

# WIP-Information 1/2009

Februar 2009

Soziale Gerechtigkeit ist zu einer zentralen politischen Forderung geworden. Kein Wahlkampf kann sich diesem Thema entziehen. Aus Sicht der PKV wird man nicht ohne eine Spur von Neid anerkennen müssen, dass sich die GKV hier gut aufgestellt hat, indem sie mit Nachdruck für sich den Begriff der Solidarität in Anspruch nimmt. Wenn die GKV eine "solidarische" Krankenversicherung ist, welches Bild hat man dann von der PKV?

Das WIP hat deshalb gerne den Auftrag angenommen, sich genauer mit dem Begriff der Solidarität und seiner Leistungsfähigkeit in der GKV auseinanderzusetzen. Nun hat Solidarität in der GKV viele Elemente. In einem ersten Projekt hat sich das WIP mit der Bedeutung von Solidarität und Familie in der GKV beschäftigt. Weitere Projekte werden folgen.

Das WIP leistet mit der hier vorgestellten Studie einen Beitrag zur Diskussion. Und um es klar zu sagen: Familienpolitik ist gerade in der demographischen Struktur unserer Gesellschaft eine Aufgabe von zentraler Bedeutung. Ob sie auch in der GKV wirklich gut aufgehoben ist, kann man am Ende der Studie des WIPs nicht mehr mit Sicherheit bejahen.

## Inhalt

### Neues aus dem WIP

**Solidarität in der GKV:  
Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?** S. 2

**Das Gesundheitssystem der VR China** S. 3-4

### Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

**PKV** S. 4-5

**Stationäre Versorgung** S. 5

**Pflegeversicherung** S. 6

**Gesundheitswesen** S. 6

**Kurz notiert vom Arzneimittelmarkt** S. 7

## Neues aus dem WIP

*Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?*, Kornelia van der Beek und Christian Weber, WIP-Projektpapier, 2008

---

Die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird als eine bedeutende Institution und Teil des Solidaritätsprinzips in der GKV gesehen. Neben den anderen Ausgleichsmechanismen, wie dem Risikoausgleich und dem Einkommens- und dem Altersausgleich, nimmt der Familienausgleich auch eine Umverteilungsfunktion wahr, die die besondere Situation der Familien berücksichtigen soll.

Unter dem Familienausgleich wird ein solidarischer Ausgleichsmechanismus verstanden, der die Höhe der Beitragszahlungen unabhängig von der Familiengröße gestaltet bzw. Familien durch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen bei den Beitragszahlungen begünstigen soll. Damit ist die Familienversicherung auch ein Instrument des Familienlastenausgleichs.

In der GKV soll demnach der Familienlastenausgleich durch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen erreicht werden. Welchen tatsächlichen Umfang diese Entlastung einnimmt, wird anhand einer Betrachtung der gegenwärtig praktizierten Familienversicherung geprüft.

Die Analyse zeigt, dass der Familienausgleich innerhalb der GKV erhebliche Schwächen aufweist. Dies gilt sowohl für einen Vergleich zwischen Familien und Ein-Personen-Haushalten als auch bei einem Vergleich zwischen unterschiedlichen Familienkonstellationen, abhängig von der jeweiligen Personenzahl und der jeweiligen Einkommenssituation.

Tatsächlich werden Ein-Personen-Haushalte gegenüber Familien begünstigt. Die heutige Form der Familienentlastung in der GKV lässt sich kaum mit dem Grundsatz der Leistungsfähigkeit vereinbaren. Die heutige Beitragserfassung in der GKV lässt die Familien bzw. ihre konkrete Haushaltsgröße bei der Erfassung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit unberücksichtigt. Erfasst werden zwar die beitrags-

pflichtigen Einnahmen der Familie, nicht aber die wirkliche Leistungsfähigkeit. Ein Ein-Personen-Haushalt mit 2.000 € Einkommen pro Monat ist nun einmal wirtschaftlich leistungsfähiger als ein fünfköpfiger Haushalt mit gleichem Bruttoeinkommen.

Die Studie prüft vor allem, ob es auch alternative Konzepte innerhalb der GKV zur besseren Berücksichtigung der Situation der Familien geben könnte. Es handelt sich also um Konzepte, die die tatsächliche Leistungsfähigkeit einer Familie in angemessener Form zu berücksichtigen versuchen.

Die Konzepte werden nicht nur vorgestellt, sondern auch berechnet. Die Erfassung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit von Familien ist aufkommensneutral, jedoch nur mit erheblichen Beitragssatzänderungen möglich. Dies führt vor allem zu einer höheren Belastung von Ein-Personen-Haushalten. Nur so stehen hinreichend Möglichkeiten zur Entlastung von Familien zur Verfügung.

Auch wenn es nicht die Aufgabe der Studie ist, die Frage zu beantworten, ob die Umsetzung von Konzepten, die mit erheblichen Beitragssatzsteigerungen verbunden sind, finanz- und wirtschaftspolitisch überhaupt vergleichbar sind, wird eines jedoch deutlich: Der Familienlastenausgleich in seiner heutigen Form in der GKV genießt einen besseren Ruf als ihm tatsächlich zusteht.

Die Studie ist zu finden unter:

<http://www.wip-pkv.de>

Das Diskussionspapier des WIP beschäftigt sich mit dem größten Gesundheitssystem der Welt, dem der VR China. Warum aber eine Untersuchung des chinesischen Gesundheitssystems und der damit zusammenhängenden chinesischen Gesundheitspolitik?

Als Antwort soll Folgendes dienen: Fakt ist, dass die VR China in den letzten Jahrzehnten seit Transformationsbeginn Ende der 1970er-Jahre und auch schon die Jahrzehnte vorher unter der Herrschaft Mao Zedongs sehr differenzierte Erfahrungen in der gesundheitspolitischen Steuerung machen konnte. Hieraus lassen sich aufschlussreiche Zusammenhänge und für die gesundheitspolitische Diskussion interessante Ergebnisse ableiten. Insbesondere weist bzw. wies die VR China einige Aspekte in ihrem Gesundheitssystem auf, die bislang nicht international ausreichend differenziert betrachtet und bewertet werden. Hierzu zählen z. B. eine starke planwirtschaftlich gesteuerte Leistungserstellung, staatliche Fondsfinanzierungen und Selbstbeteiligungen. Darüber hinaus wird der chinesische Markt immer interessanter für ausländische Krankenversicherungsunternehmen. Inzwischen sind auch einige deutsche Krankenversicherer (u. a. Allianz und DKV) auf dem chinesischen Markt aktiv.

Die Studie zeigt, dass sich das Gesundheitssystem der VR China gegenwärtig zwischen den Rahmenbedingungen eines autoritären aber gleichzeitig sehr dezentral aufgebrochenem Politiksystems, einer Marktwirtschaft, die von einem sog. Kaderkapitalismus, d.h. einem korrupten Schattenwirtschaftssystem dominiert wird und ein nach wie vor stark auf die Familie konzentriertes Gesellschaftssystem bewegt. Gleichzeitig sind diese Strukturen brüchig und der nach wie vor andauernde Transformationsprozess führt zu einer hohen Wandlungsdynamik.

Die Gesundheitspolitik kennzeichnet sich in diesem Umfeld bis Mitte der 1990er-Jahre durch ein Laissez-faire gegenüber allen nicht privilegierten Gesellschaftsgruppen. Seit Beginn der 1990er-Jahre wurden dann mehrere experimentelle Reformprojekte gestartet. Sie folgten der politischen Strategie „Take a step, then take a look“. Ein grundsätzliches Desinteresse gegenüber nicht den Machterhalt der

Partei sichernden Bevölkerungsgruppen ist aber geblieben

Die jüngsten Reformmaßnahmen, die das Gesundheitswesen zurzeit neu ausrichten, fanden für die Städte um das Jahr 2000/2001 statt. Es wurde durch Zusammenlegung der bisherigen beiden staatlichen Versicherungssysteme eine neue Basis-Krankenversicherung (BHIS) für die städtische Bevölkerung (Statuszuteilung nach dem Einwohnermeldesystem) aufgebaut. Auf dem Land starteten die jüngsten Reformbemühungen dagegen ein paar Jahre später in den Jahren 2003/4/5. Es wird ebenfalls versucht, einen Grundversicherungsschutz (NCMS) für die Bauern aufzubauen. Beide Systeme arbeiten allerdings nach zwei völlig verschiedenen Finanzierungsmechanismen. In den Städten ist die neue Versicherung eine Kombination aus lohnbezogenem Umlageverfahren und individuellem Sparen, auf dem Land eine Teilversicherung basierend auf Kopfpauschalen.

Die Gesamtbilanz für das chinesische Gesundheitswesen ist durch erhebliche Ambivalenzen gekennzeichnet: Professionalisierung und Modernisierung stehen gewaltigen Kostensteigerungen, Korruption, bedenklichen Qualitätsdefiziten und einem fehlenden institutionellen Versicherungsschutz für die weitüberwiegende Mehrheit der Bevölkerung gegenüber. Denn trotz der jüngsten Reformbemühungen sind knapp 80 % der Chinesen immer noch ohne irgendeinen Krankenversicherungsschutz.

Welche Schlussfolgerungen lassen die gesundheitspolitischen Erfahrungen Chinas während einer Transformationssituation und vorher, während eines kommunistischen Regimes, zu? Welche Erkenntnisse können andere Länder aus dem bisherigen Reformverlauf gewinnen und wie kann er begründet werden?

Eine Erkenntnis, die die Studie beispielsweise mit Blick auf die zunehmende Diskussion um eine stärkere „Staatsmedizin“ und einer zentral geplanten Gesundheitsversorgung ableitet, ist, dass eine planwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen keine Egalität sichert, sondern vielmehr den Anpassungsdruck für zukünftige Generationen erhöht. Selbst die gegenwärtige Generation ist oftmals durch die Protegierung politischer Kasten, eingeschränkter Freiheitsrechten und einem dichotomen Versorgungsniveau einer stärkeren Klassen-

medizin ausgesetzt als dies in geregelten sozial-marktwirtschaftlichen Systemen der Fall ist. Das maoistische China gilt so auch – trotz aller zweifelsohne errungenen medizinischen Erfolge – weniger als ein Land mit einer sozialen Vision als eher eines der sozialen Kontrolle.

Weitere Einzelheiten zu diesem Punkt und den Ergebnissen der Studie insgesamt können abgerufen werden unter: [http://www.wip-pkv.de/uploads/tx\\_npresscenter/china.pdf](http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_npresscenter/china.pdf)

## Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

### PKV

***Krankenversicherungswettbewerb und Prämienregulierung, von Mathias Kifmann, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2008, Nr. 97, S 1-12***

---

Der Autor kritisiert die derzeitigen Krankenversicherungsmärkte aus GKV und PKV. In beiden Systemen gibt es unterschiedliche Formen der Prämienregulierung. Die GKV abstrahiert mit ihrer einkommensabhängigen Beitragsberechnung vollständig vom Risiko der Versicherten. Die Prämien der PKV berücksichtigen zwar das Risiko bei Versicherungsbeginn, Änderungen im individuellen Gesundheitsrisiko fließen aber nicht in laufende Verträge ein. Die Nicht-Mitnahme von Alterungsrückstellungen zu einem anderen Unternehmen ist zwar eine Versicherung gegen eine Änderung des Gesundheitsrisikos, sie erschwert aber den Wechsel der Versicherten zwischen den Versicherern. Diese Prämienregulierung führt aus Sicht des Autors vor allem zu einer Wettbewerbseinschränkung und damit auch zu einem Effizienzverlust. Dem Autor geht es dabei nicht nur um den Vergleich der Regulierungsregelungen in der PKV und GKV, sondern vor allem ist ihm an einem System mit mehr Wettbewerb gelegen. Dies lässt sich aus seiner Sicht am besten erreichen, indem auf die Prämienregulierung verzichtet wird. Da dies für den Einzelnen – je nach Gesundheitszustand – mit sehr hohen Prämien verbunden sein kann, soll es zum Ausgleich für die Versicherten staatliche Transfers geben, die sich am individuellen Risiko orientieren.

**WIP-Kommentar:** Es ist gut, wenn Ökonomen sich mit der Frage beschäftigen, wie viel Regulierung in einem Markt sein sollte. Nicht von ungefähr ist das marktwirtschaftliche Ideal durch eine größtmögliche Liberalisierung gekennzeichnet, indem am besten lediglich Kartelle und weitere Wettbewerbsbeschränkungen untersagt werden. Aber die Frage zu stellen, heißt nicht immer, auch eine positive Antwort finden zu können. Der Verzicht auf die vom Autor genannte Prämienregulierung fordert z. B. dann auch die Aufgabe jeglicher Kalkulationsvorschriften. Wenn z. B. allein der Wettbewerb die Höhe der Prämien bestimmen würde und es keine verbindlichen Kalkulationsregeln für alle gäbe, dann würde der Versicherte allein die Folgen einer nicht risikogerechten Beitragsberechnung tragen müssen. Oder noch deutlicher: Nicht mehr die Versicherung würde das Risiko einer falschen Kalkulation übernehmen, sondern der Versicherte müsste dies selber tragen. Mit dem eigentlichen Versicherungsprinzip wäre das kaum vereinbar. Wenn der Staat – wie im aufgezeigten Modell – schlechten Risiken Transfergelder zur Verfügung stellt, würde sogar ein schrittweiser Übergang der Gesundheitskosten auf den Staat erfolgen. Irgendwann endet dieses Modell dann in einem letztlich staatlich finanzierten Gesundheitssystem. Der Autor bleibt die Antwort schuldig, inwieweit eine solche Lösung ein effizienteres Gesundheitswesen hervorbringen soll. Schließlich bliebe sein viel beschworener Wettbewerb in einem solchen System auf der Strecke.

***Unter Standard Studie: Private Krankenkassen sind bei etlichen Leistungen nicht besser als die gesetzlichen von Daniel Baumann, Berliner Zeitung, 27.12.2008***

---

Für diese Studie wurden die 150 meistverkauften Krankenversicherungstarife von 34 PKV-Unternehmen ausgewertet. Hierbei zeigte sich nach Angaben des Autors, dass viele Tarife unter dem Standard der GKV verbleiben. So verlangt ein Drittel der Tarife, dass der Versicherte im Krankheitsfall erst seinen Hausarzt aufsucht. Besonders kritisch wird der Leistungskatalog bei Heil- und Hilfsmitteln bewertet. Nur in 20 Tarifen ist der Hilfsmittelkatalog offen, d. h. Innovationen werden aufgenommen. Bei der Mehrzahl (130) sind die Leistungen abschließend definiert. Der Autor weist zudem darauf hin, dass nur 25 Tarife einen zeitlich unbegrenzten weltweiten Schutz ohne Einschränkung bieten. Nach Aussage des Verfassers würden nur 10 % der Tarife einen umfassenden Schutz bieten. Die allgemeinen Werbeaussagen der PKV würden sich in den meisten Tarifen nicht widerspiegeln.

**WIP-Kommentar:** In der Studie werden keinerlei Angaben darüber gemacht, wie häufig die einzelnen Tarife gewählt werden. Die Aussage, dass ein Drittel der Tarife eine Hausarztinanspruchnahme verlangt, sagt letztendlich nur wenig aus, da nicht bekannt ist, wie viele Versicherte dahinter stehen. Außerdem wird bei der Bewertung der Ergebnisse völlig übersehen, dass die Tarifvielfalt gerade eine Stärke der PKV ist, mit der sie sich von der Einheitsmedizin der GKV abhebt. Diese Tarifvielfalt erlaubt es den Versicherten, sich einen Versicherungsschutz entsprechend ihren Präferenzen zusammenzustellen. Dass hierbei auch preisgünstige Tarife angeboten werden, die bestimmte Leistungen einschränken, ist kein Mangel. Welche Absicht der Autor mit der Studie verfolgt, wird zudem im letzten Abschnitt seines Artikels klar. Hier gibt er dem Leser den Rat, beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung einen Spezialisten aufzusuchen, der die Einzelheiten der verschiedenen Verträge kennt. Dieser Tipp verwundert nicht, wurde doch die zugrundeliegende Analyse von Premium Circle vorgenommen. Premium Circle ist laut ihrer Internetseite die Interessengemeinschaft qualitätsorientierter Versicherungsmakler.

## **Stationäre Versorgung**

***Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen von Max Geraedts, Werner de Cruppé, Karl Blum, Christian Ohmann, Deutsches Ärzteblatt, Heft 51-52, 22.12.08***

---

Der Artikel gibt die Ergebnisse der Evaluation der seit 2004 in Deutschland geltenden Mindestmengen für fünf operative Eingriffe wieder. Dazu wurden neben einer Befragung Sekundärdaten zum Beispiel aus dem Qualitätsberichten der Krankenhäuser ausgewertet. Als Kriterien wurden hierbei sowohl die Qualitätssicherung als auch die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung herangezogen. Eine generelle Aussage zur Sinnhaftigkeit einer Mindestmengenregelung erbrachte die Evaluation nicht. Bei Transplantationen (Nieren-, Leber-, Stammzellentransplantationen) empfehlen die Autoren die Regulierung durch Mindestmengen nicht weiter zu verfolgen, da dieser Bereich bereits durch andere Verfahren qualitätsgesichert wird. Bei Ösophagus- und Pankreaseingriffen wird eine Verringerung der Mindestmengen empfohlen, da sonst die Erreichbarkeit für viele Patienten eingeschränkt wird. Auch mit geringeren Mengen könnte die „Gelegenheits-Chirurgie“ ausreichend verhindert werden. Bei Kniegelenk-Totalendoprothesen wird die derzeitige Mindestmenge als akzeptabel bewertet. Nach Aussage der Autoren sollte der Gemeinsame Bundesausschuss aufgrund unzureichend vorliegender Indikatoren und damit nicht hinreichend vorliegenden Informationen über die optimale Mindestmenge bei einzelnen Eingriffen vorerst auf eine weitere Festlegung von Mindestmengen verzichten.

# Pflegeversicherung

***Reform der Pflegeversicherung – Zurück auf Los* von Guido Raddatz, in: *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, Nr. 105, November 2008, Stiftung Marktwirtschaft**

---

In der Arbeit werden zunächst die Entwicklung und Probleme im Umlageverfahren der Sozialen Pflegeversicherung aufgezeigt. Es wird der Kostendruck auf die Finanzierung durch die Demografische Entwicklung und den arbeitsintensiven Pflegebereich sowie die Verlagerung der Pflege aus dem familiären Bereich in den gewerblichen dargestellt.

Die im Umlageverfahren organisierte Finanzierung wirke zudem beschäftigungsfeindlich und erzeuge fragwürdige Verteilungswirkungen.

Als Lösung dieser Probleme wird der Umstieg auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung entsprechend des Vorschlags des Kronberger Kreises von 2005 propagiert.

# Gesundheitswesen

***Effizienzreserven im Gesundheitswesen* von Boris Augurzky, Harald Tauchmann, Andreas Werblow und Stefan Felder, in: *RWI: Materialien Heft 49*, Essen**

---

Die Studie quantifiziert ein Einsparpotential von maximal 9,75 Mrd. € in der GKV für das Jahr 2007, das durch die Erschließung von Effizienzreserven zu heben sein soll. Berechnet wurde die Größe durch einen Vergleich der Preise und Mengen von Gesundheitsleistungen in den einzelnen Bundesländern. Dabei wurden die Bereiche Krankenhaus, ambulante Leistungen und Arzneimittel betrachtet. Morbiditätsunterschiede fanden nur durch Standardisierung der Inanspruchnahme mit Hilfe der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur in den Bundesländern Berücksichtigung. Das genannte Einsparpotential ergibt sich, wenn die Werte des jeweils günstigsten Bundeslandes für die gesamte Bundesrepublik angesetzt werden. In einem vorsichtigeren Szenario sollen nur die Werte der Bundesländer, die über dem Durchschnitt liegen, auf diesen abgesenkt werden.

Das so ermittelte Einsparpotential soll wiederum durch mehr Wettbewerb erreicht werden. Wenn es gelänge, die fast 10 Mrd. € einzusparen, könnte der Beitragssatz um fast einen Prozentpunkt sinken, schlussfolgern die Autoren.

**WIP- Kommentar:** Die sicherlich im GKV-System vorhandenen Effizienzreserven werden hier allein durch die Tatsache begründet, dass es Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. Der für eine Effizienzbetrachtung wichtige Output, den es mit möglichst geringem Einsatz von Mitteln zu erzielen gilt, wird nicht berücksichtigt. Outputgrößen wie z. B. Genesungsraten, Gesundheitszustand oder Mortalität müssten den Aufwendungen gegenübergestellt werden, sonst wäre die „effizienteste“ Lösung: keine Gesundheitsausgaben, aber auch keine Heilung, Linderung oder Prävention.

## Kurz notiert vom Arzneimittelmarkt

### Verwirrung um Olanzapin – jetzt doch bis 2011 mit Patentschutz

Das Neuroleptikum Olanzapin wurde im Jahr 1996 unter dem Handelsnamen Zyprexa von der Pharmafirma Eli Lilly auf dem deutschen Markt eingeführt. Zugelassen ist es zur Behandlung von manischen Episoden und von Schizophrenie. Dass dies hierzulande keine seltenen Leiden sind, sieht man daran, dass Zyprexa mittlerweile eines der umsatzstärksten Medikamente – besonders in der GKV - geworden ist. Dort lag es im Jahr 2007 in der Umsatzrangliste auf Platz drei (nach Daten des Arzneiverordnungsreports). In der PKV platziert es sich, nach Berechnungen des WIP, dagegen nur auf Rang 59. Im Juni 2007 bestimmte das Bundespatentgericht den sofortigen Ablauf des Patentschutzes von Olanzapin. Nach Auffassung des Gerichtes fehlte diesem Wirkstoff die erforderliche Neuheit, um als Patent anerkannt zu werden. Eine Reihe von Nachahmerpräparaten (Generika) betrat daraufhin den Markt. Insbesondere Kassenpatienten wurden sukzessive auf die bis zu zwei Drittel preisgünstigeren Präparate umgestellt. Der Pressemitteilung von ProGenerika zufolge, liegt die Generikaquote von Olanzapin in der GKV aktuell bei 56 %. Jetzt folgt die Rolle rückwärts. Zum Dezember 2008 hob der Bundesgerichtshof das Urteil des Bundespatentgerichtes wieder auf und erklärte die Gültigkeit des Patentschutzes für Olanzapin bis zum Jahr 2011. Damit müssen alle Patienten, die auf Generika umgestellt wurden, nun wieder auf das Original eingestellt werden. Für Privatversicherte hat dieses Verwirrspiel kaum Folgen. Nach der Auswertung des WIP lag die Generikaquote von Olanzapin bei weniger als 1 %.

### IMPRESSUM

*Herausgeber:*  
WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV)  
des Verbands der privaten  
Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 40  
50968 Köln

*Telefon:* 0221-9987-1652  
*Telefax:* 0221-9987-3962  
*Internet:* <http://www.wip-pkv.de>  
*E-Mail:* [wip@pkv.de](mailto:wip@pkv.de)

*V.i.S.d.P.* Christian Weber  
*Redaktion:* Dr. Frank Wild

Abonnieren Sie WIP-Information unter <http://www.wip-pkv.de/wip-information/abonnieren.html>

[www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)