

Beihilfe ohne Perspektive?

Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte

von Dietmar Haun¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Die mit Steuermitteln finanzierte Beihilfe zur Gesundheitsabsicherung von Staatsbediensteten ist über das Prinzip der (anteiligen) Kostenerstattung mit dem privatärztlichen Vergütungssystem und über die ergänzende Restkostenversicherung mit der PKV verbunden. Die Ausgaben in diesem System wachsen stetig und belasten die öffentlichen Haushalte zunehmend. Der Beitrag erörtert aus Sicht verschiedener Akteure die Gründe, die einer Reform der öffentlichen Beihilfe entgegenstehen. PKV und Leistungserbringer profitieren erheblich von der bestehenden Regelung, Beamte und Pensionäre zumindest partiell. Die Politik ist meist auf einen kurzfristigen Planungshorizont fixiert, der vorübergehende Mehrausgaben bei einer Reform der Beihilfe gegenüber längerfristigen Einsparungen überbewertet. Erforderlich ist in jedem Fall mehr Transparenz, sowohl in Bezug auf die Finanzwirkungen von Status quo und Reformmodellen als auch zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung der Beamten.

Schlüsselwörter: Beihilfe, Beamtenversorgung, öffentliche Haushalte, private Krankenversicherung, Reform des Beihilfesystems

In Germany, health care costs of civil servants are partially reimbursed by a tax-financed system of public assistance. This system is linked with the system of medical remuneration for private patients and with private health insurance to cover residual costs. In this system, expenditures are steadily growing and constitute an increasing burden for public households. This article discusses arguments brought forward by different stakeholders of the German health care system against a reform of this system. Private health insurance and health care providers benefit significantly from the existing regulation, civil servants and pensioners at least partially. Politicians are mostly focused on possible extra costs in a short-term perspective and neglect longer-term savings. In any case, more transparency is needed, both with respect to fiscal effects of the present system and reform schemes as well as concerning aspects of quality and efficiency of health care delivery for public servants.

Keywords: civil servants, civil service assistance, public budgets, private health insurance

1 Einleitung

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung kommt die private Krankenversicherung (PKV) an keiner Stelle vor (*CDU/CSU/SPD 2013*). Weder gibt es Aussagen zu Reformbestrebungen im Bereich der PKV noch im Hinblick auf eine mögliche Neuordnung im Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Angesichts des unveränderten

Problemdrucks in der PKV scheinen Reformen gleichwohl unumgänglich, auch wenn die Partner der Großen Koalition dazu jetzt noch keine Einigung erzielen konnten. Immerhin scheinen sie es durchaus schon versucht zu haben. So berichtete die Berliner Zeitung am 6. November 2013, dass die SPD bei den Koalitionsverhandlungen vorgeschlagen habe, Beamte mit einem Jahresgehalt unterhalb der Pflichtversicherungsgrenze künftig gesetzlich zu versichern, die Union diesen Vorschlag

¹Dietmar Haun, Diplom-Soziologe, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2148 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de

²Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2182 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

jedoch abgelehnt habe, weil die PKV dann kaum noch neue Kunden bekäme. Schon 2004 sei diskutiert worden, Beamten ein Wahlrecht zwischen Beihilfeleistungen und der Zahlung des Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuräumen. Strittig sei jedoch gewesen, ob die Übernahme des Arbeitgeberanteils den Staat mehr oder weniger belastet als die Beihilfe (*Szent-Ivanyi 2013*).

Damit wird auf die schwierige Gemengelage bei einer Reform der Absicherung der Beamten im Krankheitsfall verwiesen, durch die in besonderer Weise Interessen und Besitzstände tangiert würden. Aber noch etwas wird deutlich: Das Wissen über die Auswirkungen möglicher Neugestaltungen ist offensichtlich alles andere als eindeutig. Deshalb erscheint es sinnvoll, diese Thematik im Folgenden etwas näher zu betrachten. Dazu wird zunächst der Status quo der Absicherung von Beamten im Krankheitsfall beleuchtet, ehe anschließend eine mögliche Reform aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet wird.

2 Zum Status quo der Absicherung von Beamten im Krankheitsfall

Wenn in der Vergangenheit über den dualen Krankenversicherungsmarkt in Deutschland und Veränderungen der Marktangrenzungen gesprochen wurde, standen meist die Arbeitnehmer im Blickpunkt, die aufgrund ihres regelmäßigen Arbeitsentgelts oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze über ein individuelles Wahlrecht zur PKV verfügen. Zunehmende Beachtung im GKV/PKV-Kontext haben zuletzt auch die Selbstständigen gefunden, bei denen das Sozialrecht grundsätzlich – also unabhängig von ihrem Einkommen – unterstellt, dass sie nicht auf den Schutz der Solidargemeinschaft angewiesen sind. Alle Selbstständigen haben somit ein individuelles Wahlrecht zwischen GKV und PKV. Dabei verfügen viele Selbstständige jedoch keineswegs über ein hohes Einkommen – vor allem die stark gewachsene Teilgruppe der Solo-Selbstständigen weist einen hohen Anteil im Niedrigeinkommenssektor auf (*Brenke 2013*).

Vergleichsweise wenig Beachtung hat demgegenüber in letzter Zeit die dritte Gruppe von Privatversicherten gefunden: die Beamten und Pensionäre. Das ist schon deshalb bemerkenswert, weil es sich mit mehr als vier Millionen Personen um die deutlich größte Gruppe der Privatversicherten handelt und insbesondere die Steuerzahler ein besonderes Interesse an dieser Personengruppe haben (sollten), denn sie müssen sie schließlich finanzieren.

Beamte und Pensionäre sind in der Regel beihilfeberechtigt, das heißt, sie bekommen von ihrem Dienstherrn als Teil der Alimentation einen Anteil der von ihnen privat bezahlten

Aufwendungen für Gesundheitsleistungen erstattet, basierend auf der privatärztlichen Gebührenordnung. Neben den Beamten und Pensionären zählen auch deren mitversicherte Familienangehörige, Beamte und Versorgungsempfänger aus dem mittelbaren Bundesdienst, von Post, Bahn und Telekom sowie partiell auch Tarifangestellte im öffentlichen Dienst zu den Beihilfeberechtigten. Unter der Bezeichnung „Beamte und Pensionäre“ beziehen wir uns hier auf die Kerngruppe der Berechtigten mit umfassendem Anspruch auf Beihilfeleistungen. Bei aktiven Beamten beträgt der Erstattungsanteil der beihilfefähigen Aufwendungen in der Regel 50 Prozent, bei Pensionären und beihilfeberechtigten Ehepartnern 70 Prozent und bei Kindern 80 Prozent. Allerdings gibt es in den Beihilfevorschriften der Länder in Bezug auf die Definition der beihilfefähigen Leistungen und die zu leistenden Eigenanteile eine Reihe von Unterschieden. Keinen Unterschied gibt es dagegen im Hinblick darauf, dass die Beihilfeberechtigung insoweit alternativlos ist, als sie nicht gegen einen Arbeitgeberbeitrag in der GKV „eingetauscht“ werden kann. Wenn sich Beamte gesetzlich krankenversichern wollen, müssen sie den gesamten Beitrag als freiwilliges Mitglied selbst entrichten, und der Beihilfeanspruch entfällt in Bezug auf den Leistungskatalog der GKV. Dagegen bietet die PKV spezielle Beihilfetarife an, die die bestehenden Beihilfeansprüche gezielt ergänzen. Vor diesem Hintergrund wird bei Beamten und Pensionären auch von einer „faktischen PKV-Versicherungspflicht“ gesprochen.

Entsprechend zeigt Tabelle 1, dass Beamte und Pensionäre zum überwiegenden Teil privatversichert sind, während sich bei den Arbeitnehmern und Selbstständigen ein differenzierteres Bild ergibt. Die Grundlage dieser Analyse bilden die Mikrodaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), einer repräsentativen Wiederholungsbefragung von Personen in privaten Haushalten in Deutschland (*Goebel et al. 2008*). Die Ergebnisse des SOEP sind personengewichtet und zugleich auf den Querschnitt der Bevölkerung hochgerechnet ausgewiesen (zu Daten und Variablenkonzepten der hier dargestellten Ergebnisse sowie ausführlicher zu Unterschieden in der Versichertenstruktur von GKV und PKV siehe *Hau 2013, 78 ff.*).

Mit der Zugehörigkeit zu GKV und PKV ist zugleich auch eine massive Einkommenselektion verbunden. Das jährliche Gesamteinkommen der Privatversicherten im Jahr 2010 beträgt mit knapp 47.000 Euro etwa das 2,2-fache des Einkommens der gesetzlich Versicherten. Die höchsten Einkommen unter den Privatversicherten erzielt die Teilgruppe der Selbstständigen mit Mitarbeitern, gefolgt von den hochqualifizierten, leitenden Angestellten. Das Jahresdurchschnittseinkommen der privatversicherten Beamten liegt mit knapp 41.000 Euro pro Jahr zwar erkennbar niedriger, aber gleichwohl deutlich über dem mittleren Einkommen der gesetzlich versicherten Arbeiter sowie einfachen und mittleren Angestellten, die mit rund 24,5 Millionen die bei Weitem größte Erwerbstätigengruppe in der GKV stellen. Das Durch-

schnittseinkommen der privatversicherten Pensionäre liegt mit rund 37.500 Euro pro Jahr keine zehn Prozent unter dem der Beamten, aber um weit mehr als das Doppelte über dem Durchschnittseinkommen der knapp 17 Millionen gesetzlich versicherten Rentner. Von ihrer Einkommenssituation her würden die Beamten – und ebenso die Pensionäre – somit zu einer Stabilisierung der Finanzgrundlagen der GKV beitragen.

Das Beihilfesystem hat auch zur Folge, dass die Beamten und Pensionäre innerhalb der Privatversicherten bestimmte Besonderheiten aufweisen. Weil die Beamten und Pensionäre nur einen Teil ihrer Gesundheitskosten über die PKV absichern müssen, liegen ihre durchschnittlichen Prämien naturgemäß niedriger als bei den übrigen Privatversicherten (Tabelle 2). Auffällig sind vor allem die großen Unterschiede bei den Anteilen von Versicherten mit Selbsthalten. Von den privatversicherten Arbeitnehmern und Selbstständigen haben fast 70 Prozent einen Selbstbehalt vereinbart, der im Durchschnitt 822 Euro pro Jahr ausmacht. Bei den Beamten liegt der Anteil der Versicherten mit Selbstbehalt erheblich niedriger – bei den Beamten im einfachen und mittleren Dienst bei lediglich neun Prozent und bei den Beamten im gehobenen und höheren Dienst bei rund 14 beziehungsweise

15 Prozent. Von den Pensionären hat gut ein Fünftel einen Selbstbehalt vereinbart, während es etwa bei den privatversicherten Rentnern, die im Durchschnitt nur rund 60 Prozent so viel verdienen wie die Pensionäre, mehr als die Hälfte ist. Aus Umfragen ist bekannt, dass die Vereinbarung eines (höheren) Selbsthalts zur Reduzierung der Prämienbelastung insbesondere von privatversicherten Rentnern zunehmend gewählt wird, dass dieser Weg aber auch von Pensionären immer häufiger beschritten wird (Zok 2013, 23 ff.).

Wenn die Versicherungstarife der Beamten und Pensionäre im Vergleich zu den übrigen Privatversicherten insgesamt in deutlich geringerem Umfang Selbsthalte aufweisen, verweist das aber auch auf einen anderen Punkt. In Ermangelung direkter Vertragsbeziehungen zwischen den privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen auf der einen und den Leistungserbringern auf der anderen Seite gelten Selbsthalte in der PKV als zentrales Steuerungsinstrument zur Vermeidung einer unnötigen beziehungsweise übermäßigen Leistungsanspruchnahme (Augurzky und Felder 2013, 48). Unabhängig von der generellen Einschätzung der Wirkung individueller Steuerungsinstrumente setzt dies natürlich voraus, dass es überhaupt Selbsthalte gibt. Beim überwiegenden Teil der Beamten und Pensionäre ist dies in Bezug auf ihren

TABELLE 1

Krankenversicherungsschutz und Einkommen nach Stellung im Erwerbssystem 2010

| Stellung im Erwerbssystem in 2010 | Art der Krankenversicherung | | | Durchschnittliches Jahreseinkommen* | |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------------------------|---------------|
| | GKV in % | PKV in % | Gesamt in Mio. Vers. | GKV in Euro je Versicherten | PKV |
| Arbeiter, einfache/mittlere Angestellte | 97,3 | 2,7 | 25,15 | 25.392 | 34.389 |
| Hochqualifizierte, leitende Angestellte | 80,2 | 19,8 | 5,43 | 49.809 | 81.749 |
| Selbstständige mit Mitarbeitern | 44,8 | 55,2 | 1,42 | 50.389 | 99.511 |
| Selbstständige ohne Mitarbeiter | 68,0 | 32,0 | 2,23 | 26.235 | 47.728 |
| Beamte | 11,1 | 88,9 | 2,45 | 35.812 | 40.934 |
| Rentner | 96,6 | 3,4 | 17,32 | 15.753 | 22.766 |
| Pensionäre | 20,7 | 79,3 | 1,53 | 26.367 | 37.490 |
| Sonstige** | 93,7 | 6,3 | 12,77 | 8.233 | 6.567 |
| Gesamt | 88,3 | 11,7 | 68,31 | 21.410 | 46.934 |

Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter

Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPv27 (Hrsg. DIW Berlin)

* Brutto-Jahreseinkommen gesamt, basierend auf differenzierter Abfrage der Vorjahreseinkünfte (s. Haun 2013, 86–88)

** Auszubildende, Studenten, Wehr-/Zivildienstleistende, Arbeitslose, sonstige Nichterwerbstätige

Quelle: eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

privaten Krankenversicherungsschutz aber gar nicht der Fall. Nehmen Beamte und Pensionäre deshalb mehr Leistungen „im Übermaß“ in Anspruch als andere Privatversicherte? Sind Beamte und Pensionäre von der gegenüber GKV-Patienten teilweise weit höheren Inanspruchnahme etwa von diagnostischen Leistungen in Bezug auf ambulante radiologische und Laborleistungen (Kefler 2009; Kefler 2010) überproportional betroffen? Wir wissen es nicht, denn Informationen über das Leistungsgeschehen der Beamten und Pensionäre sind praktisch nicht vorhanden.

Dies ist wohl das bemerkenswerteste Resultat, auf das man bei einer Suche nach Informationen zur Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung von Beamten stößt. Während in Bezug auf die Versorgung der gesetzlich Versicherten mittlerweile ständig Anstrengungen zur Verbesserung der Transparenz unternommen werden – gerade erst wieder im Rahmen des Koalitionsvertrags der Großen Koalition durch die vorgesehene Förderung der Versorgungsforschung im Umfang von 75 Millionen Euro (CDU/CSU/SPD 2013, 77) –, stellt die Versorgung der Privatpatienten im Allgemeinen und der Beamten im Besonderen unverändert eine vollständige „Black Box“ dar, obwohl gerade die Informationen der Beihilfestellen eine gute Datengrundlage für inhaltliche Analysen bieten könnten. Beamte und Pensionäre dürften kaum weniger als GKV-Versicherte daran interessiert sein, ob sie über-, unter- oder fehlversorgt werden. Und auch aus Sicht der Steuerzahler erscheint das Interesse an der Frage legitim, wofür die Beihilfe verwendet wird und wie es etwa um die Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Mithilfe der Beihilfe finanzierten Gesundheitsversorgung bestellt ist, um einmal drei einschlägige Beurteilungskriterien aus der GKV heranzuziehen. Oder soll die programmatische Aussage im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung, wonach die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen (CDU/CSU/SPD 2013, 75), nur für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten gelten? Doch wohl kaum! Dann ist es aber unabdingbar, für mehr Transparenz des Versorgungsgeschehens der Privatversicherten zu sorgen, und zwar ganz besonders, soweit diese Versorgung im Rahmen der Beihilfe aus allgemeinen Steuermitteln finanziert wird.

3 Unterschiedliche Perspektiven

Der Status quo der Absicherung der Beamten im Krankheitsfall steht und fällt mit der Beihilfe. Ist sie aber alternativlos? Wohl kaum, denn wie der eingangs zitierte Presseartikel zeigt, wollte die SPD in den Koalitionsverhandlungen erreichen, die Beamten in Zukunft genauso wie Arbeitnehmer zu behandeln, also anstelle der Beihilfe mit einem Arbeitgeberbeitrag ausstatten. Das wäre zwar noch lange nicht die angestrebte

Bürgerversicherung gewesen, aber immerhin ein Anfang auf dem Weg zur Beendigung der bestehenden Ungleichheiten beim Krankenversicherungsschutz „nach sachfremden Kriterien“ (SVR-Wi 2004, Ziffer 490). Auch aus rechtlicher Sicht wäre dieser Schritt möglich: „Seine Abschaffung [des Sonderregimes Beihilferecht] zugunsten einer Beteiligung des Dienstherrn am einkommensabhängigen Beitrag wäre verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig“, wurde kürzlich unter Verweis auf einschlägige Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts festgestellt (Kingreen und Kühling 2013, 35). Was spricht also dagegen? Dieser Frage soll nachfolgend aus unterschiedlichen Blickwinkeln nachgegangen werden.

3.1 Die Perspektive von PKV und Leistungserbringern

2012 hatten 4,25 Millionen Menschen – Beamte, Pensionäre und deren Angehörige – in Ergänzung zur Beihilfe einen zusätzlichen privaten Krankversicherungsschutz und stellten damit 47,5 Prozent aller Vollversicherten der PKV (PKV 2013, 12). Diese Zahl genügt bereits, um die nahezu existenzielle Bedeutung der Verknüpfung von Beihilfe und PKV für die private Versicherungsbranche deutlich zu machen, die sich für einzelne PKV-Unternehmen mit hoher Affinität zum Beamtenapparat sogar noch deutlich größer darstellt. Ausgerechnet der Staat sorgt in seiner Rolle als Arbeitgeber regelmäßig für gesicherten „Nachschub“ für die PKV und unterminiert damit zugleich das Solidarsystem der GKV. Aufgrund ihrer hohen Arbeitsplatz- und Einkommenssicherheit sind die Beamten zudem eine äußerst angenehme Kundengruppe ohne großes Risiko ausbleibender Beitragszahlungen. Dass große Teile der PKV vor dem Hintergrund eines derart sicheren Geschäfts nur wenig Interesse an einer grundlegenden Veränderung aufbringen, liegt auf der Hand. Bezeichnend ist aber auch, dass als Grund für die Ablehnung der SPD-Forderung nach einer Gleichbehandlung der Beamten mit den übrigen Arbeitnehmern durch die CDU in dem eingangs zitierten Presseartikel nicht etwa die (tatsächlichen oder vermeintlichen) Interessen der Beamten oder deren Dienstherrn genannt wurden, sondern unumwunden das Interesse der PKV an neuen Kunden.

Ein ebenso eindeutiges Interesse am Erhalt des Status quo kann der Mehrheit der Leistungserbringer unterstellt werden, denn das aktuelle Beihilfesystem garantiert ihnen die Abrechnung ihrer Leistungen nach der privatärztlichen Gebührenordnung. Das bedeutet nicht nur ein durchweg höheres Vergütungsniveau, insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung, sondern vor allem auch die Abwesenheit nahezu jeglicher Steuerungsinstrumente. Weder die privaten Versicherer noch die Beihilfestellen stehen – kollektiv oder individuell – in direkten Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern und haben somit keine unmittelbare Möglichkeit, auf Menge, Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen Einfluss zu nehmen.

Die große Bedeutung der privatärztlichen Tätigkeit für die Einnahmen und Reinerträge der Arztpraxen (*Statistisches Bundesamt 2013*) ist grundsätzlich unstrittig. Eine andere Frage ist allerdings, ob die so erzielte Mittelallokation – zugunsten von Arztpraxen, Facharztgruppen und Regionen mit besonders hohen Anteilen an Privatpatienten – den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung entspricht oder nicht sogar vielmehr eine bedarfsgerechte Versorgung erschwert (*Jacobs 2013a, 62 ff.*). Aber das ist nicht unbedingt die Perspektive der Leistungserbringer, deren Interesse am Erhalt des Status quo mit dem Privatversicherten als „Melkkuh des Systems“ (wie etwa die Welt am Sonntag vom 6.10.2013 titelte) durchaus nachvollziehbar ist. Vor diesem Hintergrund ist auch nachvollziehbar, dass die Versuche der Befürworter eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, die Sorgen in der Ärzteschaft vor einem Verlust des lukrativen Privatpatientengeschäfts durch die Ankündigung der Kompensation von Honorareinbußen zu zerstreuen, zumindest auf erhebliche Skepsis stoßen, denn schließlich würde eine solche Kompensation – wie auch immer konkret ausgestaltet (*Wasem et al. 2013*) – die derzeitigen Mittelflüsse letztlich kaum unverändert bestehen lassen.

3.2 Die Perspektive der Beamten und Pensionäre

Für die Beamten und Pensionäre ist das System „Beihilfe plus PKV“ auf den ersten Blick eine gute Angelegenheit, weil

es bestimmte Privilegien in der Versorgung sichert. Dazu zählen etwa geringere Wartezeiten, teilweise aber auch die Erstattung von Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV zählen. Zwar sind in den vergangenen Jahren auch im Bereich der Beihilfe zunehmend Selbstbeteiligungen eingeführt und ausgebaut worden, doch erscheinen die Gesamtbelastungen einschließlich der Prämien für die „Restkostenversicherung“ in der PKV trotz der darin enthaltenen Alterungsrückstellungen im Vergleich zur Belastung der GKV-Mitglieder durch Beiträge und Eigenbeteiligungen noch relativ günstig. Die weithin fehlende Ausgabensteuerung in der privatärztlichen Versorgung schlägt meist erst im Alter mit hohen Prämiensteigerungen in der PKV zu Buche, doch wird dies durch den höheren Erstattungsanteil der Beihilfe für Pensionäre zumindest teilweise ausgeglichen.

Ob die Versorgung als Privatpatient im Vergleich zu den GKV-Versicherten allerdings tatsächlich generell „besser“ ist, wird zunehmend in Zweifel gezogen. Als „Zeuge“ für solche Zweifel sei hier auf Josef Hecken verwiesen, den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, der selbst privatversichert ist und in der Süddeutschen Zeitung vom 5.12.2013 mit der Äußerung zitiert wird, dass er schon manchen Schlauch geschluckt und manche Pille genommen habe, von deren Notwendigkeit er nicht immer überzeugt war, und sich „gelegentlich übertherapiert“ fühle. Dass diesen Eindruck deutlich mehr PKV- als GKV-Versicherte haben,

TABELLE 2

Ausgewählte Kennzahlen zu PKV-Versicherten nach Statusgruppen 2010

| Stellung im Erwerbssystem von PKV-Versicherten in 2010 | PKV-Vers. Anzahl in Mio. | Durchschnittl. Einkommen* in €/Jahr | Durchschnittl. PKV-Prämie in €/Jahr | Durchschnittl. Mitversich. je V-Nehmer | Ant. Vers. mit Selbstbeteilig. in % | Durchschnittl. Eigenanteil in €/Jahr |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Beamte einfacher/mittlerer Dienst | 0,65 | 33.970 | 2.370 | 0,25 | 9,0 | 642 |
| Beamte gehobener Dienst | 1,02 | 40.349 | 2.916 | 0,34 | 14,1 | 1.337 |
| Beamte höherer Dienst | 0,51 | 50.914 | 3.405 | 0,65 | 15,1 | 1.144 |
| Selbstständige/Arbeitnehmer | 3,24 | 68.787 | 5.314 | 0,30 | 69,7 | 822 |
| Pensionäre | 1,21 | 37.490 | 3.206 | 0,30 | 22,3 | 1.335 |
| Rentner | 0,58 | 22.766 | 5.174 | 0,08 | 51,6 | 1.202 |
| Sonstige PKV** | 0,79 | 6.567 | 3.742 | 0,07 | 30,7 | 785 |

Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter

Datenquelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, SOEPv27 (Hrsg. DIW Berlin)

* Brutto-Jahreseinkommen gesamt, basierend auf differenzierter Abfrage der Vorjahreseinkünfte (s. Haun 2013, 86–88)

** Auszubildende, Studenten, Wehr-/Zivildienstleistende, Arbeitslose, sonst. Nichterwerbstätige

Quelle: eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

belegen auch Umfrageergebnisse (Zok 2013, 23). Unabhängig von den Folgen für die Versorgungsqualität verweist diese Einschätzung auf jeden Fall auf höhere Behandlungskosten, wie sie etwa auch daraus resultieren, dass es beim Arzneimittelverbrauch in der PKV im Vergleich zur GKV eine niedrigere Generikaquote gibt (Wild 2012). Die Rechnung dafür wird letztlich den Privatversicherten präsentiert und findet ihren Niederschlag in weiter steigenden Versicherungsprämien sowie Beihilfeausgaben.

Stichwort Rechnung: Für die beihilfeberechtigten Privatversicherten ist der bürokratische Aufwand der Erstattung ihrer Behandlungskosten hoch, denn sie müssen die von ihnen bezahlten Rechnungen gleich zweifach zur Erstattung einreichen: bei ihrer Beihilfestelle und bei der PKV. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass sie mit unterschiedlichen Reklamationen konfrontiert werden, etwa wenn abgerechnete Leistungsziffern hinterfragt werden oder die Erstattung von Leistungen abgelehnt wird. Dann sind oftmals Rückfragen beim Arzt erforderlich, die gegebenenfalls zu einer Anpassung der Rechnung führen, unter Umständen aber auch zu dem Ergebnis, dass die Patienten auf den Kosten sitzenbleiben. Es dürfte nicht wenige beihilfeberechtigte Privatversicherte geben, die auf diesen beträchtlichen Aufwand gern verzichten würden.

3.3 Die Perspektive der GKV

Aus Sicht der GKV hat die Existenz des Beihilfesystems mit ihrer zentralen Bedeutung für das System der PKV und damit für die fragwürdige Dualität auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt unterschiedliche Dimensionen. Eine betrifft den aus mehreren Gründen hochgradig zu Ungunsten der GKV verzerrten „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV (Jacobs 2013a, b) und die damit verbundenen Probleme der gezielten Versorgungssteuerung entsprechend dem Versorgungsbedarf der gesamten Bevölkerung – nicht zuletzt auch in regionaler Sicht (zur Bedeutung des Anteils von Privatpatienten an der Wohnbevölkerung für die räumliche Verteilung der ambulant tätigen Ärzte siehe Sundmacher und Ozegowski 2013).

Eine weitere zentrale Dimension betrifft die finanziellen Folgen der Privatversicherung der Beamten und Pensionäre als Resultat des bestehenden Beihilfesystems. Diese Perspektive hat im Rahmen der in den vergangenen Jahren intensiven Debatte um grundlegende Reformen des dualen Krankenversicherungssystems eine wichtige Rolle gespielt, ging es dabei insbesondere auch um den Einbezug aller Bevölkerungsgruppen in ein gemeinsames System der solidarischen Finanzierung. Nur wenige wissenschaftliche Studien haben sich dabei jedoch speziell mit der Frage befasst, was der Einbezug der Beamten und Beihilfeversicherten in dieser Hinsicht bedeutet. Hervorzuheben ist dabei vor allem das 2004 im Auftrag von Bündnis 90/Die Grünen erstellte Gutachten,

das im Rahmen einer Simulationsrechnung zu dem Ergebnis kommt, dass der Einbezug der beihilfeberechtigten Beamten und Pensionäre nebst mitversicherten Familienangehörigen „in isolierter Sicht zu einer Reduktion des durchschnittlichen Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte gegenüber dem Status quo der GKV führen würde“ (Sehlen et al. 2004, 7). Aber auch für die öffentlichen Haushalte würde sich ein Umstieg auf Arbeitgeberbeiträge anstelle der bisherigen Kostenerstattung im Rahmen der Beihilfe langfristig lohnen. Die Entlastungswirkung nach einem kompletten Systemumstieg beträgt demnach rund zehn Prozent der Beihilfeausgaben. Allerdings muss bei einem schrittweisen Übergang der Substitution der Beihilfe durch die Zahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV vorübergehend mit Mehrbelastungen der öffentlichen Haushalte in einem Umfang von bis zu elf Prozent der Beihilfeaufwendungen gerechnet werden (Sehlen et al. 2004).

In einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV werden diese Ergebnisse in Zweifel gezogen (Wild 2005). Seiner Einschätzung nach ist ein Einbezug der Beamten und Versorgungsempfänger nebst Angehörigen für die GKV „wenig lohnenswert“ und würde, wenn überhaupt, nur zu geringen Beitragssatzsenkungen führen (Wild 2005, 62). Verantwortlich hierfür sei insbesondere die Altersstruktur der Beamten und Pensionäre. Im Beobachtungsjahr 2002 waren die Altersjahrgänge der 43- bis 65-jährigen Beamten in der PKV besonders stark besetzt. Angesichts dieser Altersstruktur könne der Einbezug aller beihilfeberechtigten PKV-Versicherten zu einem Stichtag sogar zu Mehrausgaben für die GKV führen, da überdurchschnittlich viele Versorgungsempfänger in die GKV wechseln würden (Wild 2005). Selbst wenn dies zutreffen sollte, stellt sich damit allerdings auch die Frage der weiteren Ausgabenentwicklung im Status-quo-Modell und ihrer Folgen für die PKV und nicht zuletzt auch die Beihilfe. In Bezug auf die Finanzwirkungen aus GKV-Sicht ist aber vor allem zu bemängeln, dass über die Alterungsrückstellungen kein Wort verloren wird. Zumindest bei einer Stichtagslösung, bei der alle Beamten zu GKV-Versicherten würden, stellt sich – ganz abgesehen von der rechtlichen Bewertung dieses Modells – die Frage nach dem Verbleib der von den Beamten während ihrer PKV-Versicherung gebildeten Alterungsrückstellungen. Bei deren Mitgabe in die GKV würden sich die Finanzwirkungen dort entsprechend deutlich günstiger gestalten.

3.4 Die Perspektive der öffentlichen Haushalte

Aus Sicht der Gebietskörperschaften bot das Beihilfesystem in den vergangenen Jahrzehnten eine vergleichsweise kostengünstige Möglichkeit, der Fürsorgeverpflichtung für die Beamten nachzukommen. So beteiligt sich das Beihilfesystem weder an der solidarischen Finanzierung der Ausgaben in der umlagefinanzierten GKV, noch werden – im Gegensatz zur PKV – Alterungsrückstellungen für die im Alter steigenden Gesundheitskosten der Beamten gebildet.

Dass das Beihilfesystem wie die PKV auf dem Kosten-erstattungsprinzip und der privatärztlichen Gebührenordnung basiert, hatte während der Phase der personellen Ausweitung des öffentlichen Dienstes in den 1960er bis Anfang der 1980er Jahre (Birnbauer 2012, 10) noch vergleichsweise geringe finanzielle Auswirkungen. Die altersspezifischen Gesundheitskosten von gesetzlich und privat Versicherten unterscheiden sich in jungen und mittleren Lebensjahren nicht sehr stark. Mit höherem Lebensalter weisen die Kopf-schadenprofile der PKV-Versicherten jedoch ein erheblich höheres Kostenniveau auf als bei entsprechenden Alters-jahrgängen in der GKV (Albrecht et al. 2010, 22). Angesichts der Alterung der Beamtenschaft ist hiervon mittlerweile auch die Beihilfe immer stärker betroffen.

Für die öffentlichen Haushalte stellen die Beihilfeausgaben eine stark wachsende Belastung dar. Sie werden sich in Bund und Ländern von 2008 bis 2050 von 7,2 Milliarden Euro auf über 28 Milliarden Euro fast vervierfachen (Benz et al. 2011, 118 ff.). Dennoch wird eine Reform des geltenden Beihilferechts bislang abgelehnt. „Diese bestehende Form der Absicherung für Beamte hat sich aus Sicht der Bundesregierung bewährt, es besteht kein Anlass für gesetzliche Änderungen“, lautete etwa noch 2012 die Antwort der christlich-liberalen Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage von Abgeordneten der Bundestagsfraktion DIE LINKE (Deutscher Bundestag 2012). Dabei steht die „Be-währung“ des bestehenden Beihilfesystems angesichts der erkennbaren bevorstehenden Belastungen erst noch an, und die Prognose dafür fällt keineswegs positiv aus.

Auffällig ist in jedem Fall, dass zu Fragen der Beihilfeaufwendungen in den öffentlichen Haushalten in Politik und Verwaltung zumeist nur eine kurzfristige Perspektive vorherrscht, die maximal bis zum Horizont der laufenden Legislaturperiode reicht. Sofern alternative Ausgestaltungen der Beamtenversorgung im Krankheitsfall – speziell in Form der gesetzlichen Versicherung einschließlich eines „normalen“ Arbeitgeberbeitrags – in dieser kurzfristigen Sicht auf Mehrausgaben hindeuten, ist damit dann meist die Debatte zu Ende. Dabei zeigt die Studie von Sehlen und Koautoren, dass – je nach Ausgestaltung einer Transformation der Beamtenversorgung – mit Mehrbelastungen lediglich während eines Übergangszeitraums zu rechnen wäre, wenn die Beihilfe sukzessive durch die Zahlung eines Arbeitgeberbeitrags ersetzt würde (Sehlen et al. 2004). Bei einer längerfristigen Perspektive fällt die Beurteilung jedoch anders aus, denn dann wäre eine Absicherung der Beamten und Pensionäre in der GKV fiskalisch günstiger als im bestehenden System. Es wäre fahrlässig, wenn die Politik diese längerfristige Perspektive bei ihren Reformüberlegungen weiter vollständig ausblenden würde.

4 Ausblick

Dem Koalitionsvertrag zufolge hat die neue Bundesregierung nicht vor, das Verhältnis zwischen GKV und PKV neu zu ordnen. Das gilt offenbar auch für die Frage der künftigen Absicherung der Beamten im Krankheitsfall. Gleichwohl wird der wachsende Problemdruck in der PKV und in den öffentlichen Haushalten schon bald Reformen erfordern.

Ohne wirksame Steuerungsmechanismen, die bei den Leistungserbringern ansetzen, wachsen die Ausgaben der Beihilfe – verstärkt durch die höhere Lebenserwartung und die bevorstehende „Pensionierungswelle“ bei den Staatsbediensteten – schier grenzenlos. Zugleich dürfte die Grenze von zumutbaren Selbstbeteiligungen bei der Beihilfe – etwa in Form von „Kostendämpfungspauschalen“ – schnell erreicht sein. Beamte und Pensionäre erwarten stattdessen Hilfe gegenüber der Mengen- und Kosteninflation bei den Versorgungsleistungen, der sie sich weitgehend wehrlos ausgeliefert fühlen. Diese Hilfe kann ihnen aber weder die heutige Beihilfe noch die PKV bieten, sondern nur ein gesteuertes Gesamtsystem wie die GKV.

In jedem Fall erforderlich ist eine konsistente Gesamtrechnung aller aktuellen und in Zukunft zu erwartenden Beihilfeausgaben (einschließlich der Bürokratiekosten), die nicht an der geteilten Zuständigkeit von Bund und Ländern scheitern darf. So enthielt etwa der von der Bundesregierung regelmäßig vorgelegte Versorgungsbericht bis zur 15. Wahlperiode des Deutschen Bundestags im Jahr 2005 noch Informationen zu den Beihilfeausgaben aller Gebietskörperschaften, seither – unter Verweis auf die Föderalismusreform von 2006 – aber nur noch für den Bund. In der Folge werden Gesamtzahlen derzeit nirgends aufbereitet. Vor diesem Hintergrund sollten die Statistischen Ämter von Bund und Ländern alsbald den Auftrag erhalten, eine deutschlandweite Gesamtrechnung vorzulegen. Zudem sollten Analysen zu den Finanzwirkungen von Beihilfereformen immer auch die Auswirkungen auf die GKV berücksichtigen.

Ebenfalls erforderlich ist eine detaillierte Analyse, wofür die aus allgemeinen Steuermitteln finanzierten Beihilfeausgaben konkret verwendet werden. Das bedeutet nichts anderes als Versorgungsforschung, also die Herstellung von Transparenz über das Versorgungsgeschehen der Beamten, um Über-, Unter- und Fehlversorgung identifizieren und gegebenenfalls gezielt gegensteuern zu können. Die Gesundheitspolitiker sind nicht nur für das gesundheitliche Wohlergehen der gesetzlich Versicherten verantwortlich, sondern auch für das der Privatversicherten, einschließlich derjenigen mit Beihilfeberechtigung. Wenn deren Wohl mehr gelten soll als das der privaten Versicherungswirtschaft und der Leistungserbringer, müssen endlich belastbare Zahlen auf den Tisch.

Literatur

Albrecht M, deMillas C, Hildebrandt S, Schliwen A (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung. Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin: IGES Institut GmbH

Augurzký B, Felder S (2013): Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung. RWI Materialien Heft 75. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Benz T, Hagist C, Raffelhüschen B (2011): Ausgabenprojektion und Reformszenarien der Beamtenversorgung in Deutschland. Studie im Auftrag des Bundes der Steuerzahler Deutschland e.V., Berlin, November 2011; www.steuerzahler.de/Bund-der-Steuerzahler-veroeffentlicht-neue-Studie-zur-Beamtenversorgung/40633c49042i1p1520/index.html

Birnbaum C (2012): Die Pensionslüge. München: DTV, 2012.

Brinke K (2013): Allein tätige Selbständige: starkes Beschäftigungswachstum, oft nur geringe Einkommen. DIW-Wochenbericht Nr. 7, 3–16

CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode

Deutscher Bundestag (2012): Antwort der Bundesregierung auf parlamentarische Anfrage von Harald Weinberg und anderen Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE zum Thema „Beitragssteigerung in der PKV“. Bundestags-Drucksache 17/9330 vom 17.04.2012

Goebel J, Grabka M, Krause P et al. (2008): Mikrodaten, Gewichtung und Datenstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP). Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 77, Heft 3, 77–109

Haun D (2013): Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 75–105

Jacobs K (2013a): Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 47–73

Jacobs K (2013b): Vom dualen System zum einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2–3, 21–27

Keßler T (2009): Radiologie. Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ. WIP-Diskussionspapier 11/09. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Keßler T (2010): Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor. Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008. WIP-Diskussionspapier 4/10. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Kingreen T, Kühling J (2013): Die monistische Einwohnerversicherung als Perspektive für den Übergang von einer dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2–3, 28–35

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2013): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln

Sehlen S, Schröder WF, Schiffhorst G (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell. Simulationsrechnungen zu Gestaltungsmöglichkeiten; www.iges.de/leistungen/finanzierung_gesetzgebung/finanzierungsreform/ (letzter Zugriff: 18.12.2013)

Statistisches Bundesamt (2013): Einnahmen und Reinerträge von Kassenpraxen: Privateinnahmen machen den Unterschied. Pressemitteilung 408/13 vom 4.12.2013

Sundmacher L, Ozegowski S (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an? Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 16, Heft 12, 30–35

Szent-Ivanyi T (2013): Beamte in die gesetzliche Krankenkasse. Berliner Zeitung, 6.11.2013

Wasem J, Buchner F, Lux G et al. (2013): Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden: Nomos

Wild F (2005): Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Wild F (2012): Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatpatienten? WIP-Diskussionspapier 1/12. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Zok K (2013): GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 15–45

DIE AUTOREN

**Dietmar Haun, Diplom-Soziologe,**

Jahrgang 1962, Studium an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Methoden der empirischen Sozialforschung und angewandten Soziologie der Universität Mannheim. Von 2001 bis 2011 beim AOK-

**Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche

Bundesverband, zunächst im Geschäftsbereich Change Management, anschließend als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen. Seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des WiDo.

Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.