

Zu den Altersbeiträgen in der privaten Krankenversicherung

10 Jahre nach Umsetzung der Empfehlungen der Wasem-Kommission – Eine Zwischenbilanz

Steigen die Beiträge für die private Krankenversicherung (PKV) im Alter auf ein kaum noch bezahlbares Niveau? Glaubt man den Presseberichten der letzten Monate, muss die Frage wohl mit ja beantwortet werden. Erstaunlich: Keine der Studien, auf die sich die Presseartikel beziehen, hat die tatsächlich von älteren Privatversicherten zu zahlenden Beiträge untersucht. Mangels öffentlich zugänglicher Daten hat man sich an das Thema „herangerobbt“. Es ist an der Zeit, Fakten zu zeigen. Anhand der Daten des größten privaten Krankenversicherers, der mit 2,1 Millionen ein Viertel aller PKV-Vollversicherten betreut, wird die Beitragsentwicklung der letzten zwei Jahrzehnte dokumentiert und analysiert. Fazit: Die gesetzlichen Maßnahmen, die zum 01.01.2000 aufgrund der Empfehlungen der von Jürgen Wasem geleiteten Expertenkommission umgesetzt worden waren, haben die Beitragsentwicklung der über 65-jährigen Versicherten deutlich abgemildert. Handlungsbedarf besteht aber in der Altersgruppe der 45- bis 60-jährigen.

■ Tania Alogo Owono, Roland Weber

Den Auftakt machte der Stern: „Lieber Kasse als privat. Warum es trotz Zuzahlung besser ist, gesetzlich versichert zu sein“ war die Titelgeschichte am 4. Februar [1]. Am 6. Februar meldete SPIEGEL online: „Regierungsstudie kritisiert Kostenexplosion bei Privatkassen“ und berichtete, dass eine vom Bundeswirtschaftsministerium beim IGES-Institut in Auftrag gegebene Studie unter Verschluss gehalten werde, weil sie negativ für die PKV ausfalle [2]. Der Rest der Presse zog nach, und auf wundersame Weise war eine äußerst detaillierte Kleine Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion zum Thema so weit vorbereitet, dass sie bereits am 10. Februar eingereicht werden konnte [3]. Die Grünen folgten am 5. März [4].

Zwischenzeitlich hat das IGES-Institut die Studie ins Internet gestellt [5], so dass ihre Methodik, Ergebnisse und Tendenzaussagen überprüft werden können. Der Berufstand der Aktuarien (Versicherungsmathematiker) hat offensichtlich erhebliche Mängel ausgemacht und eine Arbeitsgruppe mit einer kritischen Analyse der Studie beauftragt. Wir wollen an dieser Stelle nur kurz auf einige Punkte eingehen.

*Tania Alogo Owono, Abteilung Mathematik/Debeka Krankenversicherung
Roland Weber, Vorstandsmitglied und verantwortlicher Aktuar, Debeka Versicherungen*

1. Anmerkungen zu IGES und anderen Studien

Die IGES-Studie beklagt, dass es an öffentlich zugänglichen und adäquat aufbereiteten Daten zur Prämienentwicklung mangle (S. 48). Eine erste Annäherung wird mit einer DIW-Untersuchung aus 2006 versucht [6], die aus Befragungsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) in den vergangenen 20 Jahren einen nahezu doppelt so hohen Anstieg der Prämien in der PKV gegenüber der GKV ableitet. Allerdings räumt IGES selbst ein, dass die Aussagekraft der SOEP-Daten, die aus einer Selbsteinschätzung im Rahmen einer Befragung erfolgten, eingeschränkt ist.

Der Branchendienst map-report, der jedes Jahr Bestandsbeiträge von 16 etablierten privaten Krankenversicherern auswertet, fragt in seinem jüngsten m-rating [7], „Wo sind die explodierenden Beiträge?“ und stellt fest: „Von Beitragsexplosionen, wie sie scheinbar an Einzelfällen gern medienwirksam herangezogen werden, kann keineswegs die Rede sein“ (S. 11). Zwischen 2000 und 2010 kommt der map-report bei den untersuchten PKV-Unternehmen auf durchschnittliche jährliche Beitragssteigerungen zwischen 0,7 % und 5,7 %, die meisten Unternehmen liegen zwischen 3 % und 4 %. Obwohl die vom map-report untersuchten Unternehmen durchaus repräsentativ für die PKV sind (unter anderem sind, gemessen an den Beitragseinnahmen, die Nummern 1, 2, 5, 11, 14, 15, 16 und 17 dabei, der Marktanteil der untersuchten Unternehmen liegt bei

48 %), stellt IGES die Repräsentativität der Ergebnisse in Frage.

Auch die Rating-Agentur Assekurata verfügt über einen großen Datenbestand über die Beitragsentwicklung von PKV-Unternehmen. In [8] stellt Assekurata z. B. für die Debeka (und damit für 25 % der Privatversicherten) fest, dass die Bestandsbeiträge im Sechsjahresdurchschnitt 2005 bis 2010 um 2,46 % pro Jahr gestiegen seien.

Assekurata verweist überdies darauf, dass die Beiträge in den Beamntentariifen üblicherweise deutlich geringer steigen als in Tarifen für Nichtbeamte. Im Durchschnitt aller gerateten Unternehmen ergibt sich eine jährliche Beitragssteigerung von 2,23 % bei den Beihilfetarifen und von 4,26 bei den Nichtbeihilfetarifen. Dies liegt unter anderem an der unterschiedlichen Tarifstruktur. Beamntentariife weisen in der Regel kaum summenmäßige Selbstbehalte aus, während bei Arbeitnehmern Tarife ohne Selbstbehalt fast gar nicht abgeschlossen werden und Selbständige in der Regel sehr hohe Selbstbehalte wählen. Maximal zulässig sind Selbstbehalte bis 5.000 €/Jahr.

Nun fallen aber bei gleichen Kostensteigerungen mit zunehmendem Selbstbehalt in den Tarifen die Beitragssteigerungen überproportional hoch aus. Zur Erläuterung dieses Phänomens soll die folgende, zugegebenermaßen stark vereinfachte Beispielrechnung dienen:

Wir unterstellen, ein durchschnittlicher Versicherter, etwa im Alter zwischen 30 und 40, verursacht im Jahr 1.500 € Krankheitskosten. Wir unterstellen 3 Tarifvarianten: eine ohne Selbstbehalt, eine mit 500 € Selbstbehalt und eine mit 1.000 € Selbstbehalt. Der notwendige Beitrag zur Deckung der Leistungen beträgt dann im ersten Fall 1.500 €, im zweiten Fall 1.000 € und im dritten Fall 500 €.

Wir nehmen dann an, dass nach einem gewissen Zeitraum die Krankheitskosten um 33,3 % gestiegen seien: es sind also 2.000 € abzudecken. Damit steigt der notwendige Beitrag in allen Tarifen um 500 € - was allerdings im ersten Tarif 33,3 % des Ursprungsbeitrages ausmacht, im zweiten Tarif 50 % und im dritten Tarif 100 %. Beitragsexplosion in den Fällen 2 und 3? Mitnichten. Noch immer ist die absolute Höhe des Beitrages in diesen Tarifen deutlich unter der des ersten Tarifs.

Will man die prozentuale Beitragsentwicklung in der PKV mit der der GKV vergleichen, müssten (neben anderen Faktoren) solche tariflichen Besonderheiten berücksichtigt werden. Dies haben weder das DIW noch IGES getan. Auch hat IGES nicht auf die Daten von Assekurata zurückgegriffen. Statt dessen versucht das Institut, mit Hilfe von Zahlen über die Entwicklung der Neuzugangsbeiträge auf die Beitragsentwicklung im Bestand zu schließen. Die Daten wurden von dem Softwarehaus Morgen & Morgen, einem professionellen Anbieter von Software für Versicherungsmakler, erworben. Fürwahr eine äußerst zweifelhafte Annäherung an die Wirklichkeit.

Um die Problematik steigender PKV-Beiträge im Alter zu verstehen, ist es hilfreich, sich zunächst mit der Kalkulationsmethode in der PKV auseinander zu setzen.

2. Das mathematische Modell und seine Grenzen

Die Kalkulation der privaten Krankenversicherung beruht auf dem Äquivalenzprinzip. Das bedeutet, dass für jeden Versicherten der erwartete diskontierte Wert aller zukünftigen Beiträge dem erwarteten diskontierten Wert aller zukünftigen Leistungen entsprechen sollte. In der Praxis wird diese Gleichung für den einzelnen Versicherten nicht aufgehen. Der Ausgleich findet über das Versichertenkollektiv statt, bestehend aus Versicherten des selben Tarifs, Jahrgangs und Geschlechts. Jedes Kollektiv muss die während der Vertragsdauer insgesamt anfallenden Versicherungsleistungen mit eigenen Beiträgen decken (Kapitaldeckungsverfahren).

Nun steigen die Krankheitskosten mit zunehmendem Alter. Damit die Prämie über die gesamte Versicherungsdauer (theoretisch) konstant bleibt, setzt sie sich aus zwei Teilen zusammen:

- der Risikobeitrag, der zur Finanzierung der laufend anfallenden Leistungen verwendet wird,
- der Sparbeitrag, der in jungen Jahren zur Bildung von Alterungsrückstellungen dient, um im Alter den die Prämie übersteigenden Risikoanteil zu finanzieren.

Die weiteren Kalkulationsgrundlagen wie Ausscheidewahrscheinlichkeiten, Rechnungszins, Sicherheitszuschlag und Kostenzuschläge lassen wir hier zur Vereinfachung unberücksichtigt. Eine ausführliche Beschreibung der Mathematik der privaten Krankenversicherung findet sich z. B. in [9] oder [10].

Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland bietet das PKV-Modell den Vorteil, dass jeder Jahrgang seine Gesundheitskosten selbst finanziert. Die Tatsache, dass es in Deutschland immer mehr alte und immer weniger junge Menschen gibt, hat bei der Anwendung dieses Verfahrens keinen Einfluss auf die Höhe der Beiträge. Unter diesem Aspekt ist das Kapitaldeckungsverfahren besser geeignet als das Umlageverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei dem eine Umlage von jung nach alt stattfindet. In der PKV findet lediglich eine Umlage innerhalb des Kollektivs statt.

Bei der Umsetzung des Kapitaldeckungsverfahrens stellt sich die Frage, wie man die für die gesamte Versicherungsdauer für einen Versicherten zukünftig im Durchschnitt anfallenden Kosten ermittelt. Hier kann man nur die Risiken abdecken, die bereits bekannt und in ihrer Höhe absehbar sind. Es wird daher angenommen, dass die zukünftigen Leistungen der Summe der durchschnittlichen Leistungen in der eigenen und in allen folgenden Altersstufen zum Zeitpunkt der Kalkulation entsprechen. Somit wird lediglich das Alterwerden berücksichtigt, nicht jedoch die Inflation und der medizinische Fortschritt. Nun hat gerade letzterer in den vergangenen Jahrzehnten die Krankheitskosten erheblich in die Höhe getrieben.

Hinzu kommt, dass im Kapitaldeckungsverfahren Beitragserhöhungen ältere langjährige Versicherte überproportional belasten, weil die bis dahin angesparten Alte-

rungsrückstellungen aufgestockt werden müssen, und zur Finanzierung dieser Aufstockung über Beiträge ein kürzerer Zeitraum zur Verfügung steht als bei jüngeren Versicherten. Dieser Effekt wird als das „versicherungsmathematische Altenproblem“ bezeichnet.

3. Maßnahmen zur Begrenzung der Beitragssteigerungen im Alter

Rudolph beschreibt in [11] ausführlich die Ansätze zur Lösung des versicherungsmathematischen Altenproblems. Bereits Anfang der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden Vorschläge entwickelt, wie man ihm begegnen könne; sie setzten sich jedoch nicht durch. Ende der 60er Jahre begannen die ersten PKV-Unternehmen, bei Beitragsanpassungen Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung einzusetzen, um insbesondere für ältere Versicherte die Höhe der Anpassung zu begrenzen.

Dennoch kam es Anfang der 90er Jahre im Zusammenhang mit überproportional hohen Beitragssteigerungen für ältere Privatversicherte zu einer Welle der Kritik am Kalkulationsverfahren der PKV. Darauf hin wurde das Instrumentarium zur Dämpfung dieser Beitragssteigerungen systematisch ausgebaut (siehe u. a. [12]). So konnte das damalige Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) erfreut feststellen, dass „mit fortschreitender Bereinigung des Problems“ die Anzahl der BAV-Beschwerden von 6.830 im Jahr 1993 auf 3.046 im Jahr 1999 zurückgegangen war [13].

1994 setzte der Deutsche Bundestag die „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ ein. Die fünfköpfige Kommission, die von Prof. Dr. Jürgen Wasem geleitet wurde, nahm eine systematische Problemanalyse vor und unterbreitete nach zwei Jahren eine Reihe von Lösungsvorschlägen [14]. Einige davon wurden im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 (GRG) umgesetzt.

Seither werden zur Realwertsicherung der Alterungsrückstellung 90% der überrechnungsmäßigen Kapitalerträge den Versicherten jährlich gutgeschrieben. Das bedeutet, dass z. B. bei einem Rechnungszins von 3,5% und einer erzielten Nettoverzinsung von 5,0%, also einem Überzins von 1,5%, 90% dieses Überzinses gutzuschreiben sind. Diese Mittel werden verzinslich angesammelt und ab Alter 65 bei Beitragsanpassungen prämiemindernd eingesetzt.

Um die über die allgemeine Inflation hinausgehenden überproportionalen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen abzufedern, wird bei neuen Verträgen ein gesetzlicher Beitragszuschlag von 10% auf die Prämien erhoben, der bis zum 60. Lebensjahr zu zahlen ist. Auch er wird ab Alter 65 prämiemindernd eingesetzt. Für bestehende Verträge wurde der Zuschlag – sofern der Versicherte einverstanden war – sukzessive in 2-Prozent-Schritten eingeführt.

Da dieser Zuschlag seine volle Wirkung nur für Verträge entfaltet, die ab dem Jahr 2000 abgeschlossen wurden, also

in einigen Jahren, werden die Mittel aus der Überzinsverwendung für einen Übergangszeitraum verstärkt den heute über 65-jährigen Versicherten zugeteilt.

Rudolph und Turowski [15] modellierten nach Inkrafttreten des GRG die langfristige Beitragsentwicklung für mit Alter 25 neu eintretende PKV-Versicherte. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Gesetzgeber mit der Überzinsverwendung und dem 10%-Zuschlag grundsätzlich den richtigen Weg eingeschlagen habe, um die Prämienbelastung der Versicherten im Alter zu begrenzen. Aber eben nur grundsätzlich: „Zunächst steigt bis zum Alter 65 die Prämie ungebrems überproportional auf eine Höhe, die möglicherweise bereits sozialunverträglich ist. Danach fällt die Belastung relativ zum Preisindex ab, um ab Alter 80 gegebenenfalls sogar in Prämienfreiheit überzugehen. Es ist nicht recht zu erkennen, worin der Sinn liegen sollte, ab Alter 80 die Versicherungen prämiemfrei zu stellen. Wünschenswert wäre, den überproportionalen Anstieg bis zum Alter 65 etwas abzumildern, um später die (zu) drastischen Senkungen zu vermeiden.“

4. Zwischenbilanz nach zehn Jahren

Ein erstes Zwischenfazit zog Weber [16] fünf Jahren nach Inkrafttreten des GRG und stellte fest, dass es in dem von ihm ausgewerteten Bestand „nicht mehr zu überproportionalen Steigerungen bei älteren Versicherten“ gekommen sei.

Angesichts eines durchschnittlichen Beitragsanpassungszyklus von etwa drei Jahren weist ein Beobachtungszeitraum von fünf Jahren allerdings noch erhebliche Zufallsschwankungen auf. Inzwischen sind seit der gesetzlichen Umsetzung der Vorschläge der Wasem-Kommission zehn Jahre vergangen. Wir haben ihre Auswirkungen an zwei großen Tarifbeständen der privaten Krankenversicherung mit insgesamt 2,1 Millionen Versicherten, also einem Viertel aller Privatversicherten, analysiert. Es handelt sich um die Tariffreien P (Beamte) und PN (Arbeitnehmer und Selbständige) der Debeka, Tarife, die weitgehend unverändert seit den 70er Jahren bestehen. Insbesondere der Tarif P weist eine der Altersstruktur der deutschen Bevölkerung vergleichbare Zusammensetzung auf, also einen hohen Anteil an Versicherten, die von dem versicherungsmathematischen Altenproblem betroffen sind.

4.1 Durchschnittliche Prämien im Jahr 2010 (Querschnittsbetrachtung)

Die durchschnittliche Prämie einer Altersstufe bezeichnet den Mittelwert über die Beiträge aller Versicherten des entsprechenden Jahrgangs. So besteht der Jahrgang der 30-jährigen aus allen Versicherten des Jahrgangs 1980, der Jahrgang der 50-jährigen aus allen Versicherten des Jahrgangs 1960. Erstere sind zwischen dem 20. und dem 30. Lebensjahr in die Versicherung eingetreten, während bei den letzteren die Eintrittsalter von 20 bis 50 reichen. Die Summe der Beiträge in der jeweiligen Altersstufe wird

durch die Anzahl der Versicherten geteilt. Da der Beitrag in der PKV sehr stark vom Eintrittsalter abhängt, ist auch ohne Beitragsanpassungen der durchschnittliche Beitrag der Altersstufe 50 höher als der der Altersstufe 30.

Der Verlauf der durchschnittlichen Prämien im Bestand macht deutlich, dass es im Alter keinen erhöhten Beitragsanstieg gibt.

Im Tarif PN (Bild 1) steigt der Durchschnittsbeitrag in 2010 zunächst kontinuierlich an, was vor allem mit dem oben beschriebenen Effekt des höheren Eintrittsalters zusammenhängt. Zwischen 65 und 70 Jahren ist der Anstieg insgesamt moderat mit teilweise sinkendem Beitrag. Ab

Alter 70 stagniert das Prämienniveau und ab Alter 80 ist die Tendenz sogar sinkend.

Im Tarif P (Bild 2) zeigt sich ebenfalls kein verstärkter Beitragsanstieg im Alter. Mit 65 Jahren sinkt der Beitrag zusätzlich aufgrund der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes.

Dass diese Ergebnisse nicht nur ein Debeka-Spezifikum sind, zeigen z. B. ähnliche Auswertungen aus dem Tarifbestand der Signal Krankenversicherung, die Hofer und Weber [17] Ende April 2010 auf der Jahrestagung der Deutschen Aktuarvereinigung vorstellten.

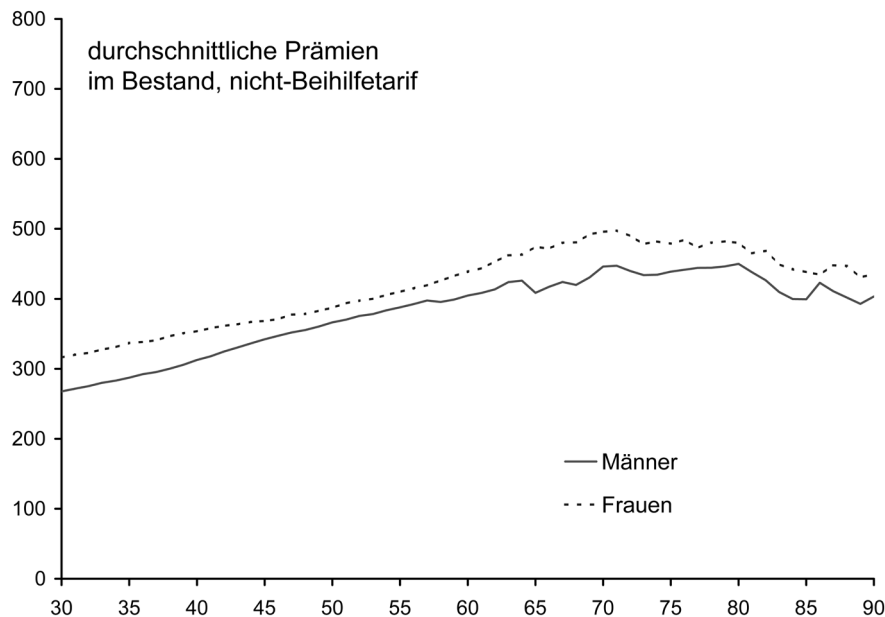


Abbildung 1

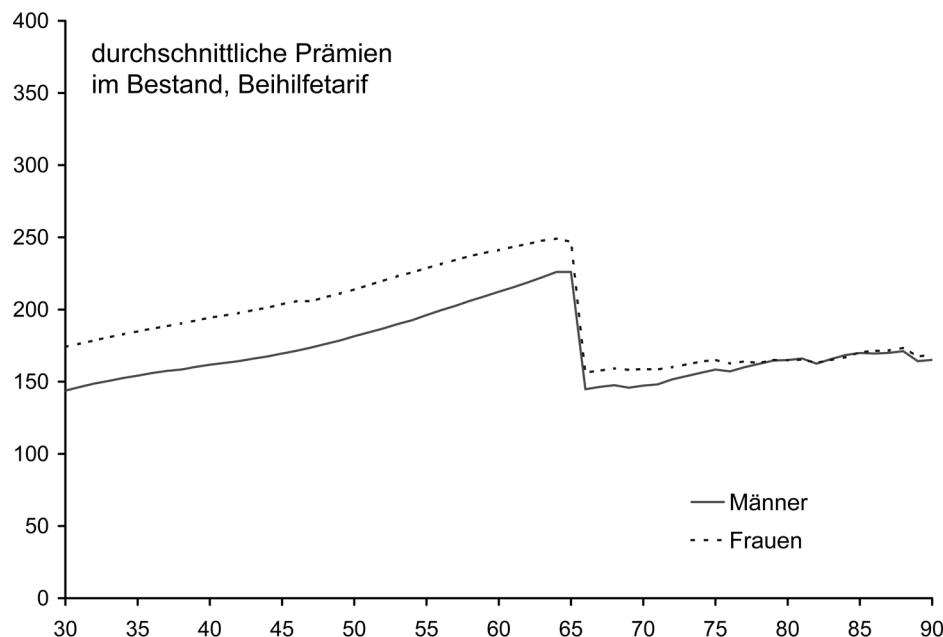


Abbildung 2

4.2 Beitragsentwicklung (Längsschnittbetrachtung)

Diese Querschnittsbetrachtung der aktuellen Beitrags-situation wollen wir um eine Analyse der längerfristigen Entwicklung der Beiträge erweitern. Hierbei lassen wir bei den Verträgen, die vor dem Jahr 2000 abgeschlossen wurden, den gesetzlichen Zuschlag außen vor. Die älteren Versicherten, um deren Beitragsentwicklung es hier insbesondere geht, haben diesen Zuschlag auch nie gezahlt und werden von ihm nie profitieren. Sie profitieren von der verstärkten Verwendung von Überzinsen.

Die Beiträge aller Versicherten in den Tarifen P und PN sind im Zeitraum von 2000 bis 2010 um durchschnittlich 3,6% im Jahr gestiegen. Der Durchschnittsbeitrag der über 50 Jährigen ist im selben Zeitraum um 3,0% p. a gestiegen. Für die Versicherten über 60 Jahre sind es im Schnitt nur noch 2,4% p. a. Bei den Versicherten über 80 Jahre liegt die Erhöhung bei 1,2%. Somit ist die Mehrbelastung bei den älteren Versicherten geringer als bei den jüngeren, obwohl es sich mit dem Anstieg der Krankheitskosten gegenteilig verhält. Die Maßnahmen zur Beitragsbegrenzung im Alter zeigen also Wirkung.

Um die Auswirkungen der Maßnahmen besser zu beleuchten, betrachten wir die Beitragsentwicklung von Versicherten des Jahrgangs 1919 zwischen dem 70. und dem 90. Lebensjahr – also 10 Jahre vor bis 10 Jahre nach Inkrafttreten des GRG (Tabelle 1).

Tabelle 1

	durchschnittlicher Beitragsanstieg pro Jahr		durchschnittliche Inflationsrate pro Jahr
Zeitraum	Mann	Frau	
1990-2000	5,8 %	6,2 %	2,4 %
2000-2010	1,7 %	1,0 %	1,6 %

Der Beitragsanstieg war in den 90er Jahren am höchsten. Seitdem werden verstärkt Mittel zur Beitragsbegrenzung bei Beitragsanpassungen eingesetzt.

Es ist dabei zu berücksichtigen, dass diese erfreuliche Verbesserung in einem Jahrzehnt erreicht wurde, das von zwei verheerenden Kapitalmarktkrisen geprägt war, dem Börsencrash in 2002/2003 im Anschluss an die Terroranschläge des 11. September und die weltweite Wirtschaftskrise im Gefolge der US-Immobilienkrise seit 2008. Trotz dieser Krisen konnten die privaten Krankenversicherer in nicht unerheblichem Maße Überzinsen erzielen, aus denen die Entlastungen für ältere Versicherte finanziert wurden.

Relativ hoch ist allerdings noch die Beitragssteigerung bei langjährig Versicherten, die das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, also noch nicht in den Genuss der durch die Wasem-Kommission initiierten Maßnahmen gekommen ist. Wir betrachten die Versicherten im Tarif PN, die 1977 als 30-jährige eingetreten sind, heute also 63 Jahre alt sind (Tabelle 2). Sie hatten im Zeitraum bis 2010 eine Erhöhung von durchschnittlich 4,6% im Jahr bei Män-

nern und 3,8% bei Frauen. Die allgemeine Inflationsrate in diesem Zeitraum lag bei ca. 2,4% im Jahr.

Tabelle 2

		durchschnittlicher Beitragsanstieg pro Jahr		durchschnittliche Inflationsrate pro Jahr
Zeitraum	Alter	Mann	Frau	
1980-2000	33-53	5,3 %	4,9 %	2,6 %
2000-2010	53-63	4,6 %	3,0 %	1,6 %

5 Fazit - und noch einmal: Wasem-Kommission

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Beitragsanstieg für Versicherte im Rentenalter aufgrund der zwischenzeitlich eingeführten Maßnahmen zur Beitragsbegrenzung im Alter moderat ist. Für die Altersgruppe der 45- bis 60-jährigen bleibt der Beitragsanstieg hoch, hier besteht Handlungsbedarf.

Die Expertenkommission unter Wasem hatte seinerzeit nicht nur Vorschläge gemacht, wie durch kalkulatorische Maßnahmen der Kostenentwicklung begegnet werden kann. In einem eigenen Kapitel „Kostendämpfung und Kostensteuerung für die PKV-Versicherten“ wurde dargelegt, dass es nicht sinnvoll sei, der gesamten Kostenentwicklung in der PKV nur mit versicherungsmathematischen Methoden, mit Zinseszins und Überzins begegnen zu wollen: „Vielmehr müssen die Beteiligten darauf hinwirken, dass die Ausgabensteigerung selber sich möglichst in finanzierbarem Rahmen hält. Die Kommission hat es daher auch als ihre Aufgabe angesehen, die Bedingungen für eine erfolgreiche Ausgabensteuerung in der PKV zu untersuchen und Lösungsvorschläge zu entwickeln.“

Diese Vorschläge reichen von einem Verhandlungsmandat für die PKV, um abweichende Vereinbarungen zu GOÄ und GOZ vornehmen zu können, bis zur Gleichbehandlung der PKV bei der Arzneimittelpreisgestaltung. Sie wurden vor 14 Jahren formuliert und sind unverändert aktuell. Die Politik hatte damals nicht den Mut, sie umzusetzen, denn sie fürchtete, damit Ärzte und Pharmaindustrie gegen sich aufzubringen. Da war es einfacher, den Einstiegsbeitrag in die PKV um 10% zu erhöhen und den Zuschlag im Bestand in kleinen Schritten fast unmerklich einzuführen. Ob es diesmal anders kommt?

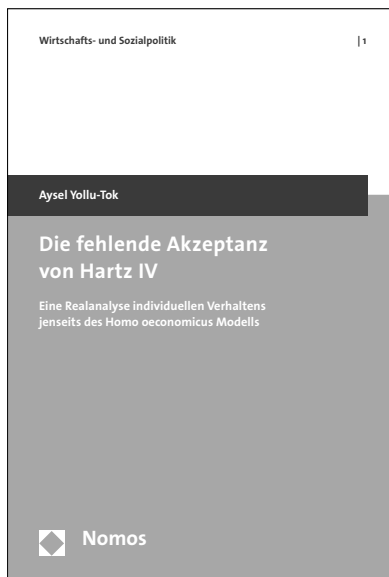
Fußnoten:

- [1] Lieber Kasse als privat. Warum es trotz Zuzahlung besser ist, gesetzlich versichert zu sein. Stern, 06/2010
- [2] Regierungsstudie kritisiert Kostenexplosion bei Privatkassen. SPIEGEL online 06.02.2010
- [3] Starker Anstieg der Prämien in der Privaten Krankenversicherung. Kleine Anfrage der Abgeordneten Elke Ferner, Bärbel Bas u. a., BTDrucks 17/678
- [4] Ausgabenentwicklung und Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung. Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe u. a., BTDrucks 17/960
- [5] Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen

Entwicklung, IGES Institut GmbH Berlin, 25. 01.2010. Veröffentlicht unter www.iges.de

- [6] Grabka, Markus M.: Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wochenbericht des DIW 46/2006
- [7] Klages, Reinhard; Gießmann, Claus-Dieter: Moderate Beitragserhöhungen bei den Teilnehmern im PKV-Rating. map-report 730, Artlenburg 2010
- [8] Assekurata: Ratingbericht Folgerating Debeka Krankenversicherung a. G., Koblenz 2010
- [9] Bohn, Klaus: Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung. Karlsruhe 1980
- [10] Milbrodt, Hartmut: Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung. Karlsruhe, 2005
- [11] Rudolph, Jürgen: Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif. Aufgaben des Aktuars in der privaten Krankenversicherung im Wandel der Zeiten. Karlsruhe 2009
- [12] Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen: Rundschreiben 2/91. VerBAV 1991
- [13] Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen: 100 Jahre materielle Versicherungsaufsicht in Deutschland. Bonn 2001
- [14] Gutachten der unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privaten Krankenversicherung im Alter vom 22.05.1996. BTDrucks 13/4945; auch abgedruckt in: Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten, PKV-Dokumentation 19, Köln 1997
- [15] Rudolph, Jürgen; Turowski, G.: Das Altenproblem in der PKV und seine Lösung, Blätter der DGVM, Band XXIV, Heft 4, 2000
- [16] Weber, Roland: Private Krankenversicherung: Keine Prämienexplosion im Alter. Aktuar aktuell 09/2006
- [17] Hofer, Christian; Weber, Roland: Presse-hand-out Werkstattgespräch PKV, Jahrestagung der Deutschen Aktuarvereinigung, Bremen 2010 veröffentlicht unter: http://www.aktuar.de/download/dav/presse/2010-04-29-Werkstattgespraeche_PKV-Prinzipien_und_Fakten.pdf

Akzeptanz von Hartz IV?



Die fehlende Akzeptanz von Hartz IV

Eine Realanalyse individuellen Verhaltens
jenseits des Homo oeconomicus Modells

Von Dr. Aysel Yollu-Tok

2010, 216 S., brosch., 29,- €,

ISBN 978-3-8329-5061-3

(Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 1)

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de

Die Hartz IV-Reform brach mit der Bismarckschen Tradition der sozialen Sicherung bei Erwerbslosigkeit. Dieser Bruch löste eine Welle von Demonstrationen aus, womit die fehlende Akzeptanz dieser Reform unterstrichen wurde. Auf welche Verhaltensmotive kann dieses Akzeptanzproblem zurückgeführt werden? Um dieser Frage nachzugehen, wird in der vorliegenden Arbeit das Modell des Homo oeconomicus um sozialpsychologische Erkenntnisse erweitert. Das neue Modell zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass es nach eigennützigem Verhalten, aber auch nach weiteren Verhaltensmotiven fragen kann. Was war der Auslöser für die fehlende Akzeptanz der Grundsicherungsreform? Welchen Einfluss haben hierbei eigennützige Präferenzen? Inwieweit brach Hartz IV mit unterschiedlichen Gerechtigkeitsvorstellungen? Welchen Einfluss haben unterschiedliches Gewinn- und Verlustempfinden? Inwieweit spielt die Vorstellung, ob der Mensch erst durch Arbeit oder durch materielle Absicherung Teil der Gesellschaft ist, eine Rolle?

Der Erfolg einer Reform kann nicht nur auf der Basis objektiver Veränderungen bewertet werden, sondern muss gerade auch Individuen berücksichtigen, die sich mit ihrer subjektiven Einstellungen an das bisherige System angepasst haben.



Nomos