

Jan-Marc Hodek

Kundenbindung und Wechselverhalten in der privaten Krankenversicherung



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Kundenbindung und Wechselverhalten in der privaten Krankenversicherung

von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften

der Universität Bielefeld

zur Erlangung des Grades Doctor of Public Health (DrPH)

genehmigte Dissertation
von

Dipl.-Ök. Jan-Marc Hodek
geboren am 01. November 1979 in Hameln

2010

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2010

Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 2010

978-3-86955-405-1

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2010

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2010

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86955-405-1

Geleitwort

Die wettbewerbliche Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems ist seit Jahren sowohl in der gesundheitspolitischen wie in der gesundheitsökonomischen Debatte von großer Bedeutung. Die Grenzen wettbewerblicher Ordnung und Handelns im Gesundheitswesen werden dabei häufig lediglich theoretisch oder (abseits der wissenschaftlichen Diskussion) stark ideologisch diskutiert, was einer optimalen Entscheidung über Handlungsoptionen im Hinblick auf Chancen und Risiken der jeweiligen Reformalternativen nicht zuträglich ist. Die Dissertation von Herrn Hodek leistet dagegen für ein sehr spezielles Wettbewerbssegment einen erheblichen Beitrag zur Aufarbeitung der theoretischen Grundlagen der Thematik, verbunden mit einer empirischen Überprüfung der aus dieser theoretischen Basis abgeleiteten Hypothesen. Die Arbeit ist damit formal wie inhaltlich beispielhaft für gesundheitsökonomische Forschung, die interdisziplinäre Zusammenhänge schafft und die Erkenntnisse sowohl aus theoretischer wie empirischer Sichtweise schöpft.

Die Arbeit beschäftigt sich im Wesentlichen mit den Grundlagen der Wechselbereitschaft und den Gründen für tatsächliche Wechsel im Bereich der privaten Krankenversicherung. Dieses Thema ist bisher in der Literatur nur sehr unzureichend bearbeitet worden, da im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses meist die weit größere gesetzliche Krankenversicherung und ihre in den 90er Jahren geschaffenen Wechselmöglichkeiten standen. Hodeks Arbeit stellt zunächst einmal fest, dass innerhalb bestimmter Grenzen auch im Bereich der PKV eine Wechselmöglichkeit innerhalb der Tarife, innerhalb des PKV-Systems und auch zwischen GKV- und PKV-System besteht. Ohne die Möglichkeit, Verträge auch wieder zu beenden, ist Wettbewerb in keinem Markt letztlich denkbar. Insofern dient es der Versachlichung der Diskussion um die Zukunft der PKV, den rechtlichen Möglichkeiten für Wechselentscheidungen sowie der Motivation der Versicherungskunden auf den Grund zu gehen.

Insgesamt handelt es sich um eine hervorragende Arbeit, die den bisherigen wissenschaftlichen Kenntnisstand auf diesem Gebiet umfassend wiedergibt und um eine eigene empirische Untersuchung ergänzt. Es ist der kooperierenden privaten Krankenversicherung für die Bereitstellung der verwendeten Daten zu danken, die der Prüfungskommission selbstverständlich ordnungsgemäß vorlagen. Eine Verwendung war allerdings im Rahmen der Dissertation nur anonymisiert unter Zusicherung von Vertraulichkeit möglich. Die Arbeit zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass sie die teilweise sehr speziellen Erkenntnisse in einen breiteren wirtschaftspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Zusammenhang stellt und daraus abgeleitet auch konkrete Empfehlungen an die Entscheidungsträger in den Versicherungen und der Gesundheitspolitik nicht scheut. Es ist anzunehmen, dass die Arbeit die Diskussion zum Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung sehr bereichern wird.

Danksagung

Diese Arbeit ist das Ergebnis vielfältiger Unterstützung, für die ich mich herzlich bedanken möchte. Die Dissertation entstand während meiner Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld. Größter Dank gebührt deshalb meinem akademischen Lehrer Herrn Prof. Dr. Wolfgang Greiner für die Betreuung dieser Arbeit und vor allem für die vertrauensvolle Zusammenarbeit in über fünf Jahren. Viel Freiraum für eigene Ideen, eine immer offene Tür, wertvolle Hinweise und konstruktive Kritik waren die wesentlichen Bausteine für das inhaltliche Gelingen dieser Dissertation und auch der zahlreichen anderen Tätigkeiten am Lehrstuhl.

Für die Übernahme des Zweitgutachtens danke ich Herrn Prof. Dr. Bernhard Badura. Mein Dank gilt weiterhin Dr. Sigrid Matzick als Verantwortliche des Promotionsstudiengangs und mündliche Prüferin im Rahmen der Disputation. Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg danken, dass er mich inhaltlich und organisatorisch im zugrundeliegenden Forschungsprojekt unterstützt hat und damit die Kooperation mit dem beteiligten Versicherer erst möglich machte. Für das Zustandekommen dieses Forschungsvorhabens möchte ich mich zudem bei allen weiteren Projektverantwortlichen und vor allem beim kooperierenden Versicherungsunternehmen bedanken.

Danken möchte ich außerdem für die zahllosen wertvollen Diskussionen und die hervorragende Zusammenarbeit mit den vielen Kollegen und Freunden am Lehrstuhl. Hervorzuheben sind dabei Andrej Rasch, Helge Schumacher und Douglas Foerster, mit denen ich die gemeinsame Promotionszeit sehr genossen habe. Darüber hinaus danke ich Ann-Kristin Ruhe für das äußerst sorgfältige Korrekturlesen der damals fast fertigen Arbeit.

Ganz besonderer Dank gebührt meinen Eltern für Rückhalt, Unterstützung und auch die finanziellen Möglichkeiten während meines Studiums. Schließlich danke ich Lene Friedrich-Gärtner für ihre Geduld, Rücksicht und Unterstützung während der nicht immer leichten Zeit der Erstellung einer solchen Arbeit. Ihr widme ich diese Arbeit.

Bielefeld, im Juli 2010

Jan-Marc Hodek

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einführung	- 1 -
1.1 Hintergrund	- 1 -
1.2 Ziele und Forschungsfragen.....	- 3 -
1.3 Gang der Untersuchung	- 5 -
2 Der Aufbau des deutschen Krankenversicherungssystems mit Fokus auf den gesetzlichen Wechselrechten	- 8 -
2.1 Systemvergleich GKV versus PKV	- 8 -
2.2 Rechtliche Grundlagen der Wechseloptionen im Krankenversicherungsbereich ..	- 13 -
2.2.1 Wechselrecht GKV – GKV und GKV – PKV	- 13 -
2.2.2 Wechselrecht PKV – GKV.....	- 15 -
2.2.3 Wechselrecht PKV – PKV	- 17 -
3 Forschungsstand zu Kundenbindung und Wechselverhalten in der Krankenversicherung.....	- 23 -
3.1 Forschungsstand zu Wechselvorgängen im Krankenversicherungsbereich	- 23 -
3.1.1 Wechsel in der privaten Krankenversicherung	- 23 -
3.1.2 Wechsel zwischen den Systemen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung	- 29 -
3.1.3 Wechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung	- 35 -
3.2 Wechselverhalten im internationalen Vergleich sowie in anderen Versorgungsbeziehungen	- 47 -
4 Theoretische Grundlagen zur Beschreibung und Bewertung der Determinanten von Wechselverhalten und Kundenbindung.....	- 53 -
4.1 Zum Begriff der Kundenbindung: Begriffsabgrenzung	- 53 -
4.2 Verhaltenswissenschaftliche Theorien – Psychologische und sozialpsychologische Ansätze.....	- 59 -
4.2.1 Lerntheorien.....	- 59 -
4.2.2 Theorie der kognitiven Dissonanz	- 60 -
4.2.3 Theorie des wahrgenommenen Risikos	- 62 -
4.2.4 Einstellungstheorie.....	- 63 -
4.2.4.1 Kognitive, affektive und konative Komponenten der Einstellung	- 63 -
4.2.4.2 Theorie des überlegten Handelns.....	- 64 -
4.2.4.3 Theorie des geplanten Verhaltens.....	- 66 -
4.3 Ökonomische Theorien	- 67 -
4.3.1 Versicherungstheoretische Grundlagen	- 68 -

4.3.1.1 Allgemeine Überlegungen zu Nachfrage und Angebot von (privatem Kranken-) Versicherungsschutz.....	- 68 -
4.3.1.2 Optimale Nachfrage nach Versicherungsdeckung.....	- 70 -
4.3.1.3 Kritik an mikro- bzw. versicherungsökonomischen Analysen zur Nachfrage nach Versicherungsschutz.....	- 76 -
4.3.2 Erweiterte Ansätze der ökonomischen Theorie zur Erklärung langfristiger Beziehungen.....	- 79 -
4.3.2.1 Mikroökonomische Theorie nach Hirschman.....	- 79 -
4.3.2.2 Ansätze der Neuen Institutionenökonomik.....	- 82 -
4.3.2.2.1 Qualitätsunsicherheitsansatz.....	- 83 -
4.3.2.2.2 Transaktionskostentheorie.....	- 86 -
4.4 Kombination der sozialpsychologischen Interaktionstheorie mit dem Wechselkostenansatz zu einer sozialen Beziehungslehre.....	- 89 -
4.5 Ökonomische Beurteilung der Wettbewerbsintensität auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt.....	- 105 -
4.6 Zwischenfazit zu den theoretischen Überlegungen.....	- 117 -
5 Untersuchung des Wechselverhaltens von privat Krankenversicherten.....	- 121 -
5.1 Methodisches Vorgehen.....	- 121 -
5.1.1 Beschreibung der Kohorte.....	- 121 -
5.1.2 Repräsentativität der Kohorte.....	- 128 -
5.1.3 Statistische Analysen.....	- 131 -
5.2 Wechselverhalten der externen und internen Wechsler.....	- 137 -
5.2.1 Größenordnung externer und interner Wechsel.....	- 137 -
5.2.2 Sozioökonomischer Vergleich der verschiedenen Wechslerkohorten.....	- 138 -
5.2.3 Wahl vertraglicher Ausgestaltungen, Prämienzahlungen und Versicherungsleistungen der verschiedenen Wechslergruppen.....	- 146 -
5.2.4 Analyse von Wechselgründen, Zufriedenheitskomponenten, Wechselintentionen, Flexibilitätsansprüchen und Informiertheit.....	- 159 -
5.2.5 Zwischenfazit zum Bereich Größenordnungen, soziodemographische Profile, Wechselmotive, Wechselwille und Einstellungen.....	- 175 -
5.3 Multivariate Regressionsanalysen zur Identifikation signifikanter Einflussfaktoren auf Kundenbindung und Wechselverhalten.....	- 181 -
5.3.1 Ergebnisse der vorgeschalteten Faktorenanalyse.....	- 181 -
5.3.2 Ergebnisse der Regressionsanalysen.....	- 183 -
5.3.2.1 Bestandskunde vs. Tarifwechsler.....	- 183 -
5.3.2.2 Bestandskunde vs. externer Wechsler.....	- 189 -
5.3.2.3 Tarifwechsler vs. externer Wechsler.....	- 193 -
5.3.2.4 Wechselwille nicht vorhanden vs. Wechselwille vorhanden.....	- 196 -
5.3.2.5 Stornierer GKV vs. Stornierer PKV.....	- 202 -
5.3.2.6 Neukunde GKV vs. Neukunde PKV.....	- 206 -

6 Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	- 210 -
6.1 Beantwortung der Forschungsfragen	- 210 -
6.2 Limitationen der Untersuchung	- 241 -
6.3 Implikationen.....	- 248 -
6.3.1 Betriebswirtschaftliche Implikationen.....	- 248 -
6.3.2 Wettbewerbspolitische und gesundheitswissenschaftliche Implikationen	- 253 -
7 Schlussbetrachtung	- 262 -
Literaturverzeichnis	X
Anhang	XXII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gang der Untersuchung.....	- 7 -
Abbildung 2: Vergleich der Entwicklung von Pro-Kopf-Ausgaben für bestimmte Versicherungsleistungen zwischen PKV und GKV von 1998 bis 2008.....	- 12 -
Abbildung 3: Branchendurchschnittliche Stornowahrscheinlichkeit in der PKV differenziert nach Alter, Geschlecht und Versichertenstatus für das Jahr 2007 (in %)......	- 24 -
Abbildung 4: Zielgruppen des Wettbewerbs auf dem PKV-Markt.....	- 25 -
Abbildung 5: Vereinbarte Selbstbeteiligungen in der PKV (Personen ohne Beihilfeanspruch) nach Altersgruppen (im Jahr 2001, in Euro, auf Basis von SOEP-Daten)	- 28 -
Abbildung 6: Wanderungsbewegungen zwischen PKV und GKV in den Jahren 1985 bis 2008	- 30 -
Abbildung 7: Durchschnittlicher Beitrags-Leistungs-Saldo eines Wechslers zwischen PKV und GKV nach Altersgruppen der Beitragszahler (im Zeitraum 2000-2004, in Euro, jährliche Werte)	- 34 -
Abbildung 8: Verteilung ausgewählter Wechselmotive der GKV-Wechselinteressierten (in %)	- 35 -
Abbildung 9: Anteil der Kassenwechsler an allen Versicherten (ohne Familienversicherte, in %, auf Basis von SOEP-Daten)	- 36 -
Abbildung 10: Anteil der Wechsler und Nichtwechsler in verschiedenen Bruttoeinkommengruppen (seit 1996).....	- 41 -
Abbildung 11: Verteilung der Wechselinteressierten nach Höhe des Krankenkassenbeitrags (in %).....	- 42 -
Abbildung 12: Konstrukt der (nachfrageseitigen) Kundenbindung.....	- 55 -
Abbildung 13: Komponentenmodell der Einstellung	- 64 -
Abbildung 14: Theorie des überlegten Handelns – Erweitertes Fishbein-Modell	- 65 -
Abbildung 15: Theorie des geplanten Verhaltens.....	- 67 -
Abbildung 16: Grundmodell der Versicherung.....	- 71 -
Abbildung 17: Einflussfaktoren der Entscheidung für Abwanderung oder Widerspruch im Falle von Unzufriedenheit des Nachfragers.....	- 81 -
Abbildung 18: Unvollständige Informationen und Möglichkeiten der Handhabung	- 85 -
Abbildung 19: Modell der sozialpsychologischen Interaktionstheorie	- 92 -
Abbildung 20: Soziale Austauschtheorie inkl. Unsicherheit und Wechselkosten	- 93 -
Abbildung 21: Kategorien der Wechselkosten	- 96 -
Abbildung 22: Doppelt geknickte Nachfragekurve aus Perspektive des Anbieters	- 106 -
Abbildung 23: Wirkungszusammenhänge von sozialer Differenzierung und Gesundheit ..	- 113 -
Abbildung 24: Durchschnittsalter und durchschnittliche Verweildauer im Vertragsverhältnis zum Versicherer (im Vergleich)	- 139 -
Abbildung 25: Familienstand (im Vergleich).....	- 142 -
Abbildung 26: Kinder unter 18 Jahren (im Vergleich).....	- 142 -

Abbildung 27: Durchschnittlicher jährlicher Selbstbehalt im aktuellen/letzten Tarif (im Vergleich)	- 149 -
Abbildung 28: Prämienzahlungen und Leistungsausgaben (im Vergleich)	- 151 -
Abbildung 29: Untergliederte Leistungsausgaben des Jahres 2004 (im Vergleich)	- 154 -
Abbildung 30: Differenz zwischen rabattierter Prämie und Leistungsausgaben für die Jahre 2003, 2004 und 2005 (im Vergleich)	- 154 -
Abbildung 31: Rabattierte Prämien und Leistungsausgaben der Neukunden aus 2004	- 157 -
Abbildung 32: Rabattierte Prämien und Leistungsausgaben der Stornierer aus 2005	- 157 -
Abbildung 33: Rabattierte Prämien und Leistungsausgaben der Tarifwechsler in 2004	- 158 -
Abbildung 34: „Was waren die Gründe bzw. Ereignisse, die zur Wahl eines neuen Krankenversicherungstarifs führten (als Sie zum aktuellen Versicherer gewechselt sind)?“; Mehrfachantwort möglich	- 160 -
Abbildung 35: „Was waren die Gründe für Ihr Verlassen des Versicherers?“; Mehrfachantwort möglich	- 162 -
Abbildung 36: Beweggründe für einen internen Tarifwechsel; Mehrfachantwort möglich ..	- 164 -
Abbildung 37: „Wie stehen Sie dem vorgenommenen Wechsel mittlerweile gegenüber?“ (im Vergleich)	- 167 -
Abbildung 38: Potenzielle Wechselbereitschaft bei Veränderung der persönlichen Lebenssituation (im Vergleich)	- 168 -
Abbildung 39: „Bereuen Sie den Schritt in die PKV?“ und „Würden Sie (ungeachtet der gesetzlichen Regelungen) gerne in die GKV (zurück-)wechseln?“; Anteil der Antworten „Ja“ (im Vergleich)	- 172 -
Abbildung 40: Gründe für Bereuen des Schrittes in die PKV; Mehrfachantwort möglich (nur Personen, die ein Bereuen einräumen)	- 173 -
Abbildung 41: Gründe für den Wunsch des Wechsels in die GKV; Mehrfachantwort möglich (nur Personen, die diesen Wunsch einräumen)	- 174 -
Abbildung 42: „Fühlen Sie sich ausreichend informiert über...?“ (in %)	- 175 -
Abbildung 43: Kognitiv-affektive, konative und aktionale Kundenloyalität in der PKV	- 221 -
Abbildung 44: Verlauf des Anteils interner und externer Wechsel über das Alter der Versicherten	- 224 -
Abbildung 45: Verlauf der vom Kunden gewählten jährlichen Selbstbeteiligung (in Euro) über die Altersklassen	- 237 -
Abbildung 46: Verlauf der durchschnittlichen Faktorwerte zu Unzufriedenheit und Wechselwillen über das Alter der Versicherten	- 239 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Systemunterschiede zwischen GKV und PKV	- 11 -
Tabelle 2: Überblick §§ 5 bis 10 SGB V.....	- 13 -
Tabelle 3: Anrechnung der Alterungsrückstellungen im Falle eines Wechsels.....	- 20 -
Tabelle 4: Aufteilung der stornierenden Vollversicherten (Nichtbeamte); auf Basis der Daten eines PKV-Unternehmens, in % des mittleren Bestands der jeweiligen Alterskohorte (im Jahr 2001)	- 27 -
Tabelle 5: Wanderungsbewegungen zwischen PKV und GKV.....	- 31 -
Tabelle 6: Sozioökonomische Profile – Vergleich zwischen Kassenwechslern und GKV-Versicherten insgesamt (auf Basis von SOEP-Daten)	- 38 -
Tabelle 7: Übersicht aller aufgestellten Hypothesen	- 120 -
Tabelle 8: Einbezogene Informationen des Grunddatensatzes	- 122 -
Tabelle 9: Inhaltsbereiche der drei verschiedenen Fragebogenversionen.....	- 125 -
Tabelle 10: Kreuztabelle 'Fragebogen-Version' und Antwort auf die Frage „Haben Sie in der Vergangenheit jemals Ihren Krankenversicherungstarif innerhalb des Versicherers gewechselt?“	- 127 -
Tabelle 11: Gruppeneinteilung für den Vergleich Bestandskunden vs. Tarifwechsler	- 128 -
Tabelle 12: Überprüfung der Repräsentativität des Grunddatensatzes und der Befragungsgruppe für die PKV	- 130 -
Tabelle 13: Prozentuale Verteilung der Altersklassen (im Vergleich)	- 139 -
Tabelle 14: Verweildauer im Vertragsverhältnis zum vorherigen Versicherer (laut Befragungsangaben; im Vergleich).....	- 140 -
Tabelle 15: Geschlecht (im Vergleich)	- 141 -
Tabelle 16: Berufskategorien (im Vergleich)	- 143 -
Tabelle 17: Höchster Bildungsabschluss (im Vergleich).....	- 143 -
Tabelle 18: Gesamtes Bruttoeinkommen im Jahr 2005 (im Vergleich).....	- 144 -
Tabelle 19: „Wie würden Sie Ihre persönliche derzeitige finanzielle Lage beschreiben?“ (im Vergleich)	- 145 -
Tabelle 20: „Wie hat sich Ihre persönliche finanzielle Situation im Vergleich zu vor fünf Jahren verändert?“ (im Vergleich)	- 145 -
Tabelle 21: „Wie würden Sie Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?“ (im Vergleich)	- 146 -
Tabelle 22: „Hat sich Ihr allgemeiner Gesundheitszustand seit Versicherungsbeginn/während der Vertragslaufzeit bei diesem Versicherer verändert?“ (im Vergleich).....	- 146 -
Tabelle 23: Aktueller bzw. letzter Tarif (im Vergleich)	- 147 -
Tabelle 24: Gesamtprämie, Rabatt und Leistungsausgaben (im Vergleich), in Euro.....	- 153 -
Tabelle 25: Deskriptive Statistik zur Häufigkeit interner Tarifwechsel.....	- 165 -

Tabelle 26: „Im Großen und Ganzen wie zufrieden sind Sie mit...“; Antworten „eher ja“ und „eindeutig ja“ zusammengefasst	- 167 -
Tabelle 27: „Entspricht Ihr derzeitiger Tarif vollständig Ihren persönlichen Wünschen?“ ...	- 168 -
Tabelle 28: „Planen Sie innerhalb der nächsten zwölf Monate einen Wechsel Ihres Krankenversicherungstarifs innerhalb der Tarifstruktur des bisherigen Anbieters oder zu einem anderen Unternehmen?“	- 169 -
Tabelle 29: Zusammengefasster Anteil der Antworten „eher ja/eher wichtig“ und „eindeutig ja/sehr wichtig“ zu verschiedenen Aspekten der Einstellung (im Vergleich)	- 170 -
Tabelle 30: Ergebnisse der Faktorenanalyse zur Ermittlung der Faktoren ‘Zufriedenheit’, ‘Informiertheit’ und ‘Wechselwille’	- 182 -
Tabelle 31: Ergebnisse des Logit-Modells: Bestandskunde (=0) vs. Tarifwechsler (=1), N = 1.553.....	- 184 -
Tabelle 32: Ergebnisse des erweiterten Logit-Modells: Bestandskunde (=0) vs. Tarifwechsler (=1), N = 1.527	- 188 -
Tabelle 33: Ergebnisse des Logit-Modells: Bestandskunde (=0) vs. externer Versicherungswechsler (=1), N = 819.....	- 190 -
Tabelle 34: Ergebnisse des Logit-Modells: interner Tarifwechsler (=0) vs. externer Versicherungswechsler (=1), N = 1.247	- 194 -
Tabelle 35: Ergebnisse des Logit-Modells: geringe Wechselintention (=0) vs. hohe Wechselintention (=1), N = 2.031.....	- 197 -
Tabelle 36: Ergebnisse des Logit-Modells: Stornierer GKV (=0) vs. Stornierer PKV (=1), N = 234.....	- 203 -
Tabelle 37: Ergebnisse des Logit-Modells: Neukunde GKV (=0) vs. Neukunde PKV (=1), N = 447.....	- 206 -
Tabelle 38: Ergebnisse der Regressionsmodelle: Adjustierte Effekte der verschiedenen Variablen im Vergleich untereinander und zu den Ergebnissen für die GKV.....	- 218 -

Abkürzungsverzeichnis

abzgl.	abzüglich
Az.	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BvR	Aktenzeichen einer Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CL	comparison level
CL _{ALT}	comparison level for alternatives
d.h.	das heißt
e.V.	eingetragener Verein
et al.	et alii
etc.	et cetera
EUR	Euro
evtl.	eventuell
f.	folgende
FB	Fragebogen
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
ggü.	gegenüber
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
inkl.	inklusive
JAEG	Jahresarbeitsentgeltgrenze
KaIV	Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung)
Kap.	Kapitel
Kfz	Kraftfahrzeug
lt.	laut
max.	maximal

Mio.	Million/-en
MW	Mittelwert
Nr.	Nummer
n.v.	nicht veröffentlicht
o.ä.	oder ähnliches
o.V.	ohne Verfasser
OFT	Office of Fair Trading
OR	Odds Ratio
p.a.	per anno
PKV	private Krankenversicherung
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
sig.	signifikant
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVR	Sachverständigenrat
u.a.	unter anderem
USA	United States of America (Vereinigte Staaten von Amerika)
v.a.	vor allem
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VDEW	Verband der Elektrizitätswirtschaft e.V.
vgl.	vergleiche
vs.	versus
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen
WK	Wechselkosten
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
z.B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Steigende Sozialabgaben, vereinheitlichte Leistungen und zunehmende Eigenbeteiligungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind Gründe, die weiterhin eine bedeutsame Anzahl von Versicherten über einen Wechsel in die private Absicherung der Krankheitskosten nachdenken lassen. Diese Möglichkeit besteht zumindest für alle Arbeitnehmer mit einem Bruttoarbeitsentgelt, welches oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt sowie für weitere Gruppen wie Selbständige, Freiberufler oder Beamte. Die Vollkostenversicherung ist dabei die Hauptversicherungsart der privaten Krankenversicherung (PKV). Ende des Jahres 2008 hatten insgesamt rund 8,64 Mio. Personen eine solche Krankheitsvollkostenversicherung abgeschlossen, dies entspricht 10,54% der deutschen Bevölkerung. Die Zahl der privat versicherten Personen ist damit auch im Jahr 2008 wieder netto gestiegen.¹

Die Intensität einer Kundenbindung ist – auch in der PKV – in der Regel von einer Vielzahl verschiedener Determinanten abhängig. Ein maßgeblicher Einflussfaktor auf die Bindung ist die Frage, ob und wie den Präferenzen eines Versicherten durch die Tarif- und Prämiengestaltung des Anbieters entsprochen wird. Wird den Wünschen des Kunden nicht (mehr) entsprochen bzw. werden einst unter Unsicherheit gebildete Erwartungen nicht erfüllt, so bestehen Anreize für den Versicherten, seinen Anbieter zu wechseln oder zumindest den Vertragsinhalt anzupassen.

Neben diesen Gründen für die Ver- bzw. Gebundenheit zu einem Anbieter existieren aber noch verschiedene weitere Einflussfaktoren auf diese Größe. Die im Bereich der privaten Krankenversicherung wirkenden Komponenten sollen Gegenstand dieser Untersuchung sein. Es besteht die Vermutung, dass Marktbesonderheiten (wie Informationsasymmetrien bzw. Markt-intransparenzen) sowie die politisch-rechtliche Rahmenumgebung (wie die mangelnde Portabilität von Alterungsrückstellungen) Wechselhemmnisse für die Versicherten errichten, die letztendlich zu einer mehr oder weniger erzwungenen Kundenbindung der Versicherten führen. Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers für diese besonderen Wechselhemmnisse innerhalb der PKV und zurück in die GKV liegt in der Verhinderung von Selektionseffekten begründet. Allerdings ist diese Regulierung (zusammen mit den weiteren Gegebenheiten des PKV-Marktes) jedoch auch mit negativen Anreizen verbunden, denen sowohl aus ökonomischer als auch aus Public-Health-Perspektive eine große Bedeutung zukommt.

Die Experten des Sachverständigenrates (SVR) zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und auch diejenigen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordern deshalb genau wie viele Vertreter aus Wissenschaft und Politik immer wieder die Stärkung von Markt- und Wettbewerbsprinzipien im deutschen Gesundheitswesen. In diesen Diskussionen wird überwiegend die Versichertenmobilität und die dieser

¹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2009b), S. 27.

zugrunde liegende freie Wahl des Krankenversicherers als Bedingung für eine wettbewerbliche Neuordnung des Gesundheitssystems angeführt. Intensiver, unverzerrter Wettbewerb ist demzufolge nur dann möglich, wenn die Versicherten zwischen Alternativen wählen und mit Abwanderung drohen können. Während dieses Wettbewerbsniveau für den Bereich der GKV selten bemängelt wird, fokussiert sich die Kritik mangelnder Wahlfreiheit und fehlenden Wettbewerbs häufig auf die PKV, die den marktwirtschaftlichen Prinzipien – zumindest vom Namen her – eigentlich näher stehen sollte.² Immer wieder finden sich Aussagen, denen zufolge in der PKV nahezu keine Versicherungswechsel stattfinden. Ein Anbieterwechsel sei für den Versicherten durch zunehmendes Alter, verschlechterte Gesundheit und längere Versicherungsdauer schon nach wenigen Jahren faktisch ausgeschlossen, sodass die Kunden mitunter lebenslang an ihren Versicherer gebunden seien. So heißt es in einem der jährlichen Sachverständigenurteilen, dass die Wettbewerbsintensität in der GKV weit höher sei als im privatwirtschaftlichen Versicherungssystem.³ Zudem laufe auch das Umtarifierungsrecht innerhalb der Tarifstruktur des eigenen Versicherers ins Leere, da Versicherer ihre Kunden nicht ausreichend über mögliche Optionen informieren.⁴ Erstaunlich ist dabei jedoch, dass immer wieder die schlechte Wettbewerbsintensität auf dem PKV-Markt als Begründung aller Bemühungen angeführt wird, obgleich sich bislang keine einzige empirische Analyse dieser Thematik angenommen hat. Genau dies sollte eigentlich der Schritt vor der Entwicklung möglicher Lösungsszenarien sein. Sicherlich soll im Rahmen dieser Arbeit nicht in Abrede gestellt werden, dass Fehlanreize aufgrund eines eingeschränkten Wettbewerbs im Bereich der PKV existieren. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass Pauschalaussagen für die gesamte PKV-Kundschaft ebenso fehl am Platze sind. Obgleich festzuhalten ist, dass die genannten Vermutungen wohl zumindest tendenziell in die richtige Richtung gehen, findet sich bislang keine Studie zum 'Ausmaß der Belastung' verschiedener Personengruppen.

Eines der Ziele dieser Arbeit ist deshalb die Klärung der Fragen, zu welchen Resultaten ein gegebenenfalls vorhandener Wettbewerb innerhalb der PKV bislang geführt hat, welche Freiheitsbeschränkungen für Versicherte der PKV tatsächlich existieren bzw. wie diese von den Kunden empfunden werden. Die Identifikation von besonders stark betroffenen Personen, aber auch von weniger belasteten Kunden, könnte dabei helfen, die Thematik etwas differenzierter zu betrachten und entsprechende, passgenaue Lösungsideen zu konzipieren.

Ob und wie stark derzeit Wettbewerb auf dem PKV-Markt existiert, soll im Rahmen dieser Untersuchung ermittelt werden. Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs, aktuelle Marktergebnisse und Zukunftsperspektiven stehen dabei zur Diskussion. Die dahinter liegenden theoretischen Überlegungen zu Abwägungsprozessen und gegebenenfalls vorliegenden Wechselhürden sind dabei keineswegs neu, sondern können aus anderen Wirtschaftsbereichen auf den Fall der PKV übertragen werden. Auch dies ist bislang nie geschehen und soll im Rahmen die-

² Vgl. SVR (2002), S. 288ff., Ziffern 527ff.; SVR-Gesundheit (2003), S. 53, Ziffer 109; SVR (2004), S. 394, Ziffer 504; Terhorst, E. (2000), S. 1.

³ Vgl. Bürger, M. (2005), S. 49f.; SVR (2002), S. 288, Ziffer 527; SVR-Gesundheit (2003), S. 53, Ziffer 109.

⁴ Vgl. Terhorst, E. (2000), S. 2f.; 112f.; Albrecht, M. et al. (2010), S. 42f.

ser Arbeit erfolgen. Ganz ausdrücklich nicht Gegenstand der Analysen ist dagegen eine detaillierte Bewertung der bislang existierenden zahllosen Reformvorschläge oder gar die Entwicklung eines weiteren Lösungsvorschlags zur Portierung der Alterungsrückstellungen. Vielmehr erfolgt auf Basis der theoretischen Überlegungen die Entwicklung grundsätzlicher Ansatzpunkte zur Stärkung von wettbewerblichen Prozessen (*nicht nur* bezogen auf finanzielle Aspekte). In anderen Wirtschaftsbereichen ist dies völlig üblich, in der PKV beschränken sich diesbezügliche Vorschläge hingegen nahezu ausschließlich auf die Alterungsrückstellungsproblematik, obgleich anderen Wechselhürden aus Kundensicht – wie Marktintransparenzen, Transaktionskosten, Unsicherheit oder emotionale Bindung zum Anbieter – ebenso diskutiert werden sollten. Selbstverständlich kann die große Relevanz finanzieller Wechselhemmnisse nicht negiert werden, doch vernachlässigt die schon langjährige Diskussion regelmäßig die Mehrdimensionalität der Probleme und entsprechender Lösungsmöglichkeiten.

Zusammenfassend ist zunächst festzuhalten, dass die Thematik der Kundenbindung bzw. des Wechselverhaltens in der privaten Krankenversicherung bislang sowohl theoretisch als auch empirisch nur unzureichend erforscht ist. Insbesondere eine detaillierte Analyse von Einflussfaktoren auf die Entscheidung eines Versicherten bzgl. eines Wechsels im Bereich der PKV gibt es derzeit nicht. Darüber hinaus existieren bislang ebenfalls keine Kenntnisse über die Gründe/Motive, Profile oder Größenordnungen von Wechslern. Die vorliegende Untersuchung soll sich deshalb ausführlich mit dem Wechselverhalten und den -gründen von Versicherten in der privaten Krankenvollversicherung beschäftigen. Wechsel innerhalb der Tarifstruktur eines Versicherers sind dabei genauso Teil der Analyse wie Wechsel zwischen den verschiedenen Anbietern der PKV und zwischen PKV und GKV.

1.2 Ziele und Forschungsfragen

Die Zielsetzung dieser Arbeit umfasst insgesamt vier Bereiche mit jeweils dazugehörigen Forschungsfragen. Größenordnungen, Einstellungen und Motive der Wechsler im PKV-Bereich stehen dabei genau wie die sozioökonomische Beschreibung dieser Personen im Mittelpunkt des Interesses. Zusätzlich soll versucht werden, die wesentlichen Determinanten der Kundenbindung in der PKV zu identifizieren. Folgende konkrete Forschungsfragen ergeben sich aus diesen Zielen:

- 1) Wie hoch ist in der PKV der Anteil von wechselwilligen Versicherten und denjenigen, die diesen Wechsel tatsächlich vollziehen?
- 2) Welche Motive führen zu dieser Wechselneigung?
- 3) Wie grenzen sich die verschiedenen Wechslergruppen untereinander und von Nichtwechslern hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Profile ab?
- 4) Was sind die Einflussfaktoren und Determinanten auf die Kundenbindung und das Wechselverhalten in der PKV (Anbieter- und Tarifwechsel)?

In diesem Zusammenhang existieren vier Wechselmöglichkeiten, die bei einer umfassenden Analyse berücksichtigt werden sollten:

- Wechsel zwischen den verschiedenen Unternehmen der PKV (externe Versicherungswechsel),
- Wechsel innerhalb der Tarifstruktur eines Anbieters (interne Tarifwechsel),
- Wechsel von PKV zu GKV sowie
- Wechsel von GKV zu PKV.

Die geplanten Analysen fußen in erster Line auf direkten Befragungen der Versicherten. Ergänzt werden diese Angaben durch Daten eines privaten Krankenversicherungsunternehmens. Dieser Datensatz enthält Informationen, die in diesem Detaillierungsgrad nicht beim Versicherten selbst hätten erfragt werden können (z.B. Angaben zu Prämienhöhe, Leistungsausgaben, Selbstbehalten, Versicherungsdauer).

Die ersten drei Forschungsfragen sollen ohne vorherige Formulierung konkreter Hypothesen weitgehend ergebnisoffen analysiert und schließlich beantwortet werden. Ein Grund hierfür ist, dass nur ein sehr begrenzter Forschungsstand zu Wechslerquoten, -motiven und -profilen in der PKV existiert. Zwar werden im Folgenden einige Analogien aus anderen Branchen oder aus dem recht umfassend erforschten GKV-Wechselverhalten gezogen, doch sollten an dieser Stelle die Besonderheiten der PKV berücksichtigt und unvoreingenommen neue Erkenntnisse generiert werden.

Die vierte Fragestellung bzw. die mögliche Beantwortung dieser basiert hingegen auf einer umfassenden verhaltenswissenschaftlichen und ökonomischen Theorie. Mithilfe dieser Ansätze sollen Kundenbindungsprozesse und Wechselverhalten auch theoretisch ausführlich analysiert werden. Letztendlich dient dies der Entwicklung eines Erklärungsmodells für das Verhalten der Versicherten in den langfristigen und dynamischen Geschäftsbeziehungen des privaten Krankenversicherungsmarktes. Die Determinanten für die Aufrechterhaltung oder einen eventuellen Abbruch der Beziehung stehen im Fokus dieses Teils der Untersuchung. Hieraus lassen sich Hypothesen zu Wechselverhalten und den dahinter liegenden Prozessen ableiten, welche anschließend einer empirischen Überprüfung unterzogen werden. Die Hypothesen teilen sich grob in diejenigen zum Thema Wechselhürden (unterteilt nach finanziellen, emotionalen und prozeduralen Wechselkosten) sowie diejenigen mit wettbewerbspolitischen bzw. gesundheitswissenschaftlichem Bezug.

Auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive können die Versicherungsanbieter aus den Ergebnissen Hinweise zur Verbesserung der Ausgestaltung von Kundenbeziehungen ableiten. Beispielsweise könnte die Ansprache bestimmter Kundengruppen (mittels eines absatzpolitischen Instrumentariums unter Berücksichtigung der spezifischen Wünsche) auf diese Weise verbessert werden. Zusätzlich ließen sich aus den erstellten sozioökonomischen Profilen der verschiedenen Wechslergruppen interessante Zielgruppen ableiten. Auf diese Weise wäre es

möglich, schon im Vorfeld wechselbereite und wechselresistente Gruppen voneinander abzugrenzen.

Außerdem bedarf es aus wettbewerbspolitischer Perspektive einer Diskussion über das Ausmaß der durch die gegenwärtigen Restriktionen ausgelösten Belastungen. Dabei soll unter anderem der Frage nachgegangen werden, ob die Bedingungen für einen effizienzsteigernden Wettbewerb in der PKV gegeben sind. Dies umfasst insbesondere die Beantwortung der Fragen, (1) ob die Versicherten hinreichend informiert sind bzw. ausreichend Markttransparenz vorhanden ist, (2) in welchem Ausmaß Wechselhürden und daraus entstehende Wechselkosten zu beobachten sind und (3) wie das aus diesen Faktoren resultierende Wechselverhalten für die Gesamtheit und einzelne Teilgruppen der Versicherten ausfällt. Indirekt ließe sich hieraus auch ableiten, an welchen Stellen Präferenzen der Versicherten nicht erfüllt werden (Bereiche und Ursachen von Unzufriedenheit). Eine Basisannahme dieser Arbeit besteht darin, dass die Stärkung der Wechselanreize sowie der Abbau von Wechselbarrieren ein Mehr an (Bestands-)Wettbewerb auslösen könnten und damit Fehlanreize des Systems reduziert sowie die Anbieter zu effizienterem und innovativerem Verhalten geleitet würden. Die Frage, welche Kunden faktisch in der Lage sind, ihren Versicherer zu verlassen, d.h. diesen für schlechte Leistungen oder überhöhte Preise zu sanktionieren, ist von großer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die Allokationseffizienz des Wettbewerbsmechanismus.⁵

1.3 Gang der Untersuchung

Im Anschluss an diese Einleitung erfolgt zunächst eine kurze Darstellung über den Aufbau des untersuchten deutschen Krankenversicherungsmarktes sowie über die rechtlichen Grundlagen bzw. Limitationen und Zwänge für wechselwillige Versicherte (Kapitel 2).

Im Anschluss daran wird im Rahmen einer Literaturanalyse der derzeitige Forschungsstand zum Wechsel des individuellen Krankenversicherungsschutzes detailliert erschlossen (Kapitel 3). Neben dem Wechselverhalten innerhalb des PKV-Systems sollen dabei auch Wechsel zwischen den Systemen und diejenigen in der GKV erfasst werden. Dies soll die Grundlage für die spätere Einordnung des Ausmaßes der Wechsel in der PKV sowie der dahinter stehenden Gründe und Determinanten bilden. Als weiterer Vergleichsmaßstab erfolgt ein kurzer Blick auf die Wechsel Freude in ausländischen Krankenversicherungssystemen sowie in anderen Märkten mit langfristigen Versorgungsbeziehungen.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen zur Abgrenzung der Begrifflichkeiten und zur Identifikation der Determinanten von Kundenbindung und Wechselverhalten allgemein und speziell in der PKV. Neben der grundlegenden versicherungsökonomischen Theorie werden dabei vor allem verhaltenswissenschaftliche Theorien aus der Marketingwissenschaft (auf Basis von Modellen der psychologischen Forschung) und erweiterte ökonomische Theorien zur Erklärung von Kundenbindung und Wechselvorhaben verwendet. Lerntheorien, Theorien der kognitiven Dissonanz, Theorien des wahrgenommenen Risikos, Einstel-

⁵ Vgl. SVR (2002), S. 290, Ziffer 530.

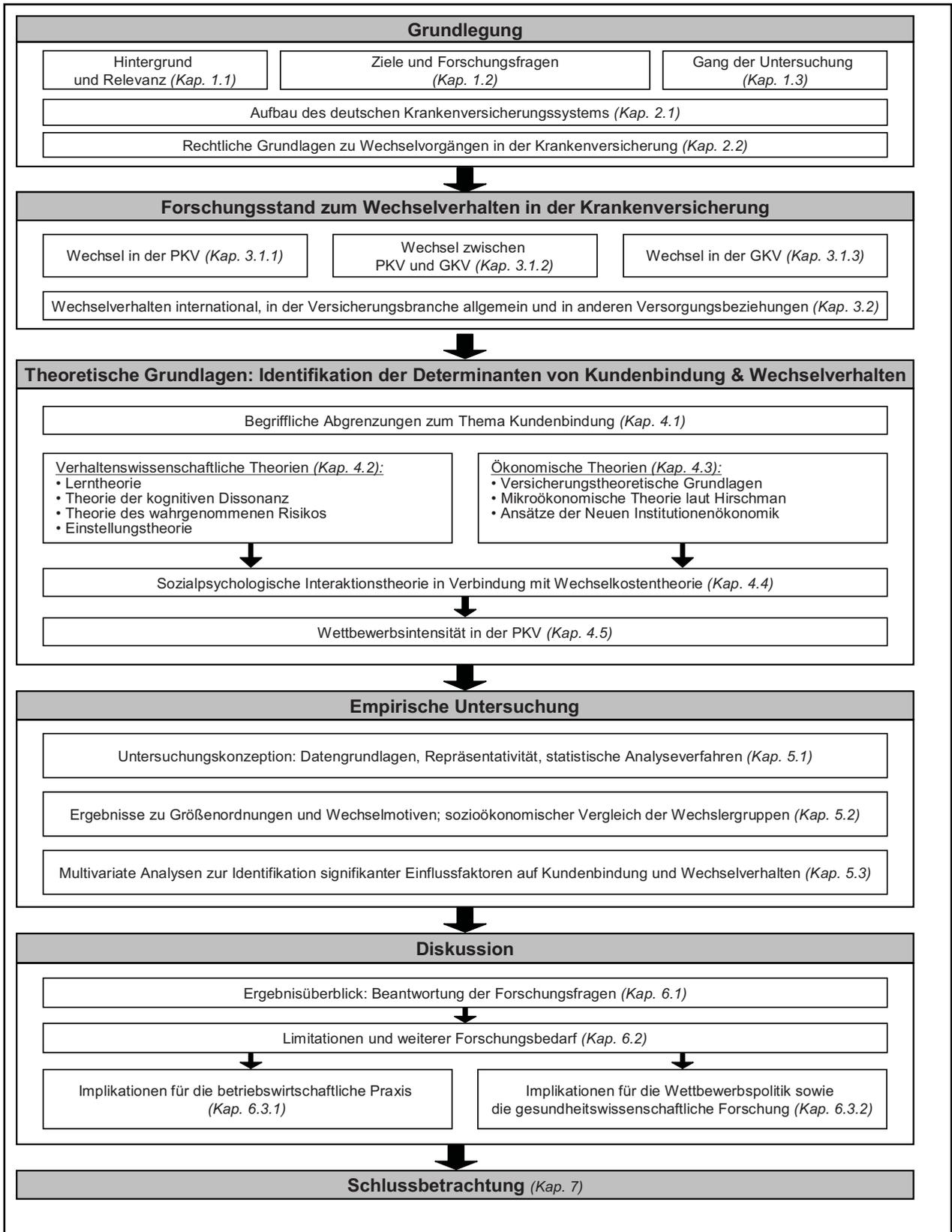
lungstheorien, die mikroökonomische Theorie nach Hirschman sowie Ansätze der Neuen Institutionenökonomik werden zu einem gemeinsamen Erklärungsmodell zusammengeführt. Dieses basiert grundlegend auf der sozialen Interaktionstheorie, die um einige Ideen der Wechselkostentheorie erweitert wird, um auf dieser Basis konkrete Hypothesen zu Beeinflussungsfaktoren eines Wechsels zu formulieren. Den Abschluss dieses zentralen theoretischen Kapitels bildet der Versuch einer (ökonomisch fundierten) Bewertung des aktuellen Wettbewerbsniveaus in der PKV inkl. der Formulierung weiterer Hypothesen zu diesem Bereich.

Im empirischen Teil der Arbeit (Kapitel 5) findet anschließend eine Überprüfung dieser Hypothesen mithilfe statistischer Analysen für den privaten Krankenversicherungsmarkt statt. Ziel ist, dabei festzustellen, ob die zuvor aufgestellten theoretischen Konstrukte empirisch bestätigt werden können. Die Grundlage dafür bildet ein Datensatz zu soziodemographischen, vertraglichen und Leistungsdaten einer Versichertenkohorte sowie eine Befragung einer hieraus gebildeten Stichprobe (mit über 3.000 Teilnehmern) eines deutschen PKV-Unternehmens. Größenordnungen, Motive und sozioökonomische Profile der Wechsler sowie die wesentlichen Determinanten von Kundenbindung und Wechselverhalten in der PKV sollen auf diese Weise offengelegt werden.

Die anschließende Diskussion im sechsten Kapitel dient der Beantwortung der aufgeworfenen Forschungsfragen und Hypothesen. Zudem sollen die Limitationen der empirischen Auswertungen und der weitere Forschungsbedarf in diesem Themenfeld aufgezeigt werden. Hierauf folgt ein zweigeteilter Abschnitt mit Schlussfolgerungen, welcher auf der einen Seite Implikationen für die betriebswirtschaftliche Praxis der Privatversicherer diskutiert und auf der anderen Seite den hierzu teilweise konträren wettbewerbspolitischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Blick auf die bestehenden Wechselmöglichkeiten in der PKV wirft. Die Arbeit schließt mit einem kurzen Gesamtfazit in Kapitel 7.

Die folgende Abbildung 1 illustriert die beschriebene Vorgehensweise.

Abbildung 1: Gang der Untersuchung



2 Der Aufbau des deutschen Krankenversicherungssystems mit Fokus auf den gesetzlichen Wechselrechten

2.1 Systemvergleich GKV versus PKV

Ein wesentliches institutionelles Merkmal eines Gesundheitswesens ist die Absicherung des Krankheitskostenrisikos durch adäquate Krankenversicherungssysteme. Das deutsche System der Krankenversicherung ist zweigeteilt. Neben der – zur Sozialversicherung gehörenden – gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Umlageverfahrens besteht auch eine substitutive private Krankheitskostenvollversicherung. Während die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ihren Ursprung in den Bismarckschen Anfängen der Sozialgesetzgebung im Jahr 1883 hat, ist auch die Historie der privaten Krankenversicherung kaum weniger alt. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden in den sogenannten Krankenunterstützungskassen der Handwerks- und Gewerbekammern die ersten Vorläufer der heutigen privaten Krankenversicherungsunternehmen.⁶

Zwar gehören die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer gänzlich unterschiedlichen Systemen an, doch verfolgen sie – in der Übernahme von Kosten im Krankheitsfall – denselben Zweck. Die privaten Krankenversicherungen gewährleisten dabei die Einhaltung des sogenannten Subsidiaritätsprinzips, demzufolge die individuelle Freiheit des Einzelnen einen Vorrang vor einem staatlich vorgeschriebenen Handeln hat. Auf den Fall der Krankenversicherung angewandt bedeutet dies, dass der Staat keinen ‚Weg der Versicherung‘ vorschreiben sollte, solange die soziale Sicherheit nicht gefährdet ist. Daher haben Personen mit einem hohen Einkommen das Recht, eigenständig über Umfang und Ausgestaltung der Absicherung zu entscheiden.⁷ Diese Möglichkeit besteht derzeit für alle Arbeitnehmer mit einem Bruttoarbeitsentgelt, welches drei Jahre in Folge oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) von 49.950 Euro p.a. liegt sowie für Selbständige, Freiberufler, Beamte, Richter, Soldaten und Geistliche. Die Drei-Jahres-Frist soll allerdings laut Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung wieder auf ein Jahr reduziert werden.

Die Vollkostenversicherung ist die Hauptversicherungsart der privaten Krankenversicherung. Hinzu kommen Teilversicherungen sowie Zusatzversicherungen zur Absicherung zusätzlicher Risiken bzw. Wünsche von (i.d.R. gesetzlich) Versicherten. Ende des Jahres 2008 hatten insgesamt 8.639.300 Personen eine Krankheitsvollkostenversicherung abgeschlossen, dies entspricht etwas über 10% der deutschen Bevölkerung.⁸ Gesetzlich krankenversichert waren zum Juli 2009 dagegen 70,01 Mio. Menschen (51,10 Mio. Mitglieder und 18,91 Mio. Familienversicherte). Hiervon waren 7.822.368 Personen (4.451.281 Mitglieder), also rund 11%, freiwillig gesetzlich versichert.⁹

⁶ Vgl. Schulenburg, J.M./ Greiner, W. (2007), S. 26f., 56.

⁷ Vgl. Marx, P. et al. (2008), S. 16.

⁸ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2009b), S. 27; Marx, P. et al. (2008), S. 3.

⁹ Vgl. BMG (2009), S. 25, 50, 75.

Die potenziell Privatversicherten haben die freie Wahl bei der Suche nach einem Anbieter, jedoch können sich auch die privaten Versicherungen ihre Kunden aussuchen, indem sie diese ablehnen dürfen (i.d.R. aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands oder der Erwartung, dass Prämien nicht bezahlt werden). Im Gegensatz zur GKV herrscht kein Kontrahierungszwang des Versicherers (Ausnahme ist der Basistarif, hierzu später mehr).

Zielsetzung der PKV ist es, einkommensunabhängige, jedoch möglichst risikoadäquate Prämien zu erheben. Dies bedeutet, dass die Versicherungsbeiträge äquivalent zu den individuellen Risikofaktoren Eintrittsalter, Geschlecht, Beruf und Vorerkrankungen sowie zum gewünschten Leistungsumfang ermittelt werden (Äquivalenzprinzip). Es ist zu bemerken, dass dabei ausschließlich der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (oder zum Zeitpunkt des Wechsels in einen Tarif mit höherem Leistungsumfang) eine Rolle für einen eventuellen Risikozuschlag spielt. Keinen Einfluss hat dagegen eine veränderte Morbidität auf einen bestehenden Vertrag. In den Prämien spiegelt sich demnach das Risiko zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses wider, wohingegen die Beiträge in der GKV nur nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bemessen werden und der Leistungsanspruch nicht von der Höhe dieses prozentualen Beitrags abhängig ist (Leistungsfähigkeits- und Solidaritätsprinzip).¹⁰

Anstelle des in der GKV wirkenden Umlageverfahrens ist das Prinzip der PKV (Anwartschaftsdeckungsverfahren mittels Kapitaldeckung) ein gänzlich anderes. Um einen übermäßigen Anstieg der PKV-Prämien im Alter zu vermeiden, sind die privaten Versicherer dazu verpflichtet, Alterungsrückstellungen aufzubauen, sodass die höhere Krankheitslast mit steigendem Alter nicht (zu sehr) auf die Preise der Versicherung durchschlägt. Diese Alterungsrückstellungen werden verzinst und lassen die Beiträge in der Folge weniger stark steigen als es aufgrund der allgemeinen Inflation und darüber hinaus gehender höherer Kosten des medizinischen Fortschritts eigentlich notwendig wäre. Vor allem durch die steigende Lebenserwartung sind die Alterungsrückstellungen allerdings tendenziell zu niedrig kalkuliert worden, was in der Vergangenheit zu recht starken Prämienanstiegen führte. Der durchschnittliche, jährliche Prämienanstieg betrug in den letzten 13 Jahren rund 5% und liegt damit über dem der GKV.¹¹ Insbesondere aus der bislang fehlenden Möglichkeit, die Rückstellungen bei einem Versicherungsverwechsel mitzunehmen, resultiert die Schwierigkeit für Versicherte, nach einer gewissen Versicherungsdauer bzw. im höheren Alter das Versicherungsunternehmen zu wechseln.¹²

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gestaltung des Versicherungsschutzes in der PKV höchst unterschiedlich ausfallen kann. Jeder Versicherte hat das Recht, ein für seine Präferenzen geeignetes Angebot zu wählen, d.h. Leistungen individuell zusammenzustellen. Bei sogenannten Kompaktтарifen werden ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen als feste Pakete vereinbart, wohingegen bei Modultarifen verschiedene, einzelne Teiltarife abgeschlossen werden. In der Regel enthalten die Verträge zudem absolute oder prozentuale

¹⁰ Vgl. Marx, P. et al. (2008), S. 16.

¹¹ Vgl. Urteil des BVerfG vom 10. Juni 2009, Az. 1 BvR 706/08, 1 BvR 814/08, 1 BvR 819/08, BvR 832/08, 1 BvR 837/08.

¹² Vgl. Schulenburg, J.M. (2005), S. 154ff.

Selbstbehaltsvereinbarungen verschiedenster Ausgestaltung, welche die laufende reguläre Versicherungsprämie im Gegenzug absenken. Lange Zeit ging die Freiheit sogar so weit, dass gänzlich auf einen Versicherungsschutz verzichtet werden durfte (oder zumindest auf die Absicherung einzelner Komponenten wie bspw. der ambulanten Leistungen). Dies ist in Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) seit Beginn des Jahres 2009 nicht mehr möglich, da nun eine Pflicht zur Versicherung auch im Bereich der PKV existiert. Ehemals Privatversicherte müssen (wieder) aufgenommen werden.¹³

Die Privatversicherten sind zwar weiterhin sehr viel freier in der Ausgestaltung der Tarife als in der GKV, jedoch ist das Wahlspektrum nun nach unten begrenzt:¹⁴ Für Versicherte, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder dem GKV-System zuzuordnen sind, gilt diese Versicherungspflicht bereits seit dem 01.04.2007. Für ehemals privat Versicherte bzw. Personen, die dem PKV-System grundsätzlich zuzuordnen sind,¹⁵ besteht diese Pflicht seit dem 01.01.2009, wobei ein Kontrahierungszwang für die Versicherer bereits seit dem 01.07.2007 vorliegt. Nunmehr müssen Privatversicherer potenzielle PKV-Versicherte – d.h. nicht in der GKV versicherungspflichtige oder sogar versicherte Personen – ohne Risikozuschläge oder -ausschlüsse und damit unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko zumindest in den neu geschaffenen und gesetzlich vorgegebenen Basistarif aufnehmen. In diesem speziellen Tarif (außerhalb der gewöhnlichen Branchenregeln der PKV) dürfen sich die Prämien nur aufgrund des (Eintritts-) Alters sowie des Geschlechts unterscheiden, jedoch keine Risikozuschläge veranschlagt werden. Zudem darf preislich der GKV-Höchstbeitrag (derzeit rund 570 Euro im Monat) nicht überschritten werden und der Leistungsumfang ist in etwa mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar. Besteht nachgewiesenermaßen eine finanzielle Hilfebedürftigkeit, so muss das Versicherungsunternehmen den Beitrag halbieren. Sollte auch dieser reduzierte Beitrag nicht vom Versicherten leistbar sein, so erhält dieser einen staatlichen Zuschuss.

Im Zuge des GKV-WSG wurde zudem die in der Vergangenheit oftmals als problematisch geltende Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen nun teilweise gestattet. Eine detaillierte Darstellung der vorherigen sowie der veränderten Wechselrechte in der PKV folgt im kommenden Teilabschnitt dieses Kapitels.

Die Tabelle 1 stellt die wesentlichen Merkmale und Unterschiede der Systeme der PKV und GKV nochmals nebeneinander.

¹³ Ausgenommen sind jedoch alle in der GKV versicherten oder versicherungspflichtigen Personen, Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfe in dem Anteil, in dem sie dadurch abgesichert sind sowie Personen, die Leistungen als Asylbewerber oder nach SGB XII erhalten. Siehe hierzu § 193 Abs. 3 VVG.

¹⁴ Vgl. BMG (2007). Der Mindestschutz besagt laut § 193 Abs. 3 VVG, dass der Versicherungsvertrag bei einem in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen mindestens ambulante und stationäre Leistungen umfassen muss. Der betragsmäßige Selbstbehalt für diese ambulanten und stationären Heilbehandlungen darf maximal 5.000 Euro je Person und Jahr betragen (bei Beihilfeberechtigten entsprechend anteilig). Eine Kündigung ist zudem nur möglich, wenn der Versicherungsnehmer einen neuen Krankenversicherungsvertrag vorweisen kann. Das Versicherungsunternehmen hat außerdem keine Möglichkeit, dem Kunden zu kündigen. Es ist jedoch zu bemerken, dass ein Bestandsschutz existiert: Ein vor dem 01.04.2007 vereinbarter Krankheitskostenvollversicherungsvertrag genügt demnach den Anforderungen zur Pflicht zur Versicherung. Bei einem späteren Tarifwechsel müssen die aufnehmenden Tarife allerdings mindestens die Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllen. Vgl. hierzu außerdem Beenken, M. (2008), S. 6.

¹⁵ Dies sind Personen die unter Umständen noch niemals versichert waren und die z.B. aufgrund ihrer beruflichen Biographie dem PKV-System zuzuordnen sind (v.a. Selbständige).

Tabelle 1: Systemunterschiede zwischen GKV und PKV

Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung
70,01 Mio. Versicherte (davon 51,10 Mio. Mitglieder), davon 7,82 Mio. freiwillig Versicherte	8,64 Mio. Vollversicherte, davon 4,48 Mio. ohne Beihilfeanspruch und 4,16 Mio. mit Beihilfeanspruch
Einkommensbezogener (prozentualer) Beitrag, keine Risikoprüfung	Einkommensunabhängige, wagnisgerechte Tarifierung, Äquivalenzprinzip mit Risikoprüfung und -zuschlägen (Ausnahme Basistarif)
Umlageverfahren, keine Alterungsrückstellungen	Anwartschaftsdeckungsverfahren: Aufbau kollektiver Alterungsrückstellungen
Rechtliche Steuerungsmöglichkeiten in Bezug auf Leistungserbringer	Rechtliches Dreiecksverhältnis, Steuerungsmöglichkeiten nur mittelbar über Versicherte
Nahezu einheitlicher Leistungskatalog: Gesetzliche Vorgaben; Veränderungen obliegen dem Gesetzgeber (individuelle Ausnahmen begrenzt möglich)	Tarif-/Produktvielfalt: Individuelle vertragliche Vereinbarung des Leistungsumfangs; Veränderungen durch individuelle Vertragsanpassungen
Beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen	Individualverträge
Kontrahierungszwang; Wettbewerb seit 1996	Grundsätzlich: Vertragsfreiheit und Wettbewerb; Neu: Kontrahierungszwang im Basistarif
Preisverhandlungen mit Leistungserbringern oder Verbänden	Freie Preisgestaltung, teilweise unter Beachtung gesetzlicher Gebührenordnungen
Sachleistungsprinzip vorherrschend	Kostenerstattungsprinzip vorherrschend
Obligatorische, einheitliche Selbstbeteiligungen, z.B. Praxisgebühr (Ausnahmen möglich)	Vielfalt verschiedener Selbstbeteiligungs- und Beitragsrückerstattungsregelungen
Umlageverfahren, inkl. Risikostrukturausgleich über alle Kassen	Anwartschaftsdeckungsverfahren (Ausnahme: Pflegeversicherung), Risikoausgleich lediglich innerhalb kleiner (Tarif-) Gruppen und im Basistarif

Quelle: In Anlehnung an Schulenburg, J.M. (2005), S. 155; BMG (2009), S. 25, 50, 75; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2009b), S. 27ff.

Erstaunlicherweise existieren bislang nur wenige Untersuchungen, die sich mit Unterschieden zwischen PKV- und GKV-Versicherten hinsichtlich ihres Gesundheitszustands beschäftigen. Die wenigen, die es tun, kommen recht einhellig zu dem Ergebnis, dass Privatversicherte durchschnittlich einen besseren Gesundheitszustand aufweisen und ihnen (v.a. im Bereich der Medikamente) mehr Innovationen zuteil werden.¹⁶ Weitgehend ungeklärt ist hingegen die Frage, ob sich die vorhandenen Unterschiede in der Morbidität nicht etwa durch Selektionseffekte erklären lassen, d.h. dadurch, dass Privatversicherte von vornherein gesünder sind bzw. der nicht vorhandene Kontrahierungszwang und eventuelle Risikozuschläge viele kränkere Interessenten abschrecken.

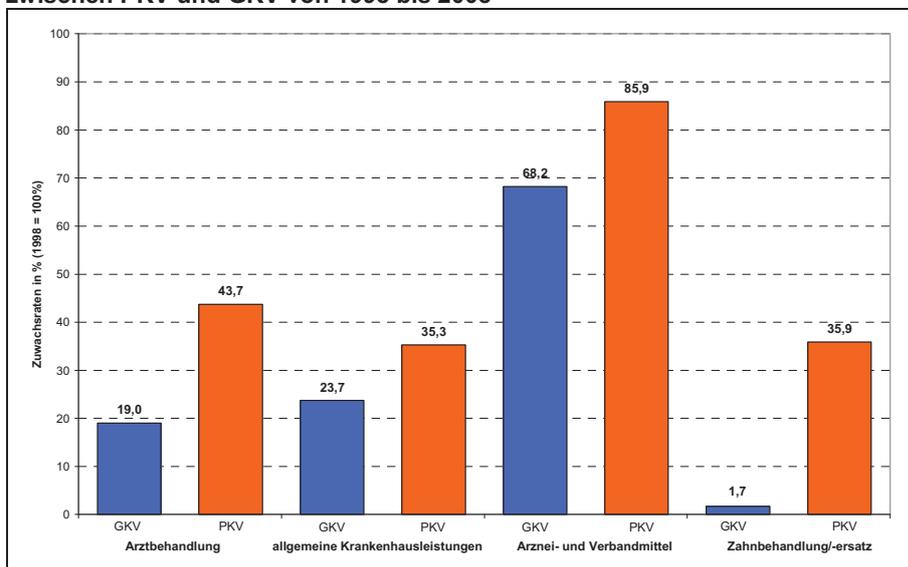
Aus Public-Health-Perspektive sollen an dieser Stelle noch die Unterschiede in den Steuerungsmöglichkeiten der Versicherer besonders hervorgehoben werden. Zwar sind die Versicherer auf der einen Seite durchaus an Kosteneinsparungen durch eine Struktur- und Prozessverbesserung interessiert. Auf der anderen Seite existieren an diesem Punkt jedoch gleich zwei limitierende Anreizwirkungen: Erstens wäre der Wille zur kreativen Gestaltung von Lösungen im Sinne eines Wettbewerbs der Ideen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung wohl noch um ein Vielfaches größer, wenn tatsächlich alle Kunden auch mit Abwanderungen drohen könnten. Zweitens fehlt es den Versicherern an tatsächlichen Einflussmöglichkeiten auf den Versorgungsprozess. Zwar gibt es v.a. in jüngster Zeit einige Überlegungen in Richtung

¹⁶ Vgl. Lungen, M. et al. (2005), S. 25ff.; Mielck, A./ Helmert, U. (2006b), S. 33ff. Letztere Autoren verwenden an dieser Stelle multivariate Analysen, um die vorhandenen Unterschiede zwischen der GKV- und PKV-Kohorte (hinsichtlich Alter, Geschlecht und Einkommen) zu identifizieren.

einer Intensivierung der Gedanken von Managed Care, integrierter Versorgung und Case Management in der PKV, jedoch sind die Umsetzungschancen für derartige Konzepte derzeit recht begrenzt. Begründungen hierfür sind die geringen Marktanteile der einzelnen Versicherer (bzw. die daraus folgende eingeschränkte Verhandlungsmacht), staatliche Gebührenordnungen ohne die Option zu individuellen Öffnungsklauseln und v.a. die derzeit nur in ersten Ansätzen anzutreffenden direkten Vertragsbeziehungen der PKV-Unternehmen mit Leistungserbringern.¹⁷ Anders als in der GKV ist die PKV aktuell von einem dualen Vertragsmodell beherrscht: Der einzelne Versicherte tritt in eine Vertragsbeziehung mit dem Leistungserbringer und (davon unabhängig) in eine weitere Vertragsbeziehung mit dem PKV-Unternehmen zwecks Erstattung der Behandlungskosten. Eine unmittelbare Beziehung zwischen Versicherer und medizinischem Leistungserbringer besteht i.d.R. nicht, sodass eine direkte Einflussnahme auf Qualität, Menge oder Preis nicht möglich ist.¹⁸ Erste Ansätze zur indirekten Einflussnahme (über den Umweg einer Steuerung des Leistungsgeschehens mittels spezieller Lösungen im Vertragsverhältnis Versicherer-Versicherter oder sogar über Verträge zwischen PKV-Unternehmen und Leistungserbringern¹⁹) finden sich in jüngster Zeit jedoch verstärkt.

Der Vergleich der langfristigen Ausgabenentwicklungen der PKV mit der GKV zeigt recht eindeutig, dass die PKV in den letzten Jahren durchweg höhere Anstiege der Leistungsausgaben pro Versichertem zu verzeichnen hatte. Abbildung 2 verdeutlicht diese Entwicklung.

Abbildung 2: Vergleich der Entwicklung von Pro-Kopf-Ausgaben für bestimmte Versicherungsleistungen zwischen PKV und GKV von 1998 bis 2008



Quelle: In Anlehnung an Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2009b), S. 58f.

Zur Sicherung der langfristigen Überlebensfähigkeit in einem intensivierten Wettbewerbsumfeld bekommt die Senkung der Kostenanstiege je Versichertem eine wichtige Bedeutung, wenngleich insbesondere in der PKV auch weiterhin hohe Qualitätserwartungen der Kunden im Blick behalten werden müssen. Das größte Problem liegt dabei derzeit wohl in den

¹⁷ Vgl. Schulenburg, J.M. (2005), S. 157.

¹⁸ Vgl. VVG-Kommission (2004), S. 164.

¹⁹ Beispiele sind Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern oder Partnerarzt-Konzepte einzelner Privatversicherungsunternehmen.

mangelnden Möglichkeiten zum Durchgriff auf die Leistungserbringer, welche individuelle Vertragsbeziehungen mit den Versicherten bzw. Patienten eingehen.²⁰ Zudem sind derzeit vermutlich zu geringe Anreize im System, um Kostensenkungs- und Qualitätsverbesserungspotenziale tatsächlich auszunutzen.

Im folgenden Abschnitt sollen nun die rechtlichen Wechselmöglichkeiten und -pflichten von privat oder gesetzlich versicherten Personen dargelegt werden. Um Hintergründe und konkrete Wechseloptionen von Privatversicherten umfassend verstehen zu können, bedarf es dafür zunächst der Darstellung von Wechseloptionen innerhalb der GKV sowie zwischen den Systemen.

2.2 Rechtliche Grundlagen der Wechseloptionen im Krankenversicherungsbereich

2.2.1 Wechselrecht GKV – GKV und GKV – PKV

Versicherte Personenkreise

Die §§ 5 bis 10 SGB V, in welchen die versicherten Personenkreise der GKV beschrieben werden, bilden neben den §§ 173 bis 175 SGB V die grundlegenden Abschnitte für Wechseloptionen, -rechte und -pflichten innerhalb der GKV sowie zwischen GKV und PKV.

Tabelle 2: Überblick §§ 5 bis 10 SGB V

§ 5	§ 6	§ 7	§ 8	§ 9	§ 10
Versicherungspflicht	Versicherungsfreiheit	Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung	Befreiung von der Versicherungspflicht	Freiwillige Versicherung	Familienversicherung

Aus den Rechtsgrundlagen ergeben sich einige Begriffsbestimmungen, die verschiedene Statusgruppen von Versicherten kennzeichnen und die voneinander abzugrenzen sind, um die Möglichkeiten und Pflichten wechselwilliger Personen nachvollziehen zu können.

Der *Versicherungspflicht* unterliegen dem § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zufolge Personen, die eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausüben. Zudem gelten nach Abs. 1 Nr. 2 Bezieher von Leistungen nach dem SGB III (Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld) und nach Nr. 2a nicht familienversicherte Arbeitslosengeld-II-Empfänger sowie Personenkreise nach Nr. 3 bis 13, z.B. Landwirte, Künstler und Publizisten, behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen tätig sind etc., als versicherungspflichtig. Selbständig Tätige sind nach § 5 Abs. 5 SGB V von der Versicherungspflicht ausgeschlossen. Mit dem Begriff der Versicherungspflicht geht der Zwang einher, in der GKV versichert zu sein. Von diesem Versicherungszwang sind alle abhängig beschäftigten Arbeitnehmer betroffen, deren jährliches Arbeitseinkommen die JAEG von aktuell 49.950 Euro nicht übersteigt.

²⁰ Vgl. Rosenbrock, R./ Gerlinger, T. (2004), S. 106.