

Wirtschaftskommentar	Wo bleibt der Immobilienboom? . . . . .	389
Assekuranz aktuell	Erfolgsfaktoren im globalen Geschäft . . . . .	391
	Rückversicherung: Schlägt jetzt die Stunde der Verbriefungen? . . . . .	392
	Wie viel Risiko kann ein Versicherer (er)tragen? . . . . .	393
	Sturmhistorie . . . . .	394
	100 Mrd. Euro Run-off-Potenzial . . . . .	394
	Prämienverfall in Rück . . . . .	394
	Notbremse in der Wohngebäudeversicherung . . . . .	395
	Die Beiträge garantiert der Rückversicherer Ergo bringt Fondspolice mit neuer Garantief orm . . . . .	396
	Garantien für jede Beitragszahlung . . . . .	396
	Mehr Klarheit bei der Überschussbeteiligung . . . . .	397
	Strategien zur Bewältigung der Finanzmarktkrise . . . . .	397
	Das große Geschäft mit Testsiegeln Auch Stiftung Warentest steigt nun ein . . . . .	398
	Kein Weltuntergang durch die IMD 2 . . . . .	399
Assekuranz Fragebogen	Carsten Maschmeyer . . . . .	400
Krankenversicherung	Die integrierte Krankenversicherung im Wahlkampf . . . . .	401
	<b>Prof. Dr. Mathias Kifmann / Prof. Dr. Martin Nell</b> Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland: Reformieren statt Abschaffen . . . . .	403
	Sinkt der Rechnungszins auf breiter Front? . . . . .	407
	Ärzte gegen Bürgerversicherung . . . . .	407
	<b>Prof. Dr. Stefan Fetzter / Prof. Dr. Hans Jürgen Ott</b> Was ist das "richtige" Krankenversicherungssystem? Expertenbefragung kommt bei Änderungen des Status quo auf wenig Vorteile . . . . .	408
	<b>Dr. Bastian Staub</b> Treiber der Maklerzufriedenheit – am Beispiel der privaten Krankenversicherung . . . . .	413
Gesellschaften	AdmiralDirekt . . . . .	416
	Alte Leipziger – Hallesche . . . . .	416
	Concordia . . . . .	417
	DEVK . . . . .	418
	Ergo Leben . . . . .	418
	HanseMercur . . . . .	419
	HUK-Coburg . . . . .	419
	myLife . . . . .	420
	Nordwest Assekuranz . . . . .	420
	Provinzial NordWest . . . . .	421
	VHV . . . . .	422
	Vorsorge Leben . . . . .	422
	XL Group . . . . .	423
Bücher	. . . . .	423
Impressum	. . . . .	424

Prof. Dr. Stefan Fetzer / Prof. Dr. Hans Jürgen Ott

## Was ist das „richtige“ Krankenversicherungssystem?

Expertenbefragung kommt bei Änderungen des Status quo auf wenig Vorteile

Kaum ein Thema erregt momentan in der öffentlichen Diskussion so die Gemüter wie die Ausgestaltung eines idealen Gesundheitssystems – und dabei spielt das System der Krankenversicherung die tragende Rolle. Im Zuge des Wahlkampfes zur Bundestagswahl propagieren manche Parteien die Einführung einer Bürgerversicherung, andere plädieren für ein (mehr) privatwirtschaftlich organisiertes Gesundheitssystem. Die politischen Kontrahenten können ihren gegensätzlichen Standpunkt dabei jeweils – unterstützt durch entsprechende Studien und Gutachten – gut nachvollziehbar belegen, so dass man den Eindruck gewinnen könnte, beide gesundheitspolitischen Lager haben eigentlich Recht.

Dieses Paradoxon aufzulösen hat sich eine gemeinsame Studie der Hochschule Aalen und der Dualen Hochschule (DHBW) Heidenheim zum Ziel gesetzt: In dieser Studie werden, unterstützt von einem ausgewogenen Expertengremium aus dem PKV- und GKV-Lager, zunächst objektive Argumente von subjektiven Gewichtungen unterschieden und anschließend durch eine Nutzwertanalyse wieder zusammengefügt. Das Ergebnis ist transparent und gut nachvollziehbar, stellt aber die Ansichten der politischen Lager in Frage: Der aktuelle Status quo als Mischsystem zwischen Privater Krankenversicherung (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) dominiert weitgehend alle „reinen“ Systeme. Die oftmals propagierten Vorteile einer einheitlichen Bürgerversicherung bzw. Bürgerprivatversicherung können demnach in Zweifel gezogen werden.

Fragt man die (politischen) Befürworter der Einführung einer Bürgerversicherung, warum diese eingeführt werden soll, so wird häufig mit der Finanzierungs- und Behandlungsgerechtigkeit argumentiert. Dagegen betonen die Vertreter eines reinen Systems privater Krankenversicherungen, dass diese demografiefester wären und die Selbstverantwortung der Versicherten besser fördern. Folgt man nun der Argumentation solcher PKV-Befürworter, so kommt man zwangsläufig zu der Erkenntnis, ein reines PKV-System sei das ideale Krankenversicherungssystem. Umgekehrt gibt es schlüssige Argumente der GKV-Befürworter, die eine Einführung einer Bürgerversicherung unabdingbar machen.

### Transparenz durch Trennung von sachlichen Gegebenheiten und subjektiven Präferenzen

Wie kann man nun diesen Konflikt auflösen? Die Antwort auf diese Frage ist im Prinzip ganz einfach: Man muss diesen Konflikt in einen Sach- und einen Interessenkonflikt aufteilen: Beide Kontrahenten haben mit ihren sachlich-objektiven Argumenten zweifellos Recht: So versagt beispielsweise eine nach dem Äquivalenzprinzip beitragserbende PKV bei der Umsetzung des Solidaritätsprinzips; einer auf Kapitaldeckungen verzichtenden GKV wird es künftig hingegen kaum gelingen, der gesamten alternden Gesellschaft alle medizinischen Innovationen zugänglich zu machen. Eine Diskussion hierüber ist eigentlich unnötig.

Unterschiedlicher Meinung kann man jedoch sehr wohl darüber sein, wie wichtig ei-

nem diese einzelnen Argumente sind. Derjenige, der darauf baut, dass es schon irgendwie gelingt, eine Bürgerversicherung bei akzeptablem Leistungsniveau zu finanzieren, hält das Problem einer demografiefesten, innovationsfördernden Finanzierung für vernachlässigbar, solange nur das Solidaritätsprinzip umgesetzt ist.

Ist hingegen jemand der Meinung, dass ein umfassender Versicherungsschutz für bedürftige, einkommensschwache Personen auch irgendwie über (steuerfinanzierte) Prämiensubventionen umgesetzt werden könne, das mutmaßlich wichtigste Problem der langfristigen Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen aber nur durch eine individualisierte Kapitaldeckung zu lösen sei, der kommt an einem reinen PKV-System nicht vorbei.

Die Trennung von sachlich-objektiven Einschätzungen und subjektiven Präferenzvorstellungen ist Wesensmerkmal einer Studie, die derzeit als gemeinsame Studie der Hochschule Aalen (Studienbereich Gesundheitsmanagement) und der Dualen Hochschule Heidenheim (Studiengang BWL-Versicherung, Versicherungsvertrieb und Finanzberatung) durchgeführt wird. Methodische Grundlage dieser Studie ist die Nutzwertanalyse. Dabei werden bestimmte Entscheidungsalternativen hinsichtlich bestimmter Kriterien bewertet; der Grad der Kriterienerfüllung sowie die Gewichtung dieser Kriterien entscheidet dann, welche Entscheidungsalternative sich als beste heraus stellt.

Primärziel im (bereits abgeschlossenen) ersten Teil der Studie war, die Kriterien her-

aus zu finden, mit der Krankenversicherungssysteme bewertet werden können. Weiterhin wurde identifiziert, wie alternative Systeme im Hinblick auf diese Kriterien abschneiden. Im daran anschließenden zweiten Teil der Studie soll herausgefunden werden, wie wichtig die Bürger in Deutschland die einzelnen Kriterien ansehen. Insgesamt können so der Politik auf transparenter, sachlicher, objektiver und neutraler Basis Hinweise gegeben werden, wie sie das Krankenversicherungssystem in Zukunft gestalten soll, damit dieses den Vorstellungen der Bürger am besten entspricht.

### Vorgabe von extremen Krankenversicherungs-Regimes als Basis

Zur Gewinnung von Bewertungskriterien wurden im ersten Teil der Studie vier Krankenversicherungs-Szenarios („KV-Regimes“) vorgegeben. Hierbei stand explizit nicht die versicherungsökonomische und politische Machbarkeit im Vordergrund, sondern die Eigenschaft, die gesuchten Beurteilungskriterien gut und trennscharf herauszuarbeiten. Die KV-Regimes umfassten im Einzelnen:

– „Status quo“: Dieses Regime repräsentiert das gegenwärtige Krankenversicherungssystem: Arbeitnehmer und Ange-

Prof. Dr. Stefan Fetzer  
Studiengang Gesundheitsmanagement, Hochschule Aalen  
Prof. Dr. Hans Jürgen Ott  
Studiengang BWL-Versicherung, DHBW Duale Hochschule  
Baden-Württemberg, Heidenheim



stelle mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, die nicht bestimmten Berufsgruppen (Beamte, Selbstständige...) angehören, sind pflichtversicherte Mitglieder der GKV; darüber hinaus gibt es in der GKV freiwillig Versicherte und mitversicherte Familienangehörige. Finanziert wird die GKV-Komponente über einen Gesundheitsfonds, der sich aus Beiträgen auf Basis des beitragspflichtigen Einkommens von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie Steuern speist. Aus diesem bekommen die Krankenkassen morbiditätsorientierte Zuweisungen für ihre Versicherten und müssen – falls diese nicht ausreichen – Zusatzbeiträge erheben (bzw. können Sie Prämien ausschütten, falls die Zuweisungen die Ausgaben übersteigen).

Es gilt ein gleicher gesetzlicher Leistungskatalog für alle GKV-Versicherten. Daneben sind für diesen Personenkreis private Zusatzversicherungen möglich. Bei einem Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe besteht die Möglichkeit, sich bei einer PKV voll zu versichern. Private Voll- und Zusatzversicherungen werden über Prämien finanziert. Der Leistungskatalog ist grundsätzlich frei verhandelbar zwischen PKV-Unternehmen und Versicherungsnehmern.

– „nur GKV“: Dieses Regime repräsentiert ein einheitliches, der gesamten Bevölkerung Versicherungsschutz bietendes Krankenversicherungssystem, das nur aus gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts besteht. Die Finanzierung des Systems erfolgt analog derjenigen der GKV im Status quo über einen Gesundheitsfonds. Zusätzliche Leistungen sind in diesem vorgegebenen Regime aber nicht versicherbar, Leistungserbringer (z.B. Ärzte) können Zusatzleistungen nicht abrechnen.

– „nur PKV“: In diesem Regime gibt es nur privatwirtschaftliche Krankenversicherungsunternehmen. Diese finanzieren sich über privatwirtschaftlich kalkulierte Prämien, die sich am Krankheitsrisiko der Versicherten orientieren. In der Kalkulation der Prämien sind auch Altersrückstellungen enthalten, die zudem Zuschläge für zukünftige Verteuerungen der Leistungen beinhalten. Der Leistungskatalog ist (oberhalb eines gesetzlich vorgegebenen Minimums) grundsätzlich frei verhandelbar, d.h. erweiterbar zwischen

**Tabelle 1:** Die fünf Runden der Delphi-Befragung

**Runde 1: Entwicklung eines Kriterienkatalogs**

Die Experten nannten aus ihrer Sicht relevante Kriterien zur Beurteilung von Krankenversicherungssystemen und gaben für jedes der vier vorgegebenen Regime einen Erfüllungsgrad zwischen 1 („das Regime erfüllt das Kriterium nicht“) und 10 („das Regime erfüllt das Kriterium voll“) an. Aus den Rückläufen ergab sich ein Katalog von 70 unterschiedlichen Kriterien, die zu 13 Oberkriterien verdichtet wurden. Den 13 Oberkriterien wurde für jedes der Regime der Mittelwert über die Erfüllungsgrade der Experten zugeordnet.

**Runde 2: Feedback zum Kriterienkatalog und Austausch über Erfüllungsgrade**

Auf Basis der Ergebnisse der Runde 1 (Oberkriterien und Erfüllungsgrade) gaben die Experten wiederum die Erfüllungsgrade für die 13 Oberkriterien an. Falls ein Experte in seiner Einschätzung signifikant vom Mittelwert aus Runde 1 abgewichen ist, sollte er dies begründen.

**Runde 3: Austausch von Begründungen für Abweichungen**

Die in Runde 2 geäußerten Begründungen für signifikante Abweichungen, die erneuerten Mittelwerte der Erfüllungsgrade sowie deren statistische Verteilung wurden den Experten mitgeteilt, damit diese erneut ihre Einschätzungen überdenken konnten. Signifikante Abweichungen von den Mittelwerten aus Runde 2 sollten wieder begründet werden. Die Erfüllungsgrade in dieser 3. Runde sind gegenüber der 2. Runde erkennbar konvergiert, d.h. die Einschätzungen der Experten haben sich aufeinander zu bewegt (gemessen durch die Standardabweichung pro Kriterium und Regime). Diese Konvergenz ist jedoch je nach Kriterium stärker oder schwächer ausgeprägt. Bei 7 Kriterien wurde bereits ein hohes Maß an Übereinstimmung erzielt.

**Runde 4: Austausch über noch nicht konvergierte Kriterien**

Bei den bereits nach der Runde 3 konvergenten Kriterien wurden die erzielten Mittelwert-Erfüllungsgrade durch die Experten abschließend bestätigt. Bei den verbleibenden 6 Kriterien, die noch stark in den Bewertungen streuten, fand eine erneute Bewertung statt. Aus den Rückläufen ergab sich schließlich auch für diese 6 Kriterien eine befriedigende Konvergenz

**Runde 5: Information über abschließende Erfüllungsgrade und subjektive Kriterieneinschätzung**

Die Experten wurden zunächst über die Ergebnisse der Delphi-Studie (Mittelwert der Erfüllungsgrade der Kriterien in den einzelnen Regimes) informiert und gaben ihr abschließendes Einverständnis mit den erzielten Ergebnissen. Zusätzlich wurden sie gebeten – als Einstieg in den zweiten Teil der Studie – die Bedeutung der Kriterien bei der Beurteilung von KV-Regimes aus ihrer subjektiven Sicht einzuschätzen.

PKV-Unternehmen und Versicherungsnehmern. Versicherte werden „sozial abgedeckt“ (z.B. durch einen Steuer-Transfer-Mechanismus).

– „GKV + PKV neu“: Dieses duale Mischsystem aus PKV und GKV ist gekennzeichnet durch einen Grundleistungskatalog analog dem Regime „nur GKV“, allerdings mit einem geringeren Leistungsniveau. Dieser Grundleistungskatalog wird – für die gesamte Bevölkerung – wie im Regime „nur GKV“ über einen Gesundheitsfonds finanziert. Private Zusatzversicherungen jeglicher Art sind bei privaten KV-Unternehmen auf freiwilliger Basis möglich. Mit diesen können dann nicht im Grundleistungskatalog vorgesehene Leistungen oder qualitativ hochwertigere Leistungen versichert werden. Ebenso können Altersrückstellungen sowie Rückstellungen für zukünftig verteuerte Leistungen über Zusatzversicherungen freiwillig aufgebaut werden.

### Delphi-Studie zur Ermittlung von Beurteilungskriterien

Zur Ermittlung der Kriterien, mit denen diese Krankenversicherungsregime sinnvoll beurteilt werden können, wurde im ersten Teil der Studie die Delphi-Technik angewandt: 10 Krankenversicherungs-Experten ermittelten in 5 Delphi-Runden die Kriterien und schätzten ein, inwieweit die 4 Regimes diese Kriterien erfüllen. Bei der Zusammensetzung der Experten wurde stark auf Ausgewogenheit geachtet; 5 Experten können eher dem „GKV-Lager“ und 5 eher dem „PKV-Lager“ zugeordnet werden. Wer als Experte mitgewirkt hat, war nur den beiden Studienleitern bekannt. Von den Experten schied einer nach Abschluss der ersten Delphi-Runde aus; die anderen 9 Experten blieben bis zum Ende der Delphi-Studie dabei.

Die Ergebnisse der einzelnen Delphi-Runden wurden jeweils zusammengefasst und in der darauf folgenden Runde den Ex-



**Tabelle 2:** 13 Kriterien zur Beurteilung von KV-Regimen

<p>1. Effiziente Versorgung durch das gesamte Gesundheitssystem: Systemeffizienz, Vermeidung von Über-, Unter-, Fehlversorgung, Versorgungsmanagement, Kostenstruktur der Versorgung, qualitative Entwicklung durch Selektivverträge, Finanzierbarkeit des Gesamtsystems.</p> <p>2. Effizienz Leistungserbringer: Anreize für Leistungserbringer, Anreize zur effizienten Leistungserbringung und Leistungssteuerung, Motivation der Leistungserbringer.</p> <p>3. Effizienz Kassen/Versicherungen: Kostenstruktur der Versicherer/Kassen, Wechselmöglichkeit und Zugang zu Versicherungen, Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV auf der Beitrags- und Leistungsseite, Anreize zur Risikoselektion.</p> <p>4. Qualitativ hochwertige Versorgung: Hohes Ausmaß an Qualität der medizinischen Leistung, Finanzierung der medizinischen Infrastruktur, Evidenz-basierte Medizin.</p> <p>5. Gerechte Verteilung der Leistungen (gleicher Zugang): Sozial gerechte Leistungen, Zugang zur (wohnortnahen) Versorgungsinfrastruktur, Zugang zum medizinischen Fortschritt, Behandlungsgerechtigkeit, Schutz vor Zwei-Klassen-Medizin, Versicherungsschutz ohne Leistungsausschluss aufgrund gesundheitlicher Vorerkrankungen.</p> <p>6. Gerechte Verteilung der Finanzierung (Umsetzung des Leistungsfähigkeitsprinzips): Sozial gerechte Beiträge, solidarische Finanzierung nach Leistungsfähigkeit, bezahlbarer Krankenschutz für alle, Transparenz und Effizienz der Umverteilung.</p> <p>7. Generationengerechte Finanzierung (Gleichbehandlung aller Generationen): Generationengerechte Finanzierung, Nachhaltigkeit.</p> <p>8. Finanzierbarkeit der Beiträge in der Zukunft: Dauerhafte Bezahlbarkeit, Demografiefestigkeit, Unabhängigkeit der Finanzierung des Gesundheitswesens von der Steuerfinanzierung, Finanzierung stabil bei Anlagekrisen.</p> <p>9. Möglichkeit zur Präferenzoffenbarung hinsichtlich gewünschtem Leistungsniveau: Versicherungsschutz nach Präferenz der Versicherten, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit, hohe Patientensouveränität, Ausgewogenheit von Leistung und Beitrag, Anreize für effiziente Nachfrage von Gesundheitsleistungen.</p> <p>10. Eigenverantwortung: Subsidiaritätsprinzip, Möglichkeiten zur Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten, Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten.</p> <p>11. Geringe Lohn(neben)kosten: Möglichst geringe Belastung der Arbeitskosten, Abkopplung Gesundheitskosten von Arbeitskosten.</p> <p>12. Innovationsfreundlichkeit: Förderung der Entwicklung des medizinischen Fortschritts, Zugang zum medizinischen Fortschritt.</p> <p>13. Realisierbarkeit: Akzeptanz in der Bevölkerung, politische Realisierbarkeit.</p>
---

perten als Feedback mitgeteilt. Dieses Feedback sollte dazu dienen, die eigenen Einschätzungen der Vorrunde im Lichte der Meinung der anderen Experten zu überdenken und gegebenenfalls zu revidieren. Am Ende der 5. Runde wurde eine relativ einheitliche Einschätzung der Experten hinsichtlich der Erfüllungsgrade der Kriterien in den vier vorgegebenen Regimes erreicht. Die fünf Runden der Delphi-Befragung sind in Tabelle 1 beschrieben.

Das erste Ergebnis der Delphi-Befragung sind 13 Kriterien für Krankenversicherungssysteme, die als Oberkriterien aus 70 Kriterien-Nennungen der Experten gewonnen wurden. Tabelle 2 zeigt diese 13 Kriterien und typische dazugehörige Kriterien-Nennungen der Experten. Die 13 Kriterien lassen sich inhaltlich unterteilen in Kriterien, die sich mit der Erfüllung von Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitssystem auseinandersetzen (Kriterien 1-4), Kriterien, die sich mit dem Thema Gerechtigkeit befassen (5 und 6), Kriterien, die

sich mit der Umsetzung des Äquivalenzprinzips beschäftigen (Kriterien 9 und 10) und Kriterien, die sich mit dem Thema zukünftige Entwicklungen beschäftigen (Kriterien 7, 8 und 12). Die Kriterien „Geringe Lohn(neben)kosten“ und „Realisierbarkeit“ stehen inhaltlich hingegen für sich selbst.

**Welches KV-System erfüllt die Kriterien am besten?**

Tabelle 3 zeigt das zweite wesentliche Ergebnis der Delphi-Befragung. Nämlich die als objektivierbare Größe durch die Experten gebildeten Erfüllungsgrade der vier vorgegebenen KV-Regimes. Ein höherer Wert bedeutet eine höhere Erfüllung des Kriteriums durch das jeweilige System (bei einer 1 erfüllt das System das Kriterium gar nicht, bei einer 10 ist das Kriterium hingegen voll erfüllt). Ein Blick auf Tabelle 3 zeigt, dass bei den Kriterien, die inhaltlich zum Thema „Gerechtigkeit“ gehören, die Systeme „Status quo“ und „nur GKV“ vergleichs-

weise gut abschneiden. Hingegen sind die Kriterien, die sich mit der Umsetzung des Äquivalenzprinzips und den zukünftigen Entwicklungen beschäftigen, deutlich dominiert vom System „nur PKV“. Das neue Mischsystem mit einer Basisversicherung GKV für die gesamte Bevölkerung und der Möglichkeit freiwilliger privater Zusatzversicherungen „GKV+PKV neu“ wird bemerkenswerter Weise nur bei den „Zukunfts-Kriterien“ sowie den Kriterien 9 und 10 von den Experten besser eingestuft als der Status quo.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass es auch nach der 4. Runde noch eine Streuung der Experten in der Vergabe der Erfüllungsgrade der Kriterien durch die Regime gab. Die Standardabweichung als Maß für diese Streuung liegt je nach Kriterium und Regime zwischen 0,44 und 1,99 und beträgt im Mittel über alle Regime 1,1. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass - bei einer unterstellten Normalverteilung der Einschätzungen - etwas mehr als zwei Drittel



dieser Einschätzungen in einem 2,2 Punkte breiten Intervall um den Mittelwert herum liegen.

Abbildung 1 veranschaulicht, wie von Runde zu Runde die Erfüllungsgrade der Experten konvergierten. Von den Studienleitern wurde ein Mittelwert der Standardabweichungen über die Regime von 1,4 je Kriterium (Benchmark-Standardabweichung) oder niedriger als ausreichende Konvergenz vorab definiert. Nach der zweiten Runde wurde diese Benchmark nur bei drei Kriterien unterschritten, nach der dritten Runde schon bei 7 Kriterien. Schließlich sind die verbleibenden 6 Kriterien nach der vierten Runde ebenfalls konvergiert.

Die Experten aus PKV und GKV waren sich also nach dem Austausch ihrer Erfüllungsgrade und Begründungen nach den fünf Delphi-Runden wesentlich einiger als zuvor und konnten sich schlussendlich mit den erzielten Mittelwerten aus Tabelle 3 identifizieren. Dies zeigt eine hohe Zuverlässigkeit und – über die Zusammensetzung der Expertenrunde – auch eine Neutralität und Objektivität der Ergebnisse. Mit den ermittelten Kriterien und Erfüllungsgraden steht somit dem zweiten Teil der Studie, der Ermittlung der Kriteriengewichte, eine tragfähige Basis zur Verfügung.

**Wie (ge-)wichtig sind die einzelnen Kriterien?**

Für die Durchführung der Nutzwertanalyse muss – neben der Bestimmung der Erfüllungsgrade – noch ermittelt werden, wie wichtig die 13 Kriterien in Relation zueinander sind. Wie eingangs ausgeführt, kann diese Gewichtung – je nach politischer Couleur bzw. je nach „Krankenversicherungslager“ – durchaus unterschiedlich ausfallen, da eine solche Gewichtung rein subjektive Einstellungen widerspiegelt. Deswegen sollte man eigentlich eine Abstimmung der Bevölkerung durchführen, um herauszufinden, wie wichtig dieser die einzelnen Kriterien sind.

Vorbehaltlich etwaiger Umsetzungsproblematiken einer hierzu notwendigen Bevölkerungs-Befragung (beispielsweise ob bzw. wie die genannten Kriterien für die Bevölkerung verständlich sind bzw. gemacht werden können) sollen im Folgenden einige theoretisch mögliche Ergebnisse bei unterschiedlichen subjektiven Kriteriengewichtungen analysiert werden. Damit kann vor-

**Tabelle 3:** Erfüllungsgrade (1-10) der jeweiligen Kriterien

Kriterium	Mittelwerte (1 - 10)			
	nur GKV	nur PKV	GKV+ PKV neu	Status quo
1. Effiziente Versorgung durch das gesamte Gesundheitssystem	4,5	3,6	5,5	6,3
2. Effizienz Leistungserbringer	4,6	4,5	4,7	6,2
3. Effizienz Kassen/Versicherungen	3,6	4,1	4,3	6,7
4. Qualitativ hochwertige Versorgung	4,3	5,6	5,2	6,6
5. Gerechte Verteilung Leistung	5,7	4,9	5,4	6,2
6. Sozial gerechte Verteilung Finanzierung	5,5	4,8	4,8	5,8
7. Generationengerechte Finanzierung	2,7	7,9	5,6	5,3
8. Finanzierbarkeit der Beiträge in der Zukunft	3,6	6,8	6,1	5,3
9. Möglichkeit zur Präferenzoffenbarung hinsichtlich gewünschtem Leistungsniveau	2,1	7,9	5,9	5,5
10. Eigenverantwortung	3,1	7,9	4,3	4
11. Geringe Lohn(neben)kosten	3,6	7,6	4,8	4,8
12. Innovationsfreundlichkeit	3,4	6,4	5,5	6,3
13. Realisierbarkeit	3,4	1,4	6,2	8,3

ab die Bandbreite der möglichen Resultate einer solchen Bevölkerungsbefragung abgeschätzt werden.

Basis für die Berechnung der Vorteilhaftigkeit eines KV-Regimes ist das so-

genannte Nutzwert-Tableau. Ein solches Nutzwert-Tableau ist in der Tabelle 4 für eine angenommene subjektive Gleichgewichtung aller Kriterien dargestellt. Aus der Gleichgewichtung der Kriterien ergibt sich für jedes Kriterium ein relatives Kri-

**Abbildung 1:** Standardabweichungen der Experten-Erfüllungsgrade (Mittelwert je Kriterium)

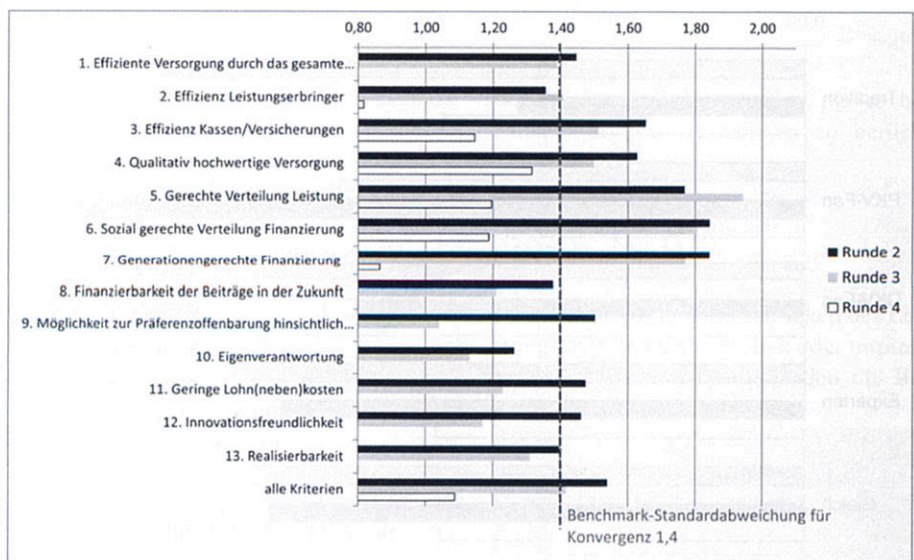




Tabelle 4: Nutzwert-Tableau (angenommene Gleichgewichtung der Kriterien)

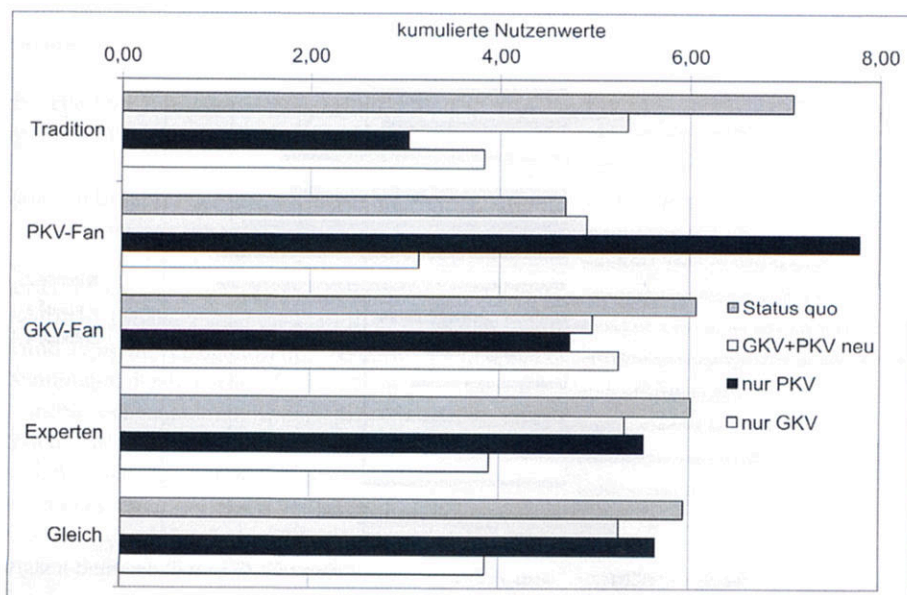
Kriterium	Kriterien-gewicht absolut	Kriterien-gewicht relativ (G)	Erfüllungsgrade (E)				Nutzerwerte (G * E)			
			nur GKV	nur PKV	GKV+ PKV neu	Status quo	nur GKV	nur PKV	GKV+ PKV neu	Status quo
1. Effiziente Versorgung durch das gesamte Gesundheitssystem	1	7,69%	4,5	3,6	5,5	6,3	0,35	0,28	0,42	0,48
2. Effizienz Leistungserbringer	1	7,69%	4,6	4,5	4,7	6,2	0,35	0,35	0,36	0,48
3. Effizienz Kassen/Versicherungen	1	7,69%	3,6	4,1	4,3	6,7	0,28	0,32	0,33	0,51
4. Qualitativ hochwertige Versorgung	1	7,69%	4,3	5,6	5,2	6,6	0,33	0,43	0,40	0,51
5. Gerechte Verteilung Leistung (gleicher Zugang)	1	7,69%	5,7	4,9	5,4	6,2	0,44	0,38	0,42	0,48
6. Gerechte Verteilung Finanzierung (Umsetzung des Leistungsfähigkeitsprinzip)	1	7,69%	5,5	4,8	4,8	5,8	0,42	0,37	0,37	0,44
7. Generationengerechte Finanzierung (Gleichbehandlung aller Generationen)	1	7,69%	2,7	7,9	5,6	5,3	0,21	0,60	0,43	0,40
8. Finanzierbarkeit der Beiträge in der Zukunft	1	7,69%	3,6	6,8	6,1	5,3	0,28	0,52	0,47	0,41
9. Möglichkeit zur Präferenzoffenbarung hinsichtlich gewünschtem Leistungsniveau	1	7,69%	2,1	7,9	5,9	5,5	0,16	0,61	0,45	0,42
10. Eigenverantwortung	1	7,69%	3,1	7,9	4,3	4,0	0,24	0,61	0,33	0,31
11. Geringe Lohn(neben)kosten	1	7,69%	3,6	7,6	4,8	4,8	0,28	0,58	0,37	0,37
12. Innovationsfreundlichkeit	1	7,69%	3,4	6,4	5,5	6,3	0,26	0,49	0,42	0,48
13. Realisierbarkeit	1	7,69%	3,4	1,4	6,2	8,3	0,26	0,11	0,48	0,64
Kumulierte Nutzenwerte							3,85	5,65	5,26	5,94

teriangewicht von 7,69 Prozent. Durch Multiplizieren mit den Erfüllungsgraden ergeben sich dann die Nutzenwerte der einzelnen Regime in den jeweiligen Kriterien. Diese Nutzenwerte können für jedes Regime zu kumulierten Nutzenwerten addiert werden; sie drücken aus, wie vorteilhaft das jeweilige Regime gegenüber den

anderen ist. Bei einer Gleichgewichtung der Kriterien würde der Status quo mit 5,94 kumulierten Nutzenwerten am besten abschneiden, gefolgt von einem System „nur PKV“ mit 5,65 Nutzenwerten. Das Mischsystem „GKV + PKV neu“ käme auf 5,26 kumulierte Nutzenwerte und das System „nur GKV“ auf 3,85.

Es ist allerdings eher unwahrscheinlich, dass alle 13 Kriterien bei einer Bevölkerungsbefragung gleich gewichtet würden. Deswegen sind in Abbildung 2 neben dieser Gleichgewichtung („Gleich“) alternative mögliche Gewichtungen der folgenden Szenarien abgebildet:

Abbildung 2: Kumulierte Nutzenwerte bei alternativen Kriteriengewichtungen



- „Experten“: Mittelwert der in der Delphi-Runde 5 von den Experten zurückgemeldeten Kriteriengewichte (je Experte normiert auf 100 Prozent über alle Kriterien).
- „GKV-Fan“: Die drei Kriterien K2, K5 und K6, in denen ein reines GKV-System im Vergleich zum Erfüllungsgrad-Mittelwert der anderen Regime am besten abschneidet, wurden hoch gewichtet; die anderen erhielten das Gewicht 0.
- „PKV-Fan“: Die drei Kriterien K7, K10 und K11, in denen ein reines PKV-System im Vergleich zum Erfüllungsgrad-Mittelwert der anderen Regime am besten abschneidet, wurden hoch gewichtet; die anderen erhielten das Gewicht 0.
- „Tradition“: Die drei Kriterien K1, K3 und K13, in denen der Status quo im Vergleich zum Erfüllungsgrad-Mittelwert der anderen Regimes am besten abschneidet, wurden hoch gewichtet; die anderen erhielten das Gewicht 0.

Wie Abbildung 2 verdeutlicht, schneidet mit Ausnahme der sehr extremen Kriteriengewichtung im Szenario „PKV-Fan“ der Status quo immer am besten ab. Im Szenario „Experten“ wird bei den beiden „reinen“ Regimen „nur PKV“ bzw. „nur GKV“ ein PKV-System bevorzugt. Dieses dominiert sogar leicht das Regime „GKV+PKV neu“, dennoch schneidet auch hier der Status quo am besten ab.

### Implikationen für die zukünftige Gestaltung des Krankenversicherungssystems

In der hier beschriebenen Studie wurden durch ein ausgeglichenes besetztes Expertengremium mittels einer Delphi-Befragung insgesamt 13 Kriterien zur Bewertung von Krankenversicherungssystemen generiert. Zudem konnte durch die Delphi-Befragung ermittelt werden, in welchem quantitativen Ausmaß das bestehende Krankenversicherungssystem sowie drei vorgegebene fiktive Krankenversicherungssysteme diese 13 Kri-

terien jeweils erfüllen. Durch die Auswahl der Experten können diese ermittelten Erfüllungsggrade als objektive Basis für eine Nutzwertanalyse dienen. Was hierbei noch an Information fehlt, ist die relative Wichtigkeit der einzelnen Kriterien, die über eine Aggregation subjektiver Einschätzungen wie z.B. durch eine Bevölkerungsbefragung gemessen werden kann.

Die Abschätzung der Bandbreite möglicher Ergebnisse dieser Bevölkerungsbefragung kann aber schon jetzt nützliche Hinweise für eine mögliche Umgestaltung des Krankenversicherungssystems geben. Die derzeit in der Diskussion befindlichen Bürgerversicherungsmodelle wurden zwar bewusst bei der Modellierung der System-Regime vernachlässigt, dürften sich aber irgendwo zwischen den Regimen „nur GKV“ und „GKV + PKV neu“ bewegen. Die hier gezeigten Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine Umgestaltung in diese Richtung gegenüber dem Status quo alles in allem wenig Vorteile bringen würde.

Das System „nur PKV“ kommt den Modellen einer „Bürgerprivatversicherung“ am nächsten und ist – bei entsprechender Gewichtung der Kriterien - unter Umständen dem Status quo überlegen. Allerdings (und durch die Delphi-Befragung belegt) erscheint dessen Einführung schlichtweg unrealistisch.

Für die Umgestaltung des Krankenversicherungssystems bzw. für zukünftige Gesundheitsreformen gilt es daher, Maßnahmen durchzuführen, die eine sukzessive Verbesserung des Status quo herbeiführen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es bei grundsätzlichen systemischen Änderungen immer auch Zielkonflikte bei den Kriterien geben kann, die es dann zu minimieren gilt. Eine Nutzwertanalyse wie die hier beschriebene kann dabei eine wichtige Entscheidungsunterstützung bieten und dazu beitragen, mehr Rationalität in das Emotionsthema Gesundheitspolitik einzubringen.