihilfeberechtigten Haushalte nach Alter und Geschlecht des Haushaltsvorstands. Der Haushalt des durchschnittlichen 35- bis 40-jährigen männlichen Beihilfeberechtigten weist bspw. 0,07 beihilfeberechtigte Ehepartner (Eherate) und etwa 0,7 beihilfeberechtigte Kinder (Kinderrate) auf. Wie aus Tabelle 1 zu erkennen ist, nimmt die Eherate mit dem Alter des Haushaltsvorstands zu. Auffällig sind dabei die hohen Werte der männlichen Haushaltsvorstände über 60 Jahren. Ein Erklärungsansatz hierfür ist, dass Frauen heutzutage im Zuge des gesellschaftlichen Wandels

⁸ Ggf. müssen Ehepartner relativ geringe Beitragszahlungen leisten, sollten entsprechende beitragspflichtige Einnahmen vorliegen. So sind Ehepartner nach BBhV mit Einkünften bis zu 17.000 Euro beihilfeberechtigt, während in der GKV eine beitragsfreie Mitversicherung nur bei Einkünften bis zu 5.400 Euro p.a. möglich ist. Somit kann in Einzelfällen eine Beihilfeberechtigung und gleichzeitig eine Beitragspflicht bestehen.

⁹ Hintergrund sind signifikant unterschiedliche Haushaltsverhältnisse und die Lebenserwartung der Haushaltsvorstände.

häufiger in den Arbeitsmarkt integriert sind und es zu weniger Eheschließungen im Allgemeinen kommt. Weiterhin zeigt sich bei weiblichen Haushaltsvorständen eine durchschnittlich geringere Ehe- und Kinderrate gegenüber den männlichen Pendants.¹⁰

Für die Berücksichtigung der Zahlungen für einen Krankenversicherungsschutz im Status quo werden im nächsten Schritt die durchschnittlichen PKV-Prämien der beihilfeberechtigten Haushaltsmitglieder berechnet.¹¹ Analog dazu wird im Szenario der Bürgerversicherung ein beitragspflichtiges Einkommen der Haushaltsmitglieder bestimmt und mit dem Arbeitnehmeranteil eines durchschnittlichen Beitragssatzes multipliziert. Im Zuge der Einführung einer für alle Bürger obligatorischen GKV käme es dabei nach unseren Berechnungen im modellierten Einführungsjahr 2013 zu einer kurzfristigen Beitragssatzsenkung von 15,50 auf 14,16 Prozent.¹² Grund dafür sind die im Durchschnitt höheren beitragspflichtigen Einkommen, sowie eine annahmegemäß leicht geringere Leistungsanspruchnahme der bislang privat Versicherten.¹³

Tabelle 2: PKV-Prämien vs. GKV-Beiträge einer Bürgerversicherung im Einführungsjahr 2013

Alter Haushaltsvorstand von ... bis unter ... Jahre	Männlich		Weiblich	
	PKV-Prämie	GKV-Beitrag	PKV-Prämie	GKV-Beitrag
25 – 30	1.733	1.995	2.028	1.928
30 – 35	2.009	2.575	2.192	2.007
35 – 40	2.250	2.860	2.350	2.099
40 – 45	2.489	3.006	2.490	2.255
45 – 50	2.677	3.035	2.609	2.506
50 – 55	2.774	2.989	2.724	2.661
55 – 60	2.914	2.834	2.772	2.577
60 +	3.094	2.717	2.395	2.508

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der EVS von 2013, Verband der Privaten Krankenversicherung (2013), BMG (2013a) und BMG (2013b), Angaben in Euro

Tabelle 2 zeigt die resultierenden durchschnittlichen PKV-Prämien und GKV-Beiträge für die beihilfeberechtigten Haushalte. Im Vergleich der finanziellen Belastung weisen Haushalte mit einem männlichen Vorstand, der jünger als 55 Jahre ist, höhere GKV-Beitrags- als PKV-Prämienzahlungen auf. Haushalte mit einem weiblichen Vorstand würden dagegen durch einen GKV-Beitrag fast durchweg gegenüber dem Status quo entlastet. Dieser Unterschied lässt sich erstens durch die höhere Leistungsanspruchnahme von Frauen und die geringere Ehe- und

¹⁰ Die geringere Eherate bei den weiblichen Haushaltsvorständen kann auf die höhere Erwerbsbeteiligung von Männern zurückgeführt werden, welche mit einem Verlust der Beihilfeberechtigung einhergeht. Die niedrigere Kinderrate ist wesentlich auf deren Zuordnung zu einem Haushaltsvorstand zurückzuführen. So werden die Kinder bspw. in einem Haushalt mit zwei Beamten der besser verdienenden Person zugeordnet, welche i.d.R. der männliche Beamte ist.

¹¹ Dabei wurden die auf Basis der EVS ermittelten PKV-Prämien mittels eines Skalierungsfaktors auf die gesamten Prämieinnahmen aus den Beihilfetarifen des Jahres 2013 (Verband der Privaten Krankenversicherung (2013)) angepasst.

¹² Vgl. Anhang 6.2, dabei wird eine paritätische Aufteilung des Beitragssatzes zwischen Arbeitnehmern und -gebern unterstellt. Die GKV-Beiträge nach EVS wurden hochgerechnet und auf die Rechnungsergebnisse nach KJ1-Statistik angepasst.

¹³ Vgl. Kapitel 2.2.

Kinderrate erklären.¹⁴ Zweitens weisen weibliche Haushaltsvorstände niedrigere beitragspflichtige Einkommen auf, was zu geringeren Beitragszahlungen führt. Die im Vergleich zu den PKV-Prämien höheren GKV-Beiträge der über 60-jährigen weiblichen Haushalte sind wiederum durch die Haushaltsstrukturen erklärbar, da die Eherate ab ca. 65 Jahren wieder rückläufig ist, bis sie bei über 70-jährigen auf null fällt. Somit sinken auch die entsprechenden PKV-Prämienzahlungen, wohingegen die Beitragszahlungen im Szenario Bürgerversicherung des weiblichen Haushaltsvorstands konstant bleiben.

2.2. Die Leistungsdifferenz – Simulation der Krankenversicherungs-Leistungsprofile

Neben der Zahlungsdifferenz ergibt sich für beihilfeberechtigte Haushalte als Konsequenz einer Bürgerversicherung auch eine Leistungsdifferenz. Diese spiegelt Unterschiede im zu erwartenden Niveau der Krankenversicherungsleistungen wider. Für die Erfassung der durchschnittlichen Leistungen im Status quo aus PKV und Beihilfe verwenden wir die Kopfschadenstatistik der PKV-Versicherten mit Beihilfetarif nach BaFin (2013)¹⁵ und berücksichtigen leistungsmindernd die für einen Teil der Beamten vorliegenden Selbstbehalte in der Beihilfe.¹⁶

Zur Berechnung durchschnittlicher Leistungen im Szenario Bürgerversicherung werden als Ausgangspunkt alters- und geschlechtsspezifische Leistungsprofile der GKV des Jahres 2013 verwendet.¹⁷ Diese Profile werden im Folgenden mit einem s.g. bereinigten Morbiditätsfaktor i.H.v. 0,9 adjustiert, welcher der unterschiedlichen sozio-demografischen Struktur heutiger PKV- und GKV-Versicherten Rechnung trägt.¹⁸ So finden bspw. Grunow und Nuscheler (2014) Hinweise, welche auf eine Risikoselektion zu Gunsten der PKV hindeuten. Huber und Mielck

¹⁴ So werden – je nach Tarif – die Kosten der Schwangerschaft den Frauen zugerechnet, was zu einer höheren PKV-Prämie führen kann. Zudem ist die weibliche Lebenserwartung signifikant höher, was zu einem größeren Anwartschaftsbedarf führt.

¹⁵ Um PKV- und GKV-Leistungen möglichst detailliert vergleichen zu können, werden die BaFin-Kopfschäden der Kategorie „ambulant“ auf Grundlage von Niehaus (2015) nach „ambulante ärztliche Versorgung“, „Arzneimittel“ sowie „Heil- und Hilfsmittel“ aufgeteilt. Die in der Statistik des Risikostrukturausgleichs (RSA) zusätzlich aufgeführten „Sonstigen Leistungsausgaben“ werden von Niehaus (2015) nicht betrachtet, sind jedoch ebenfalls Bestandteil des Leistungskataloges der Beihilfe. Daher wird den PKV-Leistungsprofilen der entsprechende Wert der sonstigen Leistungsausgaben auf Grundlage der simulierten GKV-Leistungsprofile zusätzlich zugewiesen.

¹⁶ Grundlage sind die Regelungen zur Kostendämpfungspauschale der Länder und des Bundes. Diese Pauschalen sind abhängig von Besoldungsstufen und Beschäftigungsstatus und liegen im Durchschnitt aller Altersgruppen bei ca. 60 Euro (weibliche Beamte/Pensionäre) bzw. 80 Euro (männliche Beamte/Pensionäre).

¹⁷ Die Leistungsprofile nach BVA (2013) werden mittels eines Reskalierungsfaktors so angepasst, dass die Summe der Leistungsausgaben über alle Versicherten (Anzahl der GKV-Versicherte nach KM6 Statistik) den gesamten Leistungsausgaben nach Angaben der KJ1 Statistik entspricht, d.h.: Anzahl Versicherte (KM6-Statistik) * Ausgabenprofil (RSA) = gesamte Leistungsausgaben (KJ1-Statistik).

¹⁸ Unser Wert von 0,9 ist aus dem RSA-Risikofaktor der Techniker-Krankenversicherung ableitbar, deren Versicherte bzgl. dieser Faktoren am ehesten mit PKV-Versicherten vergleichbar sind, vgl. <http://gesundheitsmonitor.de/> und Anhang 6.1. Nach Wasem, Buchner, Lux, Walendzik und Weegen (2013) ist auch ein Szenario unter Anwendung des durchschnittlichen GKV-Leistungsausgabenprofils plausibel. Demnach könnte sich die Wirkung einer unterdurchschnittlichen Morbidität einerseits und eines überdurchschnittlichen Anspruchsverhaltens andererseits gegenseitig aufheben. Für die Wirkung weiterer Morbiditätsannahmen vgl. Anhang 6.5.

(2010) zeigen in einer Literaturübersicht eine signifikant niedrigere Morbidität von PKV-Versicherten. Diese scheint auch in unterschiedlichsten Altersklassen aufzutreten: Hoffmann und Bachmann (2014) stellen bei Kindern mit privatem Versicherungsschutz einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand fest. Hajek et al. (2016) zeigen bei älteren Versicherten (zwischen 50 und 75 Jahren) einen signifikanten Morbiditätsunterschied nach Versicherungsstatus, welcher jedoch deutlich geringer ausfällt, wenn für Einkommen und Bildung kontrolliert wird. Somit kann unterstellt werden, dass ein wesentlicher Teil dieser Differenz durch soziodemografische Faktoren erklärbar ist.

Für den weiteren Gang der Analyse berücksichtigen wir zudem eine unterschiedliche Morbidität zwischen Beihilfeberechtigten und sonstigen PKV-Versicherten. Eine inhaltlicher Erklärung für eine unterschiedliche Leistungsanspruchnahme dieser beiden Gruppen liefern Himmelreicher, Sewöster, Scholz und Schulz (2008), die eine signifikant längere Lebenserwartung von Pensionären im Vergleich zu Rentnern finden. Sie begründen diesen Effekt zum einen über eine Selektionswirkung durch die, für den Erhalt des Beamtenstatus verpflichtende, Eingangsuntersuchung. Zum anderen führen sie die höhere Arbeitsplatz- und Einkommenssicherheit an, welche zu einer höheren Lebenszufriedenheit führt und eine gesündere Lebensführung ermöglicht.¹⁹

Tabelle 3: PKV/Beihilfeleistung im Status quo vs. simulierte GKV-Leistung im Szenario Bürgerversicherung für beihilfeberechtigte Haushalte im Einführungsjahr 2013

Alter Haushaltsvorstand von ... bis unter ... Jahre	Männlich		Weiblich	
	PKV/Beihilfeleistung	GKV-Leistung	PKV/Beihilfeleistung	GKV-Leistung
25 - 30	1.733	1.116	3.078	1.657
30 - 35	2.422	1.673	4.374	2.226
35 - 40	3.289	2.405	4.681	2.530
40 - 45	4.091	2.990	4.391	2.473
45 - 50	5.110	3.459	4.718	2.606
50 - 55	5.292	3.504	4.873	2.601
55 - 60	5.912	3.734	5.238	2.710
60 +	12.548	7.059	8.463	4.702

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der EVS von 2013, BVA (2013a), BVA (2013b), BVA (2014), DFG (2017), BMG (2013a), BMG (2013b), BaFin (2013), Niehaus (2015) und Verband der Privaten Krankenversicherung (2013), Angaben in Euro

In Tabelle 3 sind die resultierenden durchschnittlichen Leistungen für beihilfeberechtigte Haushalte im Status quo aus PKV und Beihilfe sowie im Szenario Bürgerversicherung vergleichend dargestellt. Sie zeigen den typischen mit dem Alter ansteigenden Verlauf der Leistungsanspruchnahme. Diese liegt bspw. für Haushalte mit einem weiblichen Haushaltsvorstand zwischen 30 und 35 Jahren aufgrund der Kosten für Schwangerschaft und Geburt höher als für

¹⁹ Für eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens vgl. Anhang 6.1.

die männlichen Pendants. Die Leistungen für ältere männliche Haushalte (45 Jahre bis 60+) fallen hingegen durchweg höher aus. Der Grund dafür liegt zum einen in der in Tabelle 1 dargestellten Haushaltsstruktur und zum anderen in der niedrigeren Leistungsanspruchnahme von Frauen im Alter über 40 Jahren (vgl. Abbildung 6 in Anhang 6.1).

3. Kurzfristige Effekte einer Bürgerversicherung auf beihilfeberechtigte Haushalte

Auf Grundlage der in Tabelle 2 und Tabelle 3 dargelegten Ergebnisse resultieren die in Abbildung 1 dargestellten Verteilungswirkungen im Einführungsjahr 2013. Zur besseren Veranschaulichung werden nur die männlichen beihilfeberechtigten Haushalte abgebildet. Dabei zeigt sich im linken Diagramm für jüngere ein positiver und für ältere Haushalte ein negativer Effekt durch einen Wechsel von PKV-Prämien zu GKV-Beiträgen, d.h. der Zahlungsdifferenz. Insbesondere jüngere Haushalte würden also durch eine Bürgerversicherung finanziell schlechter gestellt. Beispielsweise würden für einen durchschnittlichen 40-jährigen männlichen Haushalt etwa 547 Euro mehr GKV-Beiträge als PKV-Prämien anfallen. Ältere Haushalte ab ca. 55 Jahren hingegen würden finanziell entlastet.

Abbildung 1: Verteilungswirkungen PKV/Beihilfe im Status quo vs. Szenario Bürgerversicherung für Haushalte mit männlichem Haushaltsvorstand im Einführungsjahr 2013

Quelle: vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3

Im rechten Diagramm sind die erhaltenen Leistungen im Status quo aus PKV und Beihilfe den Leistungen im Szenario Bürgerversicherung gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass diese im Status quo durchweg größer als im Bürgerversicherungsszenario sind und mit zunehmendem Alter überproportional ansteigen. So erhält bspw. der oben angeführte Haushalt des 40-jährigen im Status quo 3.804 Euro, wohingegen er bei einer Bürgerversicherung „nur“ 2.824 Euro zu erwarten hätte. Der Indikator Leistungsdifferenz beträgt für diesen Haushalt somit 980 Euro.

Im Vergleich zur oben aufgeführten Zahlungsdifferenz i.H.v. 547 Euro ist die Leistungsdifferenz des 40-jährigen demnach absolut um 433 Euro und relativ betrachtet um ungefähr drei Viertel größer. Mit zunehmendem Alter erreicht sie Dimensionen von bis zu 6.700 Euro.

Die Leistungsdifferenz ist in Abbildung 2 nach den Haushaltsmitgliedern Beamter bzw. Pensionär, Ehepartner und Kindern aufgeschlüsselt. Die Werte liegen insgesamt zwischen ca. 600 Euro bei jüngeren (25 bis 30 Jahre) und etwa 6.700 Euro bei älteren (90 Jahre und älter) Haushalten. Offensichtlich ist bei Haushalten mit einem Haushaltsvorstand im Alter zwischen 40 und 60 Jahren ein erheblicher Anteil der Leistungsdifferenz auf beihilfeberechtigte Kinder zurückzuführen. Die entsprechende Bedeutung des Ehepartners nimmt mit höherem Alter des Haushaltsvorstandes zu, da diese im Durchschnitt eine höhere Eherate aufweisen. Zum Beispiel für die 70 bis 75-jährigen Haushalte beträgt die Leistungsdifferenz für den Ehepartner 1.452 Euro, für den Pensionär selbst dagegen 3.402 Euro. Der Anteil des Pensionärs bzw. Ehepartners an der gesamten Leistungsdifferenz des Haushaltes liegt somit bei 70 bzw. 30 Prozent. Wenngleich der Beamte bzw. Pensionär folglich selbst für das Gros der Leistungsdifferenz verantwortlich ist, unterstreicht dies die Relevanz einer Haushalts- gegenüber einer Individualbetrachtung.

Abbildung 2: Aufteilung der Leistungsdifferenz nach Haushaltsmitglied für Haushalte mit männlichem Haushaltsvorstand im Einführungsjahr 2013

Quelle: vgl. Tabelle 1, Tabelle 2 und Tabelle 3

Zusammenfassend lässt sich aus unserer Darstellung der kurzfristigen Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf beihilfeberechtigte Haushalte ableiten, dass ein alleiniger Vergleich von PKV-Prämie und GKV-Beitrag zu kurz greift. Unter Berücksichtigung der Leistungsseite führt eine Bürgerversicherung zu einer deutlichen Schlechterstellung der beihilfeberechtigten Haushalte.

4. Langfristige Effekte einer Bürgerversicherung auf beihilfeberechtigte Haushalte

In diesem Abschnitt berechnen wir zur Erfassung der dynamischen Effekte Annuitäten aus den Zahlungs- und Leistungsdifferenzen über die verbleibende Lebenszeit von Beihilfeberechtigten, um somit den Umfang möglicher Kompensationszahlungen ableiten zu können. Die Berechnung der Annuitäten auf Haushaltsebene ist in Anhang 6.3 formal dargestellt, für deren quantitative Bestimmung sind weitere Annahmen nötig: So wird bei der zukünftigen Entwicklung der Eherate für im Einführungsjahr jüngere und ältere Haushalte ein unterschiedliches Muster zugrunde gelegt.²⁰ Für die Simulation der zukünftigen Entwicklung der Überlebens- und Sterbewahrscheinlichkeiten der Haushaltsmitglieder verwenden wir die zweite Trendvariante der Generationensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes (2011) und passen diese um die höhere fernere Lebenserwartung von Beamten nach Altis und zur Nieden (2017) an.²¹

Um die Zahlungsströme der Haushalte für alle Jahre nach 2013 zu berechnen, wird der Querschnitt in einen Längsschnitt umgewandelt, d.h. der im Jahr 2013 40-jährige Beihilfeberechtigte verhält sich ein Jahr später wie der 41-jährige im Jahr 2013.²² Bezüglich des zukünftigen Wachstums der monetären Größen gehen wir generell von einer realen Wachstumsrate des allgemeinen Produktivitätsfortschritts i.H.v. 1,5 Prozent p.a. aus (vgl. Europäische Kommission (2015)).²³ Um dem medizinisch-technischen Fortschritt Rechnung zu tragen, wird für das Wachstum der Leistungen weiterhin eine um 0,5 Prozentpunkte erhöhte Rate unterstellt, welche sich sowohl auf die PKV-Prämienentwicklung als auch die Beitragssatzprognose der GKV

---

²⁰ Vgl. die Erläuterungen zu Tabelle 1.

²¹ Je nach Alter und Geschlecht bestehen im Hinblick auf die fernere Lebenserwartung nach Altis und zur Nieden (2017) Abweichungen von bis zu drei Jahren. Die resultierenden Wahrscheinlichkeiten werden daher für den gesamten beihilfeberechtigten Personenkreis entsprechend angepasst. Die Hinterbliebenenversorgung der Haushalte wird über die Sterbewahrscheinlichkeiten der Haushaltsvorstände modelliert.

²² Dieses Vorgehen ist grundsätzlich vergleichbar mit anderen Simulationsrechnungen zur Bürgerversicherung und Beihilfe (vgl. z.B. Sehlen, Schröder und Schiffhorst (2004), Ochmann, Albrecht und Schiffhorst (2017) sowie Benz, Hagist und Raffelhüsch (2011)). In Bezug auf die Fortschreibung der PKV-Prämienprofile wird implizit deren vergangene Steigerungsrate zwischen den Jahrgängen in die Zukunft übertragen. Nach Owono und Weber (2010) spielt dabei jedoch insbesondere die veränderte Zusammensetzung des Versichertenkollektivs des Tarifs eine zentrale Rolle. Da diese für einen älteren Jahrgang häufiger Versicherte aufweisen, welche erst in höherem Alter eingestiegen sind, liegt auch die durchschnittliche Prämie höher, da für diese Personen nur ein kürzerer Zeitraum zum Aufbau der Altersrückstellungen zur Verfügung steht. Diese Entwicklung dürfte jedoch generell keine jahrgangsspezifischen bzw. durch einen Trend erklärbaren Komponenten aufweisen. Des Weiteren ist die Beamtenpopulation im Zeitablauf vergleichsweise homogen, da auch zentrale Rahmenbedingungen, wie etwa das Arbeitsumfeld oder auch Beförderungspraktiken, relativ konstant bleiben dürften.

²³ Angesichts der Personalintensität des Gesundheitssektors sollten die entsprechenden Leistungsausgaben nach der Theorie der baumolschen Kostenkrankheit zukünftig zumindest mit dieser Rate des allgemeinen Produktivitätsfortschritts zunehmen. Äquivalent verhält sich das Wachstum der simulierten GKV-Beitragszahlungen, da sich sowohl Löhne als auch die Beitragsbemessungsgrenze proportional zur Produktivitätsentwicklung verhalten sollten.

in einer Bürgerversicherung auswirkt.²⁴ Zur Berechnung der Annuitäten verwenden wir einen Realzins von 3 Prozent, was im Sinne eines konservativen Szenarios leicht unter dem in der Vergangenheit beobachteten Mittelwert für Deutschland liegt (Europäische Kommission (2015)).²⁵

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, ist die von uns quantifizierte Leistungsdifferenz zwischen PKV und Beihilfe im Status quo und dem Szenario Bürgerversicherung die treibende Kraft der bisherigen Ergebnisse und führt in der kurzen Frist schon zu einer deutlichen Schlechterstellung der beihilfeberechtigten Haushalte. Allerdings ist aus gesundheitsökonomischer Perspektive ein (monetarisierter) Vergleich von PKV- und GKV-Leistung aufgrund der Vermischung unterschiedlicher Preisregulierungen und Leistungskataloge nicht unproblematisch. Die Leistungsdifferenz wird daher in drei Effekte unterteilt:

- Einen *Preiseffekt*: Gleiche Leistungen sind für privat Versicherte aufgrund der Gebührenordnung und Hebesätze durchschnittlich teurer.
- Einen *Mengeneffekt*: Der Leistungskatalog ist im Status quo aus PKV und Beihilfe i.d.R. breiter gefasst als in der GKV.
- Einen *Dynamisierungseffekt*: Die generösere Erstattung innovativer Leistungen im Status quo aus PKV und Beihilfe.

Der Preiseffekt gründet sich im Wesentlichen auf unterschiedliche Vergütungsregularien. Der Mengeneffekt kann wiederum theoretisch in einen *reinen Mengeneffekt* und einen *angebotsinduzierten Mengeneffekt* unterschieden werden. Ersterer impliziert einen Mehrnutzen des breiteren Leistungskatalogs, letzterer stellt hingegen Leistungen dar, welche PKV-Versicherte in einem effizienten Gesundheitsmarkt nicht in Anspruch nehmen würden bzw. nicht angeboten bekämen.²⁶ Der Dynamisierungseffekt spiegelt den Befund wider, dass viele Befürworter des dualen Systems gerade in der generöseren – zumindest aber zeitlich früheren – Erstattung

---

²⁴ Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Leistungen betont Breyer (2015) die ausgeprägte Bedeutung des medizinisch-technischen Fortschritts. Breyer, Lorenz und Niebel (2015) berechnen ein zwischen den Geschlechtern variierendes Wachstumsdifferential der GKV-Ausgaben zum allgemeinen Produktivitätsfortschritt von 1 - 2 Prozentpunkten p.a. Die Frage, ob sich dieser Trend insbesondere auch auf die fernere Zukunft übertragen lässt, ist keinesfalls eindeutig zu beantworten. Bei einer langfristigen Fortschreibung erreichen die Gesundheitsausgaben durch das überproportionale Wachstum hypothetisch sehr hohe BIP-Anteile, was einen starken Rationalisierungsdruck auslösen könnte.

²⁵ Diese Annahmen fungieren als Basisszenario. In Anhang 6.5 finden sich Sensitivitätsanalysen zu Zins-Wachstums-Kombinationen, dem Wachstumsdifferential des medizinisch-technischen Fortschritts, der Morbiditätsstruktur der Beihilfepopulation und den unterstellten Selbstbehalten.

²⁶ Demgegenüber besteht in der GKV ebenfalls ein nachfrageinduzierter Mengeneffekt, da z.B. geringere Selbstbehalte sowie das Sachleistungsprinzip Versicherte und Anbieter zu einer übermäßigen Leistungsanspruchnahme bzw. -erstellung veranlassen können. Somit geht es genauer gesagt um die Differenz des Mengeneffekts zwischen PKV und Beihilfe im Status quo und dem Szenario Bürgerversicherung.

innovativer, neu auf den Markt kommender Leistungen, den eigentlichen Vorteil und Beitrag der PKV zum deutschen Gesundheitssystem sehen.²⁷

Nach unserem Kenntnisstand gibt es keine Studien, die sich mit der monetären oder nutzenbasierten Bestimmung solcher Effekte beschäftigt haben. Daher bedienen wir uns bei den folgenden Berechnungen einer stilisierten Aufteilung. Die hierzu angestellten Überlegungen sind in Tabelle 5 im Anhang getrennt nach Leistungsbereichen aufgeführt. Dabei lässt sich z.B. für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgrund einer höheren Honorierung der Ärzte bei PKV-Versicherten eine Dominanz des Preiseffektes ableiten. Im stationären Bereich ist dagegen vermutlich der Mengeneffekt die zentrale Komponente, da das praktizierte Fallpauschalensystem zu vergleichbaren Preisen für PKV- und GKV-Leistungen führt. Über alle Leistungsbereiche und Kohorten hinweg gehen wir im Basisjahr 2013 davon aus, dass sich die Leistungsdifferenz in einen Preiseffekt von ca. 60 Prozent und einen Mengeneffekt von ca. 40 Prozent aufteilt.

Der Dynamisierungseffekt spiegelt sich annahmegemäß in der unterstellten Wachstumsrate des medizinisch-technischen Fortschritts wider. Wachsen GKV- bzw. PKV-Leistungen zukünftig mit der entsprechenden Rate, vergrößert sich dadurch die absolute Leistungsdifferenz. Dieser Unterschied kann als die bessere Verfügbarkeit medizinischer Innovationen in der PKV aufgefasst werden. Einschränkend zu diesem Vorgehen ist allerdings in den letzten Jahren im Hinblick auf Erstattungsregulierungen von Innovationen eine Konvergenz zwischen PKV und GKV-Leistungen zu erkennen.²⁸

Abbildung 3 illustriert nun die Effekte der Einführung einer Bürgerversicherung am Beispiel des durchschnittlichen Haushalts eines im Basisjahr 40-jährigen männlichen Beihilfeberechtigten. Insgesamt ginge eine solche Reform für diesen Haushalt mit einer monetären Schlechterstellung von 5.788 Euro pro Jahr einher. Dieser Wert ergibt sich aus den Komponenten der Zahlungsdifferenz mit 754 Euro, dem Mengeneffekt i.H.v. 1.765 Euro, einem Preiseffekt i.H.v. 2.470 Euro und einem Dynamisierungseffekt i.H.v. von 799 Euro.

---

²⁷ In diesem Zusammenhang verwundert es, dass der damit einhergehende Beitrag der Beihilfe meist unerwähnt bleibt.

²⁸ Z.B. Abschlüsse pharmazeutischer Hersteller nach § 130b SGB V.

Abbildung 3: Quantifizierung der Annuitäten der Zahlungs- und Leistungsdifferenz am Beispiel eines Haushalts mit einem männlichen, 40-jährigen Haushaltsvorstand

Quelle: Eigene Berechnungen. Basisszenario: Diskontrate $r = 3\%$, Wachstumsrate allgemeines Produktivitätswachstum $g = 1,5\%$, Wachstumsrate medizinisch-technischer Fortschritt $= 0,5\%$.

Abbildung 4 und 5 stellen nun die einzelnen Effekte nach Kohorte des Haushaltsvorstands für männliche bzw. weibliche Haushalte dar. Wie sich zeigt, ist die Bedeutung der in Preis-, Mengen- und Dynamisierungseffekt aufgeteilten Leistungsdifferenz über alle Kohorten und beide Geschlechter hinweg die dominierende Komponente gegenüber der Zahlungsdifferenz.

Abbildung 4: Quantifizierung der Annuitäten der Zahlungs- und Leistungsdifferenz für Haushalte mit männlichem Haushaltsvorstand

Quelle: Eigene Berechnungen. Basisszenario: Diskontrate $r = 3\%$, Wachstumsrate allgemeines Produktivitätswachstum $g = 1,5\%$, Wachstumsrate medizinisch-technischer Fortschritt $= 0,5\%$.

Im Maximum erreicht die Leistungsdifferenz bei männlichen Haushalten einen Wert von über 7.000 Euro. Preis- und Mengeneffekte liegen für ältere Kohorten im Vergleich zu jüngeren Jahrgängen auf einem höheren Niveau. Gründe dafür sind die relativ hohe Leistungsanspruchnahme über den verbleibenden Lebenszyklus sowie die höhere Eherate bei älteren Kohorten. Die Lebensjahre mit einer hohen Leistungsanspruchnahme fallen für jüngere Kohor-

ten dagegen zu einem späteren Zeitpunkt an und werden daher stärker diskontiert. Im Gegensatz dazu kann der Dynamisierungseffekt bei jüngeren Kohorten eine größere Wirkung entfalten, da er über einen längeren Zeitraum zur Geltung kommt.

Demgegenüber ist die Zahlungsdifferenz für 1948 und früher geborene Kohorten negativ, d.h. auf diese Perspektive beschränkt, wäre ein Systemwechsel in eine Bürgerversicherung für diese Jahrgänge sogar vorteilhaft. Bei allen jüngeren Jahrgängen ist die Zahlungsdifferenz hingegen positiv und liegt im Maximum bei etwa 1.000 Euro für die 1988 geborenen. Die Summe aus Zahlungs- und Leistungsdifferenz bewegt sich schließlich bei männlichen Haushalten zwischen knapp 7.200 Euro für die Kohorte 1938 und 5.500 Euro für die Kohorte 1988.

Abbildung 5: Quantifizierung der Annuitäten der Zahlungs- und Leistungsdifferenz für Haushalte mit weiblichem Haushaltsvorstand

Quelle: Eigene Berechnungen. Basisszenario: Diskontrate $r = 3\%$, Wachstumsrate allgemeines Produktivitätswachstum $g = 1,5\%$, Wachstumsrate medizinisch-technischer Fortschritt $= 0,5\%$.

Der Gesamteffekt aus Zahlungs- und Leistungsdifferenz bei weiblichen Haushalten ist in Abbildung 5 dargestellt und liegt zwischen 6.000 Euro (Jahrgang 1942) und etwa 4.400 Euro (Jahrgang 1988). Er ist somit deutlich kleiner als bei männlichen Haushalten. Ein wesentlicher Grund dafür ist die niedrigere Ehe- und Kinderrate, zudem spielt auch die geringere Leistungsanspruchnahme von Frauen im höheren Alter eine Rolle.²⁹ Auffällig ist weiterhin, dass die Zahlungsdifferenz über alle Kohorten hinweg positiv ist. Dieses Ergebnis erscheint im Vergleich zu Tabelle 2 für jüngere Kohorten zunächst kontraintuitiv, da diese im Einführungsjahr 2013 geringere GKV-Beiträge als PKV-Prämien zahlen müssten. In der mittleren und langen Frist

²⁹ Vgl. Abbildung 6 in Anhang 6.1.

steigen die GKV-Beiträge allerdings aufgrund demographischer Entwicklungen deutlich stärker als die PKV-Prämien.³⁰

Abschließend ist anzumerken, dass eine absolut trennscharfe Unterscheidung der Preis- und Mengeneffekte nicht nur aus dem Mangel an verfügbaren Daten, sondern schon allein aufgrund konzeptioneller Überlegungen schwierig ist. Zum einen induzieren insbesondere pauschalisierte Vergütungen und Budgets für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, wie sie in der GKV Anwendung finden, sowohl Preis- als auch Mengeneffekte. Zum anderen mag ein Mengeneffekt unnötiger Leistungsausweitungen aus der sozialrechtlich definierten Begründung des Wirtschaftlichkeitsgebots ableitbar sein,³¹ derartige Konzepte schlagen bei einer Übertragung auf privat Versicherte jedoch vermutlich fehl. Ein Versicherter zieht womöglich auch daraus einen Nutzen, dass der Arzt ihn mit mutmaßlich überflüssigen Leistungen therapiert, weil er sich dadurch schlichtweg besser behandelt fühlt.

5. Handlungsimplicationen und Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass ein Vergleich der Zahlungen von PKV-Prämien und Arbeitnehmerbeiträgen in der GKV als alleiniges Kriterium zur Erfassung der Belastungswirkungen einer Bürgerversicherung auf beihilfeberechtigte Haushalte zu kurz greift. Die Zahlungsdifferenz kommt lediglich auf einen maximalen Anteil von knapp 20 Prozent. Der weitaus größere Teil dieser Belastung kann folglich durch die monetäre Differenz der Versicherungsleistungen, der Leistungsdifferenz, erklärt werden. Wird diese berücksichtigt, erreicht der Unterschied zwischen dem Status quo aus PKV und Beihilfe und dem Szenario Bürgerversicherung Dimensionen von bis zu 6.000 Euro (weibliche Haushalte) bzw. 7.000 Euro (männliche Haushalte) pro verbleibendem Lebensjahr.

Die hier berechneten Effekte zeigen sich dabei robust gegenüber Variationen der unterstellten Annahmen zu Diskontrate, der Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben, Morbidität der Beihilfeberechtigten und der Kostendämpfungspauschale. Selbst im günstigsten Fall verbleibt für Beihilfeempfänger durch die Einführung einer Bürgerversicherung über den verbleibenden Lebenszyklus eine jährliche Mehrbelastung i.H.v. mehreren tausend Euro.³²

---

³⁰ Vgl. Anhang 6.2.

³¹ §12 Abs. 1 SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

³² Vgl. die Sensitivitätsanalysen in Anhang 6.5.

Was bedeuten nun unsere Ergebnisse im Hinblick auf ableitbare Kompensationsforderungen von Beihilfeberechtigten für den Fall der Einführung einer Bürgerversicherung? Betrachtet man die Zahlungsdifferenz aus PKV-Prämien und GKV-Beiträgen, so ist eine – oft geforderte – haushaltspezifische Kompensation kritisch zu bewerten. Ältere Haushalte würden durch eine Bürgerversicherung im Durchschnitt profitieren, jüngere Haushalten hingegen wären im Durchschnitt stärker belastet. Insofern könnte eine zielgenaue Kompensation auf Haushaltsebene zu dem sozialpolitisch schwierig zu rechtfertigendem Ergebnis führen, dass jüngere Single-Beamtenhaushalte einen Ausgleich erhalten, wohingegen ältere Beamtenhaushalte mit mehreren Familienmitgliedern ggf. Zahlungen zu leisten hätten. Dieses Ergebnis würde auch dem der GKV inhärenten Solidaritätsgedanken zuwiderlaufen, der sich – neben einkommensabhängigen Beiträgen – gerade in der beitragsfreien Familienmitversicherung widerspiegelt. Zudem führen gerade Befürworter einer Bürgerversicherung die fehlende „Solidarität“ der PKV-Versicherten ins Feld.

Noch kontroverser ist vermutlich die Diskussion über eine Kompensation der Leistungsdifferenz. Gerade der Preiseffekt dürfte hier besonderes Augenmerk auf sich ziehen, denn schließlich erhalten GKV-Versicherte die gleiche Behandlung bei einem Arzt mit Kassenzulassung. Allerdings besteht ebenfalls die Möglichkeit, dass die generösere Vergütungsstruktur auch qualitative Auswirkungen auf die Leistungsbereitstellung hat. Zumindest theoretisch hat der Arzt einen finanziellen Anreiz, Privatpatienten besser zu behandeln, indem bspw. mehr Zeit für Beratung aufgewendet wird. Darüber hinaus weisen Sundmacher und Kopetsch (2013) sowie Roll, Stargardt und Schreyögg (2012) und Schellhorn (2007) signifikant kürzere Wartezeiten von PKV-Versicherten gegenüber GKV-Versicherten bei einem Facharzttermin nach. Roll et al. (2012) sowie Schellhorn (2007) zeigen diesen Effekt auch bei Hausärzten. Somit könnte der Preiseffekt, zumindest anteilig, im Sinne eines Leistungsversprechens interpretiert werden.

Des Weiteren besteht schon heute ein Interesse von GKV-Versicherten an Leistungen, welche über die GKV-Pflichtleistungen hinausgehen, etwa im Bereich der zahnmedizinischen Behandlung, Auslandsrankenversicherungen oder Homöopathie. Diese Mehrleistungen werden entweder direkt über private Zusatzversicherungen oder durch die Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse mit einem vergleichsweise generösen Leistungskatalog abgedeckt.³³ Die Einführung

---

³³ Dabei ist zu bedenken, dass diese zusätzlichen Leistungen eventuell nur aus dem Kalkül angeboten werden, Versicherte von einem Wechsel in die PKV abzuhalten.

einer Bürgerversicherung ohne Kompensation, würde aus Sicht des beihilfeberechtigten Haushalts somit eine „Gehaltskürzung“ implizieren, da die wegfallenden Leistungen komplementär hinzugekauft werden müssten. Anders verhält es sich hingegen bei medizinisch nicht unmittelbar sinnvollen Mehrleistungen, wie sie z.B. im Zusammenhang mit Überdiagnostiken auftreten. Eine Aufteilung des gesamten Mengeneffektes in reine Mehrleistung und einen angebotsinduzierten Effekt ist leider nicht möglich. Eine anteilige Kompensationsforderung ließe sich auf dieser Grundlage vermutlich dennoch ableiten. Gleiches gilt in Bezug auf den Dynamisierungseffekt.

Wie implizit bei allen uns bekannten Modellrechnungen zur Bürgerversicherung kann argumentiert werden, dass ein genereller Verzicht auf Mehrleistungen durch den Status quo aus PKV und Beihilfe ein Beitrag der Beamten zur solidarischen Bürgerversicherung wäre. Allerdings ergäbe sich dann ein weiteres, bislang in der Diskussion nicht berücksichtigtes Hemmnis: Losgelöst von juristischen Hürden³⁴ würden es sich die Interessensvertreter der Beamtenschaft vermutlich nicht nehmen lassen, entsprechende Kompensationsforderungen geltend zu machen. Würde die gesamte Leistungsdifferenz abgegolten, läge das Volumen anfangs auf einem jährlichen Niveau von insgesamt 14 bis 15 Mrd. Euro. Gelänge es auch nur ein Drittel davon als finanzielle Kompensationen durchzusetzen, bliebe von den an anderer Stelle berechneten fiskalischen Vorteilen einer Bürgerversicherung für die Gebietskörperschaften i.H.v. 3-4 Mrd. Euro nicht mehr viel übrig.³⁵ Bei höheren Forderungen würde der Business Case „Bürgerversicherung“ aus Sicht der Bundesländer kurzfristig sogar negative fiskalische Konsequenzen nach sich ziehen – und dies ungefähr zeitgleich mit dem Anziehen der Schuldenbremse.

Zum Abschluss sei noch darauf hingewiesen, dass unsere Analysen auch für den Status quo wichtige neue Informationen beinhalten: Die Ergebnisse zur Leistungsdifferenz implizieren, dass auf die Beihilfe in mittlerer bis fernerer Zukunft Lasten zukommen, welche den Pensionslasten ebenbürtig sein dürften. Insofern ist zu erwarten, dass die Beihilfe vor gewaltigen Herausforderungen steht. Sie muss sich entweder dem Regulierungsrahmen der GKV annähern, indem die Leistungserbringer durch niedrigere Preise reguliert werden und das Ausmaß der Generosität gegenüber Beihilfeempfängern zurückgefahren wird, oder es müssen entsprechende Rückstellungen gebildet werden. Beide Wege sind nicht unproblematisch: Im ersten

---

³⁴ Vgl. Fußnote 4.

³⁵ Vgl. z.B. Ochmann et al. (2017).

Fall, der Annäherung an die GKV, würde sich vermutlich ein breiter Widerstand bei den Leistungserbringern zeigen. Zusätzlich könnte eine nachlassende „Attraktivität“ der Beihilfe als Gehaltsbestandteil zu einer schlechteren Qualität von Beamtenanwärtern führen bzw. zu einer sinkenden Motivation der derzeitigen Beamtenschaft. Im letzteren Fall, der Bildung von Altersrückstellungen, würden auf die Beihilfeträger kurzfristig neue Ausgaben zukommen, die wiederum eine Einhaltung der Schuldenbremse ab 2020 unmöglich machen.

6. Anhang

6.1. Simulation der GKV-Leistungsprofile

Abbildung 6: Simulierte GKV-Leistungen von Beihilfeberechtigten vs. GKV-Durchschnitt im Einführungsjahr 2013

Quelle: Eigene Berechnungen

Formal ergeben sich die in Abbildung 6 dargestellten simulierten GKV-Leistungen für Beihilfeberechtigte nach Alter i , Geschlecht j und Hauptleistungsbereich HLB wie folgt:

$$\text{Simulierte GKV Leistung Beihilfeberechtigte}_{i,HLB}^j = \alpha \beta_{i,HLB}^j \text{ GKV Leistung (RSA)}_{i,HLB}^j$$

i : 0-100 Jahre

j : männlich, weiblich

HLB: „Stationärer Bereich“, „Zahnmedizinischer Bereich“, „ambulante ärztliche Versorgung“, „Arznei- & Verbandmittel“, „Heil- & Hilfsmittel“, „Sonstige Leistungen“

α : Der Faktor α hat im Standardfall den Wert 0,9 und gibt den bereinigten Morbiditätsfaktor für PKV Versicherte wider.

³⁶ Dieser ist abgeleitet aus dem (RSA)-Risikofaktor der Techniker Krankenkasse (TK),³⁷ der für das Jahr 2013 schätzungsweise bei ca. 0,8 lag.³⁸ Dieser kann annahmegemäß hälftig durch die beiden Faktoren Alters- bzw. Geschlechtsstruktur und (alters- und geschlechtsbereinigte) Morbidität erklärt werden.³⁹

³⁶ Neben Morbiditätsunterschieden könnten womöglich noch weitere Aspekte eine Rolle spielen, bspw. die nach Busse und Riesberg (2005) vor allem von Selbständigen in Anspruch genommenen Tarife mit hohem Selbstbehalt.

³⁷ Der RSA-Risikofaktor wird nach folgender Formel berechnet und gibt an, wie sich die Morbidität der Versicherten i der Gruppe G von der durchschnittlichen GKV-Morbidität unterscheidet (Drösler et al. (2011, S. 41)):

$$RF_{RSA} = \frac{\sum_{i \in G} \text{Zuweisung}_i}{\sum_{i \in G} \text{Versicherte}_i} \cdot \frac{\sum_i \text{Versicherte}_i}{\sum_i \text{Zuweisung}_i}$$

³⁸ Die durchschnittlichen Zuweisungen je GKV-Versicherten lagen 2013 bei ca. 2.748 Euro (Zuweisungen Gesundheitsfond = 191.990 Mio. Euro / Anzahl GKV-Versicherte = 69.854.922, vgl. BVA (2014) und BMG (2013b)), je Mitglied der TK dagegen bei 2.278 Euro, vgl. DFG (2017). Somit ergibt sich ein RSA-Risikofaktor von ca. 0,8. Vgl. BVA (2013a), Krankenkassen mit mehr als einer Million Mitgliedern und einem RSA-Risikofaktor von ca. 0,8.

³⁹ Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond welche dem RSA-Risikofaktor zu Grunde liegen, werden ebenfalls hälftig anhand dieser beiden Faktoren verteilt, vgl. BVA (2013a, S. 5).

$\beta_{i,HLB}^j$: Der Faktor β bildet den Morbiditätsunterschied zwischen PKV-Versicherten mit und ohne Beihilfeberechtigung ab. Dieser wird aus dem Verhältnis der Kopfschadenprofile nach BaFin (2013) wie folgt ermittelt: $\beta_{i,LB}^j = \frac{Kopfschaden\ PKV\ Beihilfeberechtigte_{i,LB}^j}{Kopfschaden\ PKV\ Gesamt_{i,LB}^j}$. Hinsichtlich der Leistungsbereiche (LB) wird „Stationär“, „Zahn“ und „Ambulant“ unterschieden. Der Faktor $\beta_{i,Ambulant}^j$ findet Anwendung in den Hauptleistungsbereichen „ambulante ärztliche Versorgung“, „Arznei- & Verbandmittel“, „Heil- & Hilfsmittel“ sowie „Sonstige Leistungen“.

6.2. GKV-Beitragssatzprognose in einer Bürgerversicherung

Tabelle 4: GKV-Beitragssatz 2013, 2020 und 2040 – Bürgerversicherung vs. Status quo

	Zusätzliche Leistung- und Verwaltungsausgaben (Mrd. Euro)	Beitragsmehreinnahmen (Mrd. Euro)	Beitragssatz Bürgerversicherung ⁴⁰	Beitragssatz Status Quo
Einführungsjahr 2013	19,97 + 1,49 = 21,45	40,91	14,16 %	15,5 %
2020	/		15,3 %	16,7 %
2040			18,9 %	20,7 %
2060			21,8 %	24,0 %

Quelle: Eigene Berechnungen. Grundlage sind die bestehenden Regelungen der GKV. Beiträge und Leistungen werden mit der Wachstumsrate des allgemeinen Produktivitätsfortschritts i.H.v. $g = 1,5\%$ und des medizinisch-technischem Fortschritts i.H.v. $0,5\%$ fortgeschrieben. Die Bevölkerungsprojektion orientiert sich an den Annahmen der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in der Variante G1_L1_W1, allerdings basierend auf der Ist-Bevölkerung der Jahre 2013 bis 2015 und den Sterbetafeln des Jahres 2015 sowie einer leicht erhöhten Fertilität von insgesamt 1,5 Geburten pro fertiler Frau. Für bislang PKV-Versicherte ohne Beihilfeberechtigung werden Krankengeldausgaben gemäß RSA-Profil mit dem Faktor 0,3 unterstellt. Dieser Wert entspricht dem Verhältnis von freiwillig GKV-Versicherten Beschäftigten vs. GKV-pflichtversichert Beschäftigten (vgl. <http://www.gbe-bund.de>). Beamte erhalten diese Leistung nicht, da Krankentagegeld als Lohnsubstitut im Falle von Krankheit dient, und dieser Tatbestand bei Beamten aufgrund der erweiterten Bezügefortzahlung nicht eintritt. Die angepassten Profile werden unter Berücksichtigung der neuen GKV-Population sowie der angegebenen Parameter bei konstantem Steuerzuschuss fortgeschrieben.

⁴⁰ In anderen Berechnungen ergibt sich ein kurzfristiges Potential für Beitragssenkungen bei einem Stichtagsübergang aller Privatversicherten zwischen 0,1 Prozentpunkten bei Augurzy und Felder (2013) und 2,2 Prozentpunkten bei Rothgang, Arnold, Robert und Unger (2011), wobei im letzteren Fall eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und -grundlage stattfindet. Augurzy und Felder (2013) berechnen sogar eine Beitragssatzsteigerung von 0,7 Prozentpunkten, wenn zusätzlich zum Verbot des Neugeschäfts für die PKV bisherige PKV-Versicherte eine Wahloption zur GKV hätten, da hier vermehrt „schlechte Risiken“, d.h. v.a. ältere Versicherte mit hohen Ausgaben/Prämien und Familien mit vielen Kindern in die GKV wechseln würden.

6.3. Aufteilung der Leistungsdifferenz in Preis- und Mengeneffekte

Tabelle 5: Geschätzte Preis- und Mengeneffekte nach RSA-Hauptleistungsbereich

Haupt-Leistungs-bereich (HLB)	Geschätzter Preiseffekt	Geschätzter Mengeneffekt	Argumentation
Stationärer Bereich	0%	100%	Das System der DRG-Fallpauschalen gilt für GKV und PKV gleichermaßen. ⁴¹ Die Leistungsdifferenz wird daher vermutlich maßgeblich durch Wahlleistungen für Einbettzimmer oder Chefarztbehandlung und damit vollständig durch Mengeneffekte beeinflusst.
Ambulante ärztliche Versorgung	85%	15%	Einige Studien kalkulieren ein 2,3-faches Preisniveau der PKV gegenüber der GKV. ⁴² Abgeleitet von Walendzik, Greß, Manouguian und Wasem (2008, S. 50) werden 85 % der Leistungsdifferenz auf den Preiseffekt zurückgeführt.
Arznei-/Verbandmittel	90%	10%	Einerseits gelten allgemeine Preisregulierungen wie die Arzneimittelpreisverordnung für verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Hersteller- und AMNOG-Rabatte für GKV und PKV gleichermaßen. Andererseits verfügen gesetzliche Krankenkassen über weitere Preisregulierungsinstrumente. ⁴³ Wild (2015), quantifiziert den reinen durchschnittlichen Preisunterschied zwischen PKV und GKV auf +21,6 %. Insofern ist von einem dominierenden Preiseffekt auszugehen. Im Rahmen der in der PKV generöseren Erstattung von neuen Arzneimitteln, bspw. durch Importe aus dem Ausland, bestehen jedoch auch geringfügige Mengeneffekte
Zahn-ärztliche Versorgung	30%	70%	Niehaus, Keßler und Finkenstädt (2011) schätzen den Unterschied im Vergütungsniveau auf das 1,7-fache. Bei der Erstattung von zahnmedizinischen Leistungen in der GKV gab es in den vergangenen 20 Jahren erhebliche Einschnitte, v.a. die Einführung von Festzuschüssen zum Zahnersatz. ⁴⁴
Heil- und Hilfsmittel	50%	50%	Der grundsätzlich größere Leistungskatalog der PKV (z.B. bei alternativer Heilkunde) spielt ebenso eine Rolle wie Anreize bei den verordnenden Ärzten (Richtgrößenprüfung) sowie Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte. Insofern dürften sich Preis- und Mengeneffekte in etwa die Waage halten. Diese Überlegungen lassen sich auch auf den Kontext der Hilfsmittel übertragen.

Quelle: Eigene Analysen

⁴¹ Teilweise bestehen Selektivverträge von Krankenkassen für elektive Krankenhauseinweisungen.

⁴² Vgl. Wasem et al. (2013) und Walendzik, Greß, Manouguian und Wasem (2008).

⁴³ Beispiele dafür sind der Apothekenrabatt (§130 SGB V), Festbeträge, die Aut-idem Regelungen und kassenindividuelle Rabattverträge nach §130a Abs. 8 SGB V. Darüber hinaus enthalten die Rahmenverträge, zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Arzneimittelveinbarungen mit begrenzten Ausgabenvolumina der von Vertragsärzten veranlassenden Leistungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen des Ordnungsverhaltens, die sowohl Preis (durch die Auswahl wirtschaftlicherer Alternativen) als auch Menge beeinflussen. Ein Aspekt, der wiederum die Arzneimittelkosten in der PKV senken könnte, ist deren generösere Erstattung von OTC-Arzneimittel, wodurch womöglich verschreibungspflichtige Arzneimittel durch günstige Arzneimittel substituiert werden, die nicht unter die Arzneimittelpreisverordnung fallen.

⁴⁴ Ein Indiz dafür ist auch der überproportional hohe Anteil (23,88 Prozent im Jahr 2015) von out-of-pocket-Zahlungen privater Haushalte zur Finanzierung der Zahnarztpraxen nach der Gesundheitsausgabenrechnung, die zu einem Großteil aus Eigenleistungen von GKV-Versicherten bestehen dürften, vgl. gbe-bund.de.

6.4. Formale Berechnung der Annuitäten der Zahlungs- und Leistungsdifferenz

$$\text{Annuität NPV(HH)}_k^j = \text{NPV(HH)}_k^j * \frac{(1+r)^{D-t+k} * r}{(1+r)^{D-t+k} - 1}$$

$$\text{NPV(HH)}_k^j = \sum_{s=2013}^{k+D} c_{s,k}^j (\text{Leistungsdifferenz bzw. Zahlungsdifferenz}) (1+r)^{t-s}$$

Die Leistungsdifferenz der Haushalte (HH) mit einem Vorstand des Geschlechts j und der Kohorte k (Leistung $\text{PKV}_{s,k}^j$ – Leistung $\text{GKV}_{s,k}^j$) wird nach den in Tabelle 5 dargestellten Hauptleistungsbereichen in einen Mengen- und Preiseffekt aufgeteilt. Diese haushaltsbezogenen Zahlungsströme werden mit der Überlebenswahrscheinlichkeit des Haushaltsvorstandes $c_{s,k}^j$ im Jahr s über den Lebenszyklus bis zur maximalen Lebenserwartung ($D = 100$ Jahre) fortgeschrieben und mit der Diskontrate r auf das Basisjahr $t = 2013$ abgezinst. Etwaige Hinterbliebenenleistungen nach dem Tod des Haushaltsvorstandes werden ebenfalls angerechnet.⁴⁵ Nach dieser Logik wird auch die Zahlungsdifferenz (Beitrag $\text{GKV}_{s,k}^j$ – Prämie $\text{PKV}_{s,k}^j$) berücksichtigt.

---

⁴⁵ $\sum_{s=2013}^{k+D} (1 - c_{s,k}^j) \text{Eherate}_{s,k}^j \text{WI} * \sum_{s=2013}^{k_w+D} c_{s,k_w}^{j_w} (\text{Leistungsdifferenz bzw. Zahlungsdifferenz}) (1+r)^{t-s}$
 $(1 - c_{s,k}^j)$: Sterbewahrscheinlichkeit des Haushaltsvorstands. $\text{Eherate}_{s,k}^j$: Anzahl Partner des Haushaltsvorstands. WI : Die Wahrscheinlichkeit, dass ein hinterbliebener Partner Beihilfeberechtigt ist, hier mit 0,5 angenommen. $c_{s,k_w}^{j_w}$: Überlebenswahrscheinlichkeit des hinterbliebenen Partners des Geschlechts j_w und der Kohorte k_w .

6.5. Sensitivitätsanalysen und Modellspezifikationen

Tabelle 6: Annuitäten (Gesamteffekt) bei Variation der Diskontrate um $\pm 0,5$ Prozentpunkte

Zahlungs- und Leistungsdifferenz												
	Absolut						Verhältnis zu Basisszenario					
Alter Haushaltsvorstand	25		40		55		25		40		55	
Diskontrate	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
2,50%	6.006	4.871	6.158	5.141	6.379	5.537	1,10	1,12	1,06	1,08	1,03	1,04
3,00%	5.462	4.358	5.788	4.774	6.166	5.319	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3,50%	4.975	3.899	5.442	4.431	5.960	5.108	0,91	0,89	0,94	0,93	0,97	0,96

Quelle: Eigene Berechnungen. Die grau unterlegte Zeile stellt das Basisszenario dar: Wachstumsrate allgemeines Produktivitätswachstum $g = 1,5\%$, Wachstumsrate medizinisch-technischer Fortschritt $= 0,5\%$, Morbiditätsfaktor $= 0,9$ und einfache Kostendämpfungspauschale.

Abbildung 7: Auswirkungen ausgewählter Modellspezifikationen am Beispiel eines Haushalts mit einem männlichen, 40-jährigen Haushaltsvorstand

Quelle: Eigene Berechnungen. Basisszenario: Diskontrate $r = 3\%$, Wachstumsrate allgemeines Produktivitätswachstum $g = 1,5\%$, Wachstumsrate medizinisch-technischer Fortschritt $= 0,5\%$, Morbiditätsfaktor $= 0,9$ und einfache Kostendämpfungspauschale.

7. Literaturverzeichnis

- Altis, A. & zur Nieden, F. (2017). Lebenserwartung von Beamten und Beamtinnen. Befunde und Auswirkungen auf künftige Versorgungsausgaben. *Wirtschaft und Statistik*, 2017 (2).
- Augurzky, B. & Felder, S. (2013). *Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung* (RWI: Materialien, Bd. 75).
- BaFin. (2013). *Wahrscheinlichkeitstabellen in der privaten Krankenversicherung 2013*, Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.
- Benz, T., Hagist, C. & Raffelhüschen, B. (2011). *Ausgabenprojektionen und Reformszenarien der Beamtenversorgung in Deutschland*.
- BMG. (2013a). *KJ 1-Statistik. Gesetzliche Krankenversicherung: endgültige Rechnungsergebnisse*. : Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG. (2013b). *Mitgliederstatistik KM6*. : Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGS. (2003). *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Breyer, F. (2015). Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben. Theorie, Empirie und Politikimplikationen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 16 (3), 153.
- Breyer, F., Lorenz, N. & Niebel, T. (2015). Health care expenditures and longevity. Is there a Eubie Blake effect? *The European Journal of Health Economics*, 16 (1), 95-112.
- Bührer, C., Fetzner, S. & Hagist, C. (2017). Das Hamburger Beihilfemodell - Ein Vergleich der internen Renditen von GKV und PKV. *WHU Working Paper Series - Economics Group* (17/06).
- Bündnis 90/Die Grünen. (2017). *Zukunft wird aus Mut gemacht*. Verfügbar unter https://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BUENDNIS_90_DIE_GRUENEN_Bundestagswahlprogramm_2017.pdf
- Busse, R. & Riesberg, A. (2005). *Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland 2005*. Berlin.
- BVA. (2013a). *Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013*, Bundesversicherungsamt.
- BVA. (2013b). *GKV-Altersausgabeprofile*, Bundesversicherungsamt.

- BVA. (2014). *Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahresausgleich 2013*, Bundesversicherungsamt.
- DFG. (2017). Bilanz-Ranking nach "Leistungsausgaben und Zuweisungen" 2014/2015. *Dienst für Gesellschaftspolitik*, 17 (4).
- Die Linke. (2017). *Die Zukunft, für die wir kämpfen: Sozial. Gerecht. Frieden. Für alle*. Verfügbar unter <https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2017/wahlprogramm2017/wahlprogramm2017.pdf>
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J. & Wille, E. (2011). *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung*.
- Europäische Kommission. (2015). *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*.
- Greß, S. & Bieback, K.-J. (2014). Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit. *G+G Wissenschaft*, 14 (4), 7-14.
- Grunow, M. & Nuscheler, R. (2014). Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Economics*, 23 (6), 670-687.
- Hajek, A., Bock, J.-O., Saum, K.-U., Schöttker, B., Brenner, H., Heider, D. et al. (2016). Unterschiede in der Morbidität nach Krankenversichertenstatus im Alter. *Gesundheitswesen, eFirst*.
- Haun, D. & Jacobs, K. (2014). Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte. *G+G Wissenschaft*, 14 (1), 23-30.
- Himmelreicher, R., Sewöster, D., Scholz, R. & Schulz, A. (2008). Die fernere Lebenserwartung von Rentnern und Pensionären im Vergleich. *WSI Mitteilungen* (5).
- Hoffmann, F. & Bachmann, C. J. (2014). Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen, der Gesundheit und Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen nach ihrer Krankenkassenzugehörigkeit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (4), 455-463.
- Huber, J. & Mielck, A. (2010). Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empirischer Studien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53 (9), 925-938.

- Jacobs, K. (2013). Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 67 (2-3), 21-27.
- Loskamp, N., Genett, T., Schaffer, D. & Schulze Ehring, F. (2017). *Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. Die Rolle der privaten Krankenversicherung (PKV)* (Gesellschaftspolitische Kommentare / Sonderausgabe, Bd. 2017,1). Dingdorf: Schütze.
- Niehaus, F. (2015). *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013* (WIP-Diskussionspapier, 2/2015).
- Niehaus, F., Keßler, T. & Finkenstädt, V. (2011). *Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA* (WIP-Diskussionspapier, 2/2011).
- Ochmann, R., Albrecht, M. & Schiffhorst, G. (2017). *Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte.* : IGES Institut.
- Owono, T. A. & Weber, R. (2010). Zu den Altersbeiträgen in der privaten Krankenversicherung - 10 Jahre nach Umsetzung der Empfehlungen der Wasem-Kommission – Eine Zwischenbilanz. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 64 (3), 27-32.
- Roll, K., Stargardt, T. & Schreyögg, J. (2012). Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care. *The Geneva Papers*, 37 (4), 609-632.
- Rothgang, H., Arnold, Robert & Unger, R. (2011). *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen.*
- Schellhorn, M. (2007) Vergleich der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In J. Böcken (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten* (S. 95-113). Gütersloh.
- Sehlen, S., Schröder, W. F. & Schiffhorst, G. (2004). Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten. *IGES-Papier* (04-06).
- SPD. (2017). *Es ist Zeit für mehr Gerechtigkeit: Zukunft sichern, Europa stärken. Das Regierungsprogramm 2017 bis 2021.* Verfügbar unter https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Bundestag_2017/Es_ist_Zeit_fuer_mehr_Gerechtigkeit-Unser_Regierungsprogramm.pdf

- Statistisches Bundesamt. (2011). *Generationensterbetafeln für Deutschland. Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge 1896-2009*.
- Sundmacher, L. & Kopetsch, T. (2013). Waiting times in the ambulatory sector - the case of chronically ill patients. *International Journal for Equity in Health*, 12 (1), 77.
- Ulrich, V. & Pfarr, C. (2013). *Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV*.
- Verband der Privaten Krankenversicherung. (2013). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013*.
- Walendzik, A., Greß, S., Manouguian, M. & Wasem, J. (2008). *Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung* (Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen Nr. 165).
- Wasem, J., Buchner, F., Lux, G., Walendzik, A. & Weegen, L. (2013). *Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz?* (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 39, 1. Auflage). Baden-Baden: Nomos.
- Wild, F. (2015). *Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013. Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich*: WIP.