

MPRA

Munich Personal RePEc Archive

**Jobs and employment impact in and by
the private health insurance system:
Annotated literature review with special
regard to transformation models to a
“Bürgerversicherung” (single-payer
system)**

Frank Schulze Ehring

2018

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/86506/>
MPRA Paper No. 86506, posted 4 May 2018 22:02 UTC

Arbeitsplätze und Beschäftigungswirkungen im und durch das System der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Kommentierter Literatur-Review unter besonderer Berücksichtigung von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung

Dr. Frank Schulze Ehring

ABSTRACT

Die vorliegende Arbeit stellt einen systematischen Literaturüberblick zur Beschäftigung und den damit verbundenen Beschäftigungswirkungen im und durch das System der Privaten Krankenversicherung (PKV) dar. Dabei zeigt der Blick in die Literatur, dass die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der PKV zahlreich und je nach Blickwinkel, Methodik, Fokus und Abgrenzung auf sehr unterschiedliche Art und Weise erörtert wird. Die skizzierten Beschäftigungswirkungen des PKV-Umfeldes unter anderem als Versicherer und als Finanzier von Gesundheitsleistungen sind vielschichtig und die von den zahlreichen in der Politik diskutierten Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung betroffene Zahl der Arbeitsplätze wäre dementsprechend beträchtlich.

Beschäftigungswirksame Ausgleichspotentiale im Umfeld der PKV als Versicherer werden in der Literatur zur Bürgerversicherung ausdrücklich als unrealistisch betrachtet. Weder sei die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts in der PKV oder der Ausbau der Beschäftigung in der GKV erkennbar noch erscheint ein Einstieg der PKV-Unternehmen in die Bürgerversicherung erfolgversprechend. Letzteres käme bei nicht „anschlussfähigen“ Mitarbeitern einem „Kaltstart“ in einem fremden und vollbesetzten Markt gleich.

Beschäftigungswirkungen durch ausfallende Finanzierung von Gesundheitsleistungen lassen sich dagegen arbeitsmarktpolitisch ausgleichen, wenn der Finanzierungsanteil der Privatpatienten - für die Versicherten der GKV beitragssteigernd - nicht zu finanziellen Einbußen bei den medizinischen Leistungserbringern führt. Als „Preis“ wird in der Literatur ein Beitragssatzanstieg in der GKV von bis zu 1,5 Beitragssatzpunkten genannt.

Inhalt

1 Einleitung

2 Arbeitsplätze und Beschäftigungseffekte nach Wirkungsart

- 2.1 Angestellte und Selbständige im System der PKV
- 2.2 Berufsausbildung und Ausbildungsquote
- 2.3 Mittelbar mit der PKV verbundene Arbeitsplätze
- 2.4 Bedeutung der PKV für (stabile) Lohnzusatzkosten
- 2.5 Volkswirtschaftliche Beschäftigungs-Multiplikatoren
- 2.6 Regionale Beschäftigungswirkungen
- 2.7 Funktionalität und Effizienz der Beschäftigungsstruktur
- 2.8 Gesamtüberblick

3 Beschäftigungswirkungen von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung

3.1 Basisszenario: (Sofortige) Überführung der PKV in die Bürgerversicherung

- 3.1.1 Beschäftigungseffekte im Bereich der PKV als Versicherer
- 3.1.2 Beschäftigungseffekte durch die PKV als (fehlender) Finanzier von Gesundheitsleistungen

3.2 Transformationsszenarien: Übergänge in die Bürgerversicherung

- 3.2.1 Auswirkungen auf den Versichertenbestand in der PKV
- 3.2.2 Auswirkungen auf die Beschäftigung im Bereich der PKV als Versicherer
- 3.2.3 Auswirkungen auf die Beschäftigung durch die PKV als (fehlender) Finanzier von Gesundheitsleistungen

4 Ausgleich und Kompensation der Beschäftigungswirkungen von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung

5 Zusammenfassung und Fazit

Literaturverzeichnis

1 Einleitung

Die Bedeutung der Wirtschaftszweige und Branchen in Deutschland für den Arbeitsmarkt waren und sind immer wieder Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen. Häufig standen dabei klassische Wirtschaftszweige wie unter anderem Automobil, Finanzdienstleistungen oder der Anlagen- und Maschinenbau im Mittelpunkt des Interesses. Auch die *start-up-Szene* rückt verstärkt in den Focus. Unabhängig davon ist gerade in den letzten Jahren zunehmend wirtschaftspolitische Literatur über den großen Bereich der Gesundheitswirtschaft entstanden. Dazu gehört auch die Private Krankenversicherung (PKV), die als Versicherer, Finanzier von Gesundheitsleistungen und als Kapitalgeber als ein Teil der Gesundheitswirtschaft zu betrachten ist.

Die vorliegende Arbeit skizziert als kommentierter **Literatur-Review** die Beschäftigungseffekte im und durch das System der Privaten Krankenversicherung (PKV). Dabei wird die Beschäftigung im Umfeld der PKV nach Wirkungsart, Funktionalität, Effizienz und regionalen Schwerpunkten differenziert betrachtet (Abschnitt 2.2 - 2.7). Anschließend werden in der Literatur diskutierte Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung skizziert, um diese - ebenfalls im Literatur-Review - mit Blick auf die Beschäftigungswirkungen und Möglichkeiten zu deren kompensatorischen Ausgleich zu dokumentieren (Abschnitt 3 und 4). Abschnitt 5 fasst die Ergebnisse zusammen.

2 Arbeitsplätze und Beschäftigungseffekte nach Wirkungsart

In der Literatur wird die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Privaten Krankenversicherung (PKV) - je nach Blickwinkel, Methodik, Fokus und Abgrenzung - auf sehr unterschiedliche Art und Weise erörtert. Viele Quellen beziehen sich auf die die Zahl der Arbeitsplätze bei den Unternehmen der PKV oder auf Selbständige im Umfeld der PKV. Andere Ausarbeitungen dokumentieren die Beschäftigungswirkungen der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsberufen. Weitere Literaturquellen berücksichtigen - über direkte Beschäftigungswirkungen hinaus - die gesamtwirtschaftlichen Verflechtungen der PKV durch Vorleistungsbezüge und Wiederverausgabung. So lassen sich indirekte (induzierte) Beschäftigungswirkungen messen.

2.1 Angestellte und Selbständige im System der PKV

Zu den Beschäftigten im System der Privaten Krankenversicherung (PKV) zählen Angestellte in den PKV-Unternehmen, Angestellte bei Finanzdienstleistern sowie selbständige Versicherungsdienstleister. Für keine dieser Gruppen gibt es eine amtliche Statistik. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass in der Lebens-, Kranken- und Kompositversicherung in der Regel zahlreiche Geschäftsprozesse nicht spartenindividuell, sondern versicherungs- und konzernübergreifend für das gesamte Unternehmen organisiert werden.

Nach Angaben des Arbeitgeberverbandes der Versicherungswirtschaft (AGV) waren im Jahr 2011 rund 40.000 Angestellte für die PKV in der Versicherungswirtschaft tätig. Diese Zahl setzt sich zusammen aus den Mitarbeitern, die direkt bei den Krankenversicherern arbeiten, sowie den Angestellten, die in Holding- und Vertriebsgesellschaften angestellt sind und überwiegend für die PKV arbeiten. Bis zum Jahr 2015 ist die Zahl der Beschäftigten um 0,8 % auf 40.300 angestiegen. [Quelle: AGV (2016)]

Paquet (2013) orientiert sich in einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung bei der Zahl der Beschäftigten in Unternehmen der Privaten Krankenversicherung am Prämienvolumen in der gesamten Versicherungswirtschaft. Ausgehend von einem Anteil der PKV am Beitragsaufkommen in Höhe von 20 % rechnet Paquet den PKV-Unternehmen 43.200 Mitarbeiter zu. Darüber hinaus sind Angestellte bei Finanzdienstleistern sowie selbständige Versicherungsdienstleister im System der PKV zu berücksichtigen. Sie lassen sich laut der Studie der Hans-Böckler-Stiftung auf 17.000 Angestellte und mindestens 10.000 Selbständige quantifizieren. [Quelle: Paquet (2013), S.53 f.]

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) weist für das Jahr 2015 für die PKV-Unternehmen 35.262 Beschäftigte aus [Quelle: BaFin (2016), Tabelle 050]. Grundlage dieser Zahl ist eine verpflichtende Meldung durch das Unternehmen. Als Abgrenzungskriterium dient der wirtschaftliche Schwerpunkt. Damit stellt die BaFin auf die Risikoträger ab und lässt versicherungs- und konzernübergreifende Servicegesellschaften unberücksichtigt. Werden versicherungs- und konzernübergreifende Strukturen anteilig hinzugerechnet, hält Paquet (2013) - auf Basis der Statistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - rund 50.000 Beschäftigten in den Unternehmen mit überwiegendem PKV-Bezug für realistisch. [Quelle: Paquet (2013), S.55]

Alle bisher aus den unterschiedlichsten Quellen zitierten Zahlen zur Beschäftigung im PKV-System werden im Grundsatz von Albrecht (2016) in einer Studie des Forschungsinstituts IGES im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung bestätigt. IGES quantifiziert die Beschäftigten im Bereich der PKV auf rund 68.000. Diese setzen sich aus abhängig Beschäftigten in Versicherungsunternehmen (42.500) und Vertriebsagenturen (15.500) sowie selbständigen Versicherungsberatern (> 10.000) zusammen. In dieser Schätzung bleiben die Beschäftigten im Beihilfesystem explizit unberücksichtigt. [Quelle: Albrecht (2016), S. 26 f.]

In der Gesamtbetrachtung sind dem System der PKV in Deutschland bis zu 77.000 [Paquet (2013)] Beschäftigte unmittelbar zuzuordnen. Je nach Literaturquelle und organisatorischer Abgrenzung sind davon 36.000 (plus konzernübergreifende Mitarbeiter) [BaFin (2016)] bis 43.000 Menschen [AGV (2016)/Paquet (2013)] bei Unternehmen der PKV angestellt, weitere 17.000 bei Finanzdienst-

leisten mit überwiegendem PKV-Bezug beschäftigt und mindestens 10.000 als Selbständige tätig [Albrecht (2016)].

2.2 Berufsausbildung und Ausbildungsquote

In Deutschland hat die duale Berufsausbildung in Ausbildungsbetrieb und Berufsschule einen hohen Stellenwert. Die Bedeutung der Versicherungswirtschaft und der Privaten Krankenversicherung (PKV) für die duale Berufsausbildung lässt sich dabei verschiedenen Literaturquellen entnehmen.

Nach Angaben des Arbeitgeberverbandes der Versicherungswirtschaft (AGV) waren in den Versicherungsunternehmen im Jahr 2016 11.400 Auszubildende beschäftigt. Die Ausbildungsquote als Anteil der Auszubildenden an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Versicherungsunternehmen lag damit bei 5,5 %. Werden auch Auszubildende aus dem Bereich Finanzdienstleistung mit überwiegendem Bezug zur Versicherungswirtschaft berücksichtigt (2.300), steigt die Ausbildungsquote auf 6,5 %. [Quelle: AGV (2016)]

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) konkretisiert die Bedeutung der Berufsausbildung in der Versicherungswirtschaft für die Sparte der PKV. Die BaFin weist für das Jahr 2015 für die PKV-Unternehmen eine Ausbildungsquote von 7,3 % aus. [Quelle: BaFin (2016), Tabelle 050]

Um die Bedeutung der Versicherungswirtschaft und der PKV in einen gesamtwirtschaftlichen Gesamtkontext einordnen zu können, macht ein Vergleich mit Ausbildungsquoten in anderen Wirtschaftsbereichen Sinn. Ein Blick in den Datenreport des Bundesinstituts für Berufsbildung (2017) zeigt, dass das Niveau der Ausbildungsquote von nur wenigen Wirtschaftszweigen mit dem in der Versicherungswirtschaft vergleichbar ist.

Dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) zu Folge lag die durchschnittliche Ausbildungsquote in Deutschland bei 5,1 % (2016). Lediglich in der Landwirtschaft & im Bergbau (6,5 %), in der Bauwirtschaft (8,4 %), im Kraftfahrzeughandel (7,2 %), in der Gastronomie (5,7 %) und im Einzelhandel (6,2 %) sind die Ausbildungsquoten auf einem ähnlich hohen Niveau wie in der Versicherungswirtschaft und in der PKV. In gewichtigen Branchen wie zum Beispiel Chemie & Pharmazie (4,4 %), Maschinen- & Automobilbau (5,4 %), Verkehr & Luftfahrt (3,1 %) sowie Information & Kommunikation (3,7 %) liegt der Beitrag zur Berufsausbildung zum Teil erheblich unter dem der Versicherungswirtschaft und der PKV. [Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (2017), BIBB-Datenreport 2016, Tabelle A7.1-10]. In der Gesamtbetrachtung trägt die Private Krankenversicherung damit zu einem nicht unbedeutenden Teil zur dualen Berufsausbildung in Deutschland bei.

2.3 Mittelbar mit der PKV verbundene Arbeitsplätze

Neben den unmittelbar zum System der PKV zugehörigen Arbeitsplätzen (Abschnitt 2.1 - 2.2) existieren auch zahlreiche mittelbar mit dem System der PKV verbundene Beschäftigte. Dazu gehören unter anderem die Beschäftigten der Beihilfestellen oder die Arbeitsplätze in den privatärztlichen Verrechnungsstellen, die unter anderem für niedergelassene Ärzte die Abrechnungen organisieren. Darüber hinaus zählen die Mitarbeiter der privaten Pflegeberatung (compass), des medizinischen Dienstes der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen (MedicProof) sowie die Beschäftigten des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zum System der PKV.

Im System der GKV wird die Vergütung der Leistungserbringer über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgewickelt. In der PKV spielen dagegen privatärztliche Verrechnungsstellen wie unter anderem der Verbund der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS), die Deutsche Gesellschaft für privatärztliche Abrechnung (dgpar) oder das Institut für Privatliquidation (idl) eine große Rolle. Rund die Hälfte aller Ärzte in Deutschland wickelt ihre privaten Liquidationen über diese oder andere externen Dienstleister ab.

Den Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) zu Folge sind im Verbund der privatärztlichen Verrechnungsstellen inklusive deren Töchterunternehmen rund 1.800 Mitarbeiter beschäftigt. Davon fallen zum Beispiel auf die PVS Bayern, Berlin-Brandenburg und Rhein-Ruhr insgesamt 596 Mitarbeiter. Hinzu kommen weitere nicht quantifizierbare Erwerbstätige, die bei alternativem Abrechnungsdienstleistern beschäftigt sind. [Quelle: Privatärztliche Verrechnungsstellen, Angaben unter anderen online abrufbar (2016)].

Die Beihilfe ist integraler Bestandteil des Systems der PKV. Die Beihilfestellen organisieren für das Beihilfesystem die Leistungsabrechnung mit den beihilfeberechtigten Versicherten. Paquet (2013) spricht in diesem Zusammenhang von 11.000 Beihilfestellen. Als Träger der Beihilfestellen treten in der Regel der Bund, die Länder, die Gemeinden oder Kirchen auf. Große Beihilfestellen beschäftigen mehrere Vollzeit-Mitarbeiter, kleinere Beihilfestellen bieten dagegen nur anteilige Teilzeitbeschäftigung oder bedienen sich von vornherein eines externen Dienstleisters. Ordnet man als Annahme jeder Beihilfestelle im Durchschnitt eine 1/5-Teilzeitstelle zu, sind rechnerisch mit dem System der PKV im Bereich der Beihilfe 2.200 Vollzeit-Arbeitsplätze verbunden.

Bei der privaten Pflegeberatung sind laut compass rund 400 Pflegeberaterinnen und -berater beschäftigt. Der medizinische Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen (MedicProof) prüft die Leistungsvoraussetzungen für den Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung und hat rund 80 Mitarbeiter. Darüber hinaus erstellen laut Paquet (2013) über MedicProof rund 800 freiberuflich tätige Ärzte jährlich rund 120.000 Pflegegutachten für die Unternehmen der PKV. Der PKV-Verband inklusive weiterer Tochtergesellschaften wie z.B.

Medcom und Zesar bietet weitere 400 Arbeitsplätze. [Quelle: PKV-Verband (2016); Compass (2016); MedicProof (2016)].

2.4 Bedeutung der PKV für die Höhe der Lohnzusatzkosten

Sozialversicherungsbeiträge sind Lohnzusatzkosten. Die Stabilität der Lohnzusatzkosten hat einen unmittelbaren Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Unternehmen und damit auf die Zahl der Arbeitsplätze in Deutschland.

Die Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (2016) weist darauf hin, dass die Existenz der PKV für die relative Stabilität der Lohnzusatzkosten im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung von zentraler Bedeutung ist. Denn je nach Versichertenstatus der Angestellten gehen unterschiedliche Lohnzusatzkosten einher. Für Angestellte in der GKV ist ein Arbeitgeberbeitrag zu entrichten, für Privatversicherte sind Beitragszuschüsse zu leisten. Oft fällt der Arbeitgeberbeitrag für freiwillig Versicherte in der GKV höher aus als der Beitragszuschuss für privatversicherte Arbeitnehmer. In der Konsequenz heißt das, dass die Arbeitgeber durch die Existenz der PKV die Lohnzusatzkosten stabilisieren und entsprechend mehr Arbeitsplätze anbieten können. [Quelle: vbw (2016), S. 5 und 28].

Die angesichts der Existenz der PKV bei den Arbeitgebern nicht entstandenen Lohnzusatzkosten lassen sich laut vbw für Deutschland in der Summe auf 1,33 Milliarden Euro jährlich quantifizieren. Die nicht entstandenen Lohnzusatzkosten stehen den Arbeitgebern laut vbw zusätzlich für Investitions-, Lohn- oder Alternativverwendungen zur Verfügung. So werden die Arbeitgeber unter anderem in die Lage versetzt, zusätzliche Mittel zum Beispiel für den Bereich Forschung & Entwicklung oder Personal aufzuwenden. Legt man ein Durchschnittseinkommen zu Grunde, entsprechen die jährlich nicht entstandenen Lohnzusatzkosten rechnerisch ca. 40.100 Arbeitsplätzen. [Quelle: vbw (2016), S. 13].

Mit Blick auf die Ergebnisse der *Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (2016)* ist nicht davon auszugehen, dass es eine vollständige Äquivalenz zwischen der Höhe der Lohnzusatzkosten - hier 1,33 Mrd. € - und der rechnerischen Vergleichsgröße - hier 40.100 Arbeitsplätze - gibt. In der Arbeitsmarktforschung wird als Faustformel immer wieder eine Größenordnung von 90.000 bis 100.000 Beschäftigungsverhältnissen je (abgesenkten) Beitragssatzpunkt zur Sozialversicherung genannt. Das zumindest ist der Durchschnittswert zahlreicher Untersuchungen zu den Beschäftigungswirkungen von (sinkenden) Sozialbeiträgen [Quellen: u.a. Prognos (2017); IAB (2006/2003); DIW (2005); Europäische Kommission (2006); OECD (2006)].

Der Sozialversicherungsbeitrag besteht aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag. Die von der *Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (2016)* ausgewiesenen Lohnzusatzkosten in Höhe von 1,33 Mrd. €, die nur deshalb nicht entstehen,

weil Angestellte privat anstatt gesetzlich versichert sind, beziehen sich dagegen ausschließlich auf den Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung. Unter Mitberücksichtigung des Arbeitnehmerbeitrages ist - unterstellt man eine annähernde Parität - von nicht entstandenen Sozialversicherungsbeiträgen in Höhe von 2,7 Mrd. € auszugehen. Mit Bezug auf die oben skizzierte Faustformel und dem Wissen, dass 13,0 Mrd. € einem GKV-Beitragssatzpunkt entsprechen (vgl. BMG (2016)), hängen über 18.000 Arbeitsplätze direkt von den durch die Existenz der PKV nicht entstandenen Sozialversicherungsbeiträgen ab [Rechenweg: $(2,7 \text{ Mrd. €} / 13 \text{ Mrd. €}) \times 90.000 = 18.692$].

2.5 Volkswirtschaftliche Beschäftigungs-Multiplikatoren

Die Private Krankenversicherung (PKV) ist als Wirtschaftsakteur, Finanzier von Gesundheitsleistungen und als Kapitalgeber ein wichtiger Teil der Volkswirtschaft. Dabei tritt die PKV unter anderem direkt als Dienstleister oder Nachfrager von externen Dienstleistungen sowie als Finanzier zum Beispiel von ambulanten oder stationären Gesundheitsleistungen auf. Hinzu kommen die ökonomische Bedeutung von Vorleistungsbezügen und die Wiederverausgabung von Arbeitnehmerentgelten. Diese Verflechtungen führen zu gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs-Multiplikatoren. Im Ergebnis hinterlässt die PKV einen ökonomischen Fußabdruck auf dem Arbeitsmarkt.

Gesamtwirtschaftliche Beschäftigungs-Multiplikatoren werden in makroökonomischen Simulationsmodellen generiert. Methodisch wird zwischen direkten, indirekten und konsuminduzierten Effekten der PKV auf die Beschäftigung unterschieden. Als direkte Beschäftigungswirkungen werden dabei die von der PKV als Versicherer und Finanzier direkt geschaffenen Arbeitsplätze betrachtet. Indirekte Beschäftigungswirkungen entstehen durch den Einkauf von Vorleistungen, die für das Angebot von Dienstleistungen im Bereich der Versicherungswirtschaft beziehungsweise für die Erbringung medizinischer Leistungen notwendig sind. Die direkt und indirekt von der PKV als Versicherer und Finanzier abhängigen Beschäftigten verwenden ihr Einkommen zu einem großen Teil auch für Konsumzwecke. Dies sorgt vor allem in den konsumnahen Wirtschaftsbereichen und deren Zulieferbranchen für Umsatz und damit zu konsuminduzierten Beschäftigungseffekten.

In einem makroökonomischen Simulationsmodell hat das Forschungsinstitut Prognos (2013) den Beitrag der Versicherungswirtschaft als Versicherer zur Beschäftigung in Deutschland analysiert. Das Modell kann nicht zwischen den Sparten der Kranken-, Lebens- und Sachversicherungen unterscheiden. [Quelle: Prognos (2017a), S. 15 ff.; Prognos (2013), S. 43 ff.]. Dagegen beziehen sich zwei wissenschaftliche Arbeiten von Ostwald & Legler (2016) und Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017) vom Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR konkret auf die Private Krankenversicherung (PKV).

Die Arbeiten von WifOR quantifizieren die volkswirtschaftlichen Beschäftigungswirkungen der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowohl als Wirtschaftsakteur und Versicherer als auch als Finanzier von Gesundheitsleistungen. In beiden Fällen leitet WifOR die Zahl der Erwerbstätigen im System der PKV aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) ab. Ausgangspunkt ist dabei - bei güterspezifischer Abgrenzung - der sogenannte Produktionswert. Dabei ist nicht der Umsatz der PKV, sondern die Wertschöpfung („selbsterstellter“ Umsatz) - also die Gesamtleistung der Branche abzüglich der notwendigen Vorleistungen - die zentrale Ausgangsgröße. Grundlage ist das Modell der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR).

Aus der Veröffentlichung von Ostwald & Legler (2016) geht hervor, dass von der Geschäftstätigkeit der PKV als Versicherer und Wirtschaftsakteur 115.846 Arbeitsplätze abhängen. Davon sind 20.656 als direkte, 67.303 als indirekte und 27.885 als induzierte Beschäftigungsverhältnisse zu betrachten. Im Ergebnis generiert 1 direkt von den Unternehmen der PKV bereitgestellter Arbeitsplatz 4,6 zusätzliche Arbeitsplätze in Deutschland. Mit diesem Beschäftigungs-Multiplikator liegt die PKV als Wirtschaftsakteur knapp beziehungsweise deutlich über den entsprechenden Werten in der Automobilindustrie (4,5) oder der Arzneimittelindustrie (2,5). Die Wertschöpfung je Erwerbstätigen in der PKV – Arbeitsproduktivität - beträgt dabei 135.065 € jährlich (zum Vergleich - Automobilindustrie: 121.149 €). [Quelle: Ostwald & Legler (2016), S. 14 ff.].

Aus der Veröffentlichung von Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017) geht hervor, dass von der der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen direkt, indirekt und induziert 589.170 Erwerbstätige zum Beispiel im Bereich der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung abhängen. Davon sind 486.632 als direkte und indirekte beziehungsweise 102.538 als induzierte Beschäftigungsverhältnisse zu betrachten. [Quelle: Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017), S. 16 ff.].

Die von der der PKV als Wirtschaftsakteur und Finanzier von Gesundheitsleistungen abhängigen Erwerbstätigenverhältnisse lassen sich additiv verknüpfen. Im Ergebnis sind der PKV als Wirtschaftsakteur und Finanzier von Gesundheitsleistungen direkt, indirekt und induziert rund 705.000 Arbeitsplätze zuzurechnen. [Quelle: Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017), S. 20].

Die Wertschöpfungs- und Beschäftigungsstärke der PKV als Versicherer und Finanzier von Gesundheitsleistungen ist auf den starken Dienstleistungs- und Inlandsbezug zurückzuführen. Während andere von der Öffentlichkeit typischerweise als stark betrachtete Branchen häufig industriell geprägt sind und ihre Vorleistungen auch aus dem Ausland beziehen, entfaltet sich die Beschäfti-

gungskette der PKV als Versicherer und Finanzier von Gesundheitsleistungen insbesondere im Inland und im (personalintensiven) Dienstleistungsbereich. Das hat entsprechende Auswirkungen auf die vom System der PKV direkt, indirekt und induziert abhängige Erwerbstätigenzahl. [Quelle: Ostwald & Legler (2016), S. 17 f.; Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017), S. 6]

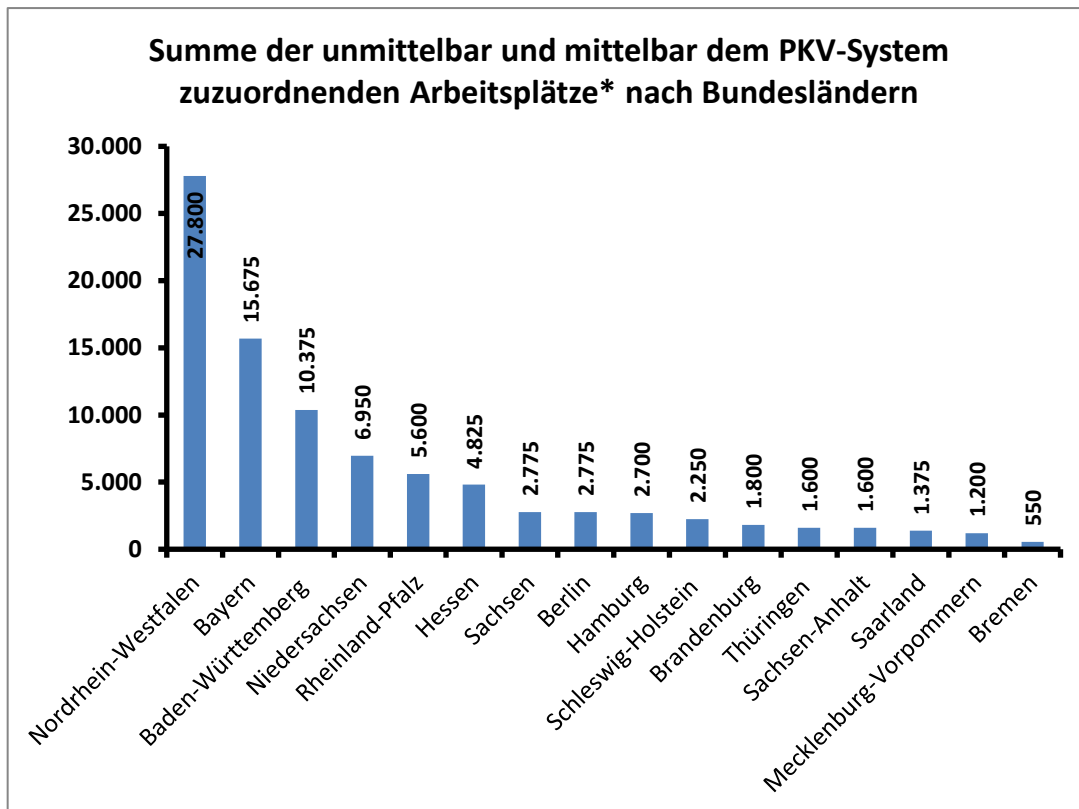
2.6 Regionale Beschäftigungswirkungen

Die bisher im Literatur-Review zusammengetragenen Zahlen zu den unmittelbaren, mittelbaren, direkten, indirekten und induzierten Beschäftigungswirkungen des PKV-Systems beziehen sich auf Gesamtdeutschland. Einige Quellen thematisieren darüber hinaus auch regionale Beschäftigungswirkungen.

Eine Studie der Betriebsratsinitiative *Bürgerversicherung Nein Danke (2013)* regionalisiert die unmittelbar und mittelbar mit der PKV verbundenen Arbeitsplätze (vgl. Abschnitt 2.1 - 2.3). Als regionaler Bezug werden Bundesländer und wichtige Versicherungsstandorte gewählt [*Betriebsratsinitiative (2013)*]. Grundlage waren dabei die im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung von *Paquet (2013)* ermittelten Zahlen zur Beschäftigung im System der PKV.

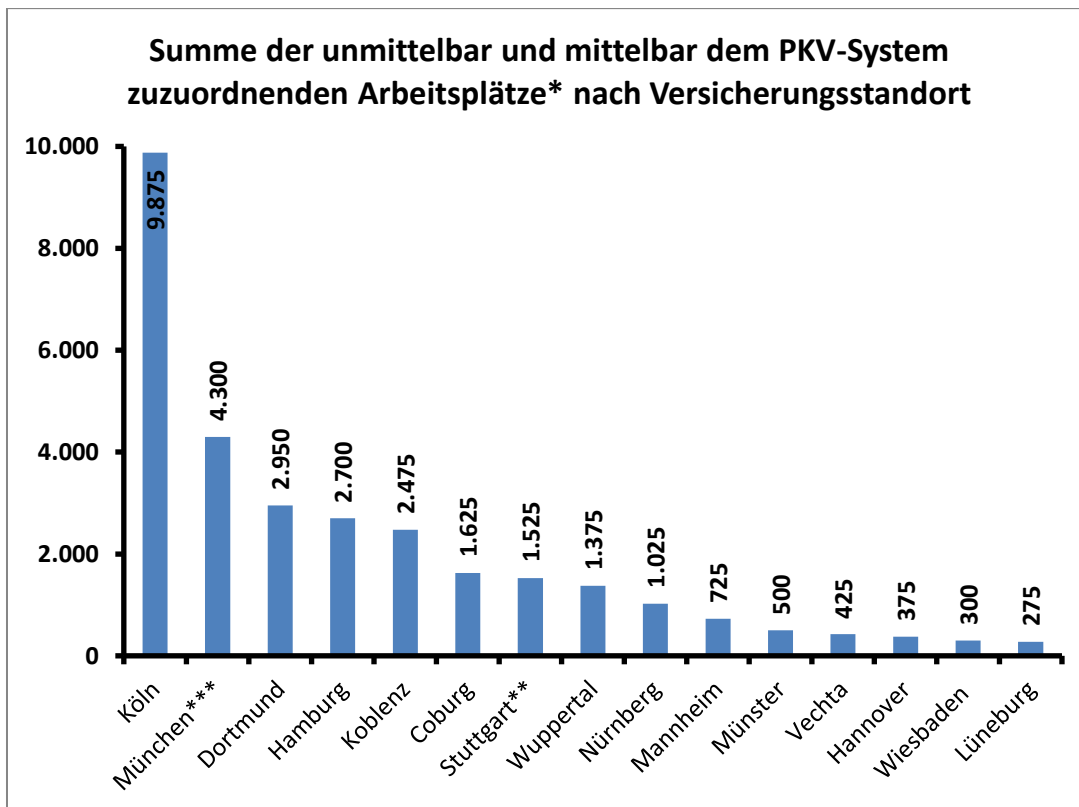
Der Studie der Betriebsratsinitiative (2013) zu Folge bietet das System der Privaten Krankenversicherung (PKV) am Standort Nordrhein-Westfalen 27.800 Arbeitsplätze. Eine Größenordnung, die allen Mitarbeitern der August Oetker KG entspricht. Als Versicherungsstandorte in Nordrhein-Westfalen profitieren insbesondere Köln, Wuppertal, Dortmund und Münster vom unmittelbaren Arbeitsplatzangebot der Privaten Krankenversicherung. So hängen beispielsweise am Standort Köln rund 9.875 Arbeitsplätze vom System der PKV ab. [Quelle: Betriebsratsinitiative (2013), S.29]

In der Studie der Betriebsratsinitiative (2013) sind neben allen weiteren wichtigen Versicherungsstandorten wie unter anderem Bayern mit München, Hamburg, Baden-Württemberg mit Stuttgart und Rheinland Pfalz mit Koblenz auch untypische Versicherungsstandorte wie die neuen Bundesländer berücksichtigt worden. Denn auch dort sind Arbeitsplätze von der Privaten Krankenversicherung abhängig. So sind zum Beispiel in Thüringen rund 1.600 Arbeitsplätze unmittelbar dem System der PKV zuzuordnen. Das entspricht ungefähr der Belegschaft von Opel Eisenach. [Quelle: Betriebsratsinitiative (2013), S.30]



Quelle: Paquet (2013); Betriebsratsinitiative (2013); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015).

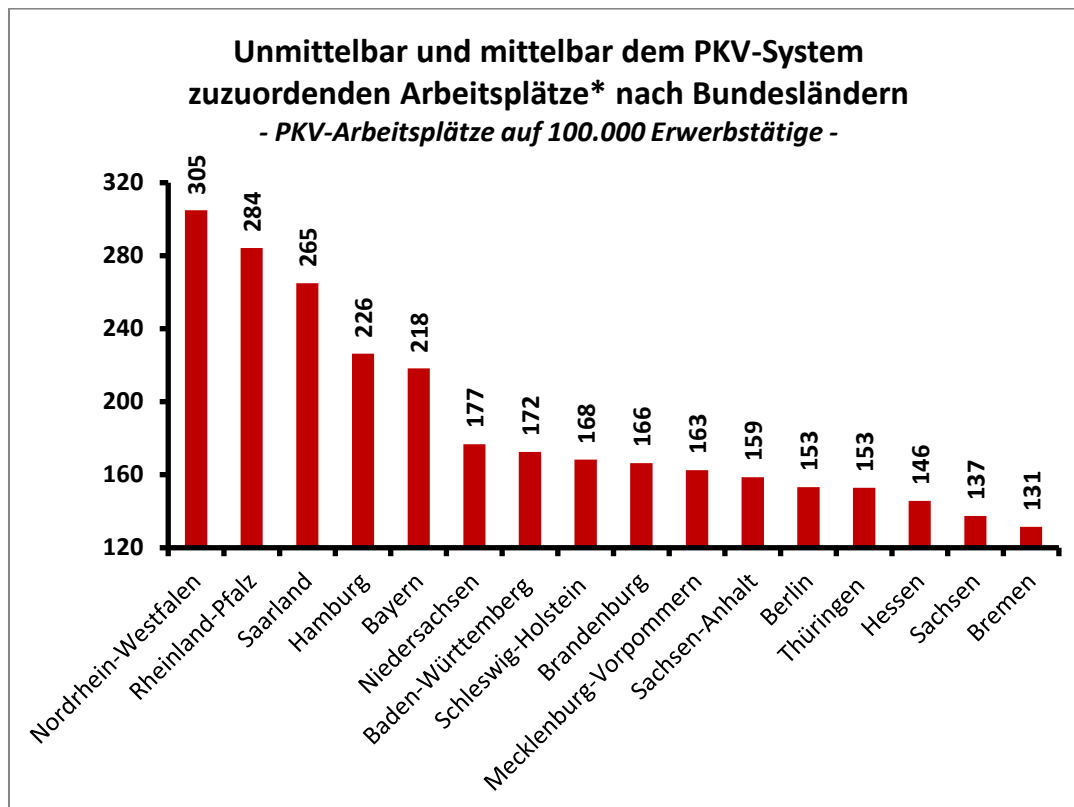
*Angestellte in PKV-Unternehmen, Angestellte bei Finanzdienstleistern, Selbständige, Mitarbeiter der Beihilfe, der Pflegeberatung, der Rechnungsstellung und sonstiger Co-Organisationen im System der PKV.



Quelle: Paquet (2013); Betriebsratsinitiative (2013); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015).

*Angestellte in PKV-Unternehmen, Angestellte bei Finanzdienstleistern, Selbständige, Mitarbeiter der Beihilfe, der Pflegeberatung, der Rechnungsstellung und sonstiger Co-Organisationen im System der PKV. ** Stuttgart mit Fellbach *** München mit Unterföhring

Bundesländer, Regionen und Versicherungsstandorte sind unterschiedlich groß. Die Zahl der Einwohner und Erwerbstätigen variieren zum Teil erheblich. Um Verzerrungen zu vermeiden, bietet sich zum Beispiel eine Darstellungsweise mit Bezug zur Zahl der Erwerbstätigen in den Regionen an. Wird dieser Bezug hergestellt, wird nicht die **absolute**, sondern die **relative Bedeutung** der von der PKV unmittelbar und mittelbar bereitgestellten Arbeitsplätze erkennbar.

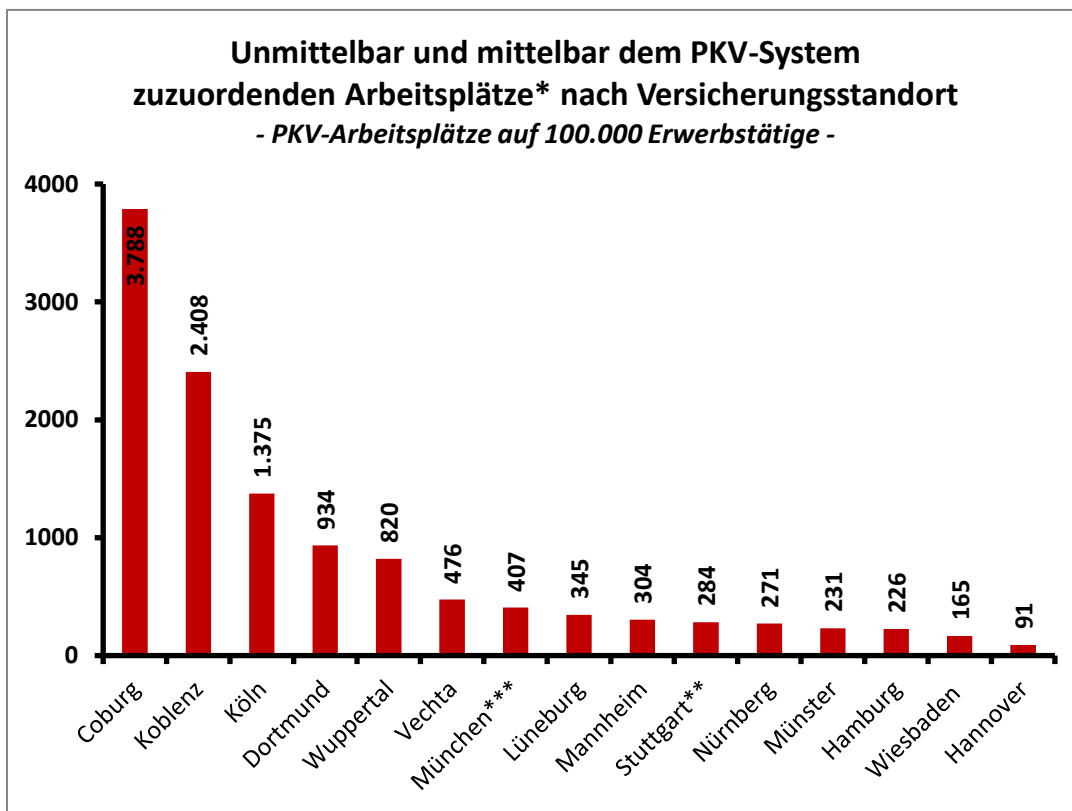


Quelle: Paquet (2013); Betriebsratsinitiative (2013); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015).
*Angestellte in PKV-Unternehmen, Angestellte bei Finanzdienstleistern, Selbständige, Mitarbeiter der Beihilfe, der Pflegeberatung, der Rechnungsstellung und sonstiger Co-Organisationen im System der PKV.

Der Blick auf die relative Bedeutung der von der Privaten Krankenversicherung unmittelbar und mittelbar bereitgestellten Arbeitsplätze deutet darauf hin, dass gerade in kleineren Bundesländern und Städten das Gewicht der PKV für den regionalen Arbeitsmarkt überproportional groß ist. So hängen in Rheinland-Pfalz und im Saarland je 100.000 Erwerbstätige 284 beziehungsweise 265 Arbeitsplätze vom System der PKV ab. Ein Wert der weit über dem in Bayern (218 PKV-Arbeitsplätze je 100.000 Erwerbstätigen) oder Baden-Württemberg (172 PKV-Arbeitsplätze je 100.000 Erwerbstätigen) liegt.

Bei den Städten ergibt sich ein noch deutlicheres Bild. In Coburg und Koblenz entfallen je 100.000 Erwerbstätige 3.788 beziehungsweise 2.408 Arbeitsplätze auf das System der PKV. Die relative Bedeutung der PKV liegt in diesen kleineren Städten damit weit über der in Köln (1.375 PKV-Arbeitsplätze je 100.000 Erwerbstätigen) oder München (407 PKV-Arbeitsplätze je 100.000 Erwerbstätigen).

gen). Auch Städte wie Wuppertal, Vechta oder Lüneburg rutschen in der (relativen) Rangliste der wichtigsten PKV-Versicherungsstandorte weit(er) nach vorne.



Quelle: Paquet (2013); Betriebsratsinitiative (2013); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015).

*Angestellte in PKV-Unternehmen, Angestellte bei Finanzdienstleistern, Selbständige, Mitarbeiter der Beihilfe, der Pflegeberatung, der Rechnungsstellung und sonstiger Co-Organisationen im System der PKV. ** Stuttgart mit Fellbach
*** München mit Unterföhring

2.7 Funktionalität und Effizienz der Beschäftigungsstruktur

Neben der Höhe der Beschäftigung wird in der Literatur häufig auch die Funktionalität und die Effizienz der Beschäftigungsstruktur im Bereich der Privaten Krankenversicherung dokumentiert und zum Teil kritisch kommentiert. Dabei ist insbesondere die Unterscheidung zwischen Vertrieb beziehungsweise Schadenregulierung und Vertragsverwaltung von Interesse.

Nach Paquet (2013) ist das System der Privaten Krankenversicherung vor allem akquisitionorientiert. Rund die Hälfte des Personals dient dem Neugeschäft. Von den 68.000 Beschäftigten im System der PKV weist Albrecht (2016) rund 40.000 dem Vertrieb und 28.000 dem Bereich der Schadenregulierung und Vertragsverwaltung zu. [Quelle: Albrecht (2016), S. 26 f.; Paquet (2013), S. 8]

Mit dem Blick auf die funktionale Beschäftigungsstruktur wird in der Literatur in der Regel auch die Frage nach der Verwaltungskosteneffizienz in der PKV aufgeworfen. *Die Verwaltungskosten je Vollversichertem in der PKV liegen nach dem GKV-Spitzenverband (2010) rund drei Mal so hoch wie die Verwaltungskos-*

ten pro Versicherten in der GKV. Reiners (2016) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die PKV einschließlich Vertriebsagenturen für die Krankenversicherung von 11 % der Bevölkerung rund 60.000 Personen beschäftigt, wo die GKV für 89 % mit 136.000 Mitarbeitern auskommt. [Quelle: Reiners (2016), S. 2; Reiners (2014), S. 11; GKV-Spitzenverband (2010), S. 2.]

Reiners (2017) erkennt in diesen Unterschieden zwischen PKV und GKV Produktivitätsunterschiede beziehungsweise ineffiziente Verwaltungs- und Marketingstrukturen. Den Löwenanteil dieser Ineffizienzen oder Overhead-Kosten seien auf die Abschlusskosten im Vertriebssystem der PKV zurückzuführen, die sich allerdings zwischen den Versicherungsunternehmen erheblich unterscheiden. [Quelle: Reiners (2017), S. 72 f.; Reiners (2014), S. 11.]

Der Hinweis auf ineffiziente Beschäftigungsstrukturen im System der PKV basiert vor allem darauf, dass die Beschäftigten in den abhängigen und unabhängigen Vertriebsorganisationen als ein integraler Bestandteil des Systems der PKV betrachtet werden. Dabei wird häufig vergessen, dass auch die GKV von zahlreichen „Co-Systemen“ geprägt ist. Dazu gehören unter anderem die gesetzlichen Pflegestützpunkte in der Pflegeberatung, die Arbeitgeberunterstützung im System der Betriebskrankenkassen, die zahlreichen kassenartenindividuellen GKV-Verbandsorganisationen oder die „Co-Systeme“ der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), von denen im System der GKV die Vergütung der Leistungserbringer organisiert wird. Die Beschäftigten all dieser „Co-Systeme“ der GKV sind dem System der GKV zuzurechnen. Allein die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unterhalten über 10.000 Beschäftigte.

2.8 Gesamtüberblick

Die im Literatur-Review skizzierten und quantifizierten Arbeitsplätze und Beschäftigungswirkungen der PKV unterscheiden sich je nach Wirkungsart erheblich. Das ist zum einen auf den Fokus und den Analysegegenstand als auch auf die methodische Vorgehensweise der vielfältigen Literaturquellen zurückzuführen. Entsprechend lassen sich die in der Tabelle zusammengefassten Ergebnisse nur zum Teil additiv verknüpfen. Doppelungen sind gegeben. Die Ergebnisse der Literaturrecherche lassen sich tabellarisch wie folgt zusammenfassen:

Tabelle 1: Literatur-Review - Arbeitsplätze und Beschäftigungswirkungen im und durch das System der PKV

Beschäftigungsart/ Beschäftigungseffekt	Literaturquelle(n)	Beschäftigungswirkung(en)
Angestellte und Selbständige im System der PKV	<i>u.a. Paquet (2013); AGV (2016); BaFin (2016); Albrecht (2016)</i>	40.000 - 77.000 Arbeitsplätze
Auszubildende/ Berufsausbildung im System der PKV	<i>BIBB (2015); AGV (2016); BaFin (2016)</i>	Ausbildungsquote 8,4 % (zum Vergleich: Automobil 5,5%)
Mittelbar mit der PKV verbundene Arbeitsplätze (z.B. Beihilfestellen, Pflegeberatung, Verrechnungsstellen)	<i>u.a. Paquet (2013); PVS (2016); Compass (2016), MedicProof (2016)</i>	3.080 Arbeitsplätze + 2.200 Arbeitsplätze ¹
Effekte durch PKV-induzierte Stabilität der Lohnzusatzkosten	<i>u.a. vbw (2016); Prognos (2017);</i>	laut vbw 1,33 Mrd. € nicht entstandene Lohnzusatzkosten p.a. (\approx 18.000 Arbeitsplätze) ²
Volkswirtschaftliche Beschäftigungseffekte der PKV		
als Wirtschaftsakteur	<i>u.a. Ostwald & Legler (2016); Prognos (2017a)</i>	20.656 direkte, 67.303 indirekte & 27.885 induzierte Beschäftigungsverhältnisse
als Finanzier von Gesundheitsleistungen	<i>Ostwald, Legler, Haaf & Schwärzler (2017)</i>	486.632 direkte und indirekte & 102.538 induzierte Beschäftigungsverhältnisse
Regionale Beschäftigungswirkungen der PKV	<i>Betriebsratsinitiative (2013)</i>	z.B. in NRW (Köln) 27.800 (9.875) Arbeitsplätze; z.B. in Koblenz 2.408 Arbeitsplätze auf 100.000 Erwerbstätige

¹ Jeder der laut Paquet (2013) existenten 11.000 Beihilfestellen wird hier als Annahme im Durchschnitt eine 1/5-Teilzeitstelle zugeordnet. ² Annahme: Wenn in der Arbeitsmarktforschung u.a. laut DIW (2005) & Prognos (2017) 90.000 bis 100.000 Beschäftigungsverhältnisse je Beitragssatzpunkt zur Sozialversicherung genannt werden, dann entsprechen die nicht entstandene Lohnzusatzkosten rund 18.000 Arbeitsplätzen.

3 Beschäftigungswirkungen von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung

Die Koexistenz zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird von der SPD, Grüne und LINKE unter anderem mit der Forderung nach einer „(paritätischen) Bürgerversicherung“ oder nach einem einheitlichen Rechtsrahmen in Frage gestellt. Beides liefe auf ein Ende des deutschen Zwei-Säulen-Modells aus GKV und PKV zugunsten von „GKV für alle“ hinaus.

Die Bürgerversicherung hätte unweigerlich arbeitsmarktpolitische Konsequenzen. Die konkreten Auswirkungen der Bürgerversicherung auf dem Arbeitsmarkt hängen dabei von den unterschiedlichen Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung ab. Dabei ist die vollständige und sofortige „Übernacht-Schließung“ der PKV als theoretisches Basis- und Extremszenario zu betrachten (Abschnitt 3.1). Dagegen sind unter anderem das sogenannte Wechselfenster in die GKV, der Einbezug von Privatversicherten in den Gesundheitsfonds oder ein Arbeitgeberbeitrag für beihilfeberechtigte Beamte als Schritte in Richtung Bürgerversicherung zu interpretieren. Wie sich diese in der Wissenschaft und Politik diskutierten Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung auf die Versicherungszahlen in der PKV und die Beschäftigung im System der PKV auswirken, skizziert als Literatur-Review der Abschnitt 3.2.

3.1 Basisszenario: (Sofortige) Überführung der PKV in die Bürgerversicherung

Die vollständige „Übernacht-Schließung“ der Privaten Krankenversicherung inklusiver gesetzlicher Überführung der Privatversicherten in die Bürgerversicherung nach GKV-Vorbild bei entsprechender Abschaffung der Beihilfe ist das Basis- und Extremszenario unterschiedlicher Transformationsmodelle zur Bürgerversicherung. Die Auswirkungen dieses Extrem- und Basisszenarios auf die Beschäftigung und die gesamtwirtschaftliche Entwicklung haben sowohl das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) als auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in volkswirtschaftlichen Simulationsmodellen bewertet.

Nach dem Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) drohen mit der vollständigen Schließung der PKV negative Auswirkungen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP), die Beschäftigung und die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt [Quelle: Augurzky, B.; Felder, S. (2013), RWI, S. 44 ff.]. Der Sachverständigenrat beziffert diese Beschäftigungswirkungen im Jahr der Einführung der Bürgerversicherung – im Vergleich zum Entwicklungspfad der Volkswirtschaft ohne Änderung der Finanzierung der Gesundheitskosten - kurzfristig auf minus 3 %, fünf Jahre nach Start der Bürgerversicherung auf minus 3,2 %. [Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2003/2004, S.214, Tabelle 44 und S. 211 ff.]

Andere Literaturquellen werden deutlich konkreter. Sie unterscheiden dabei zwischen (gefährdeten) Arbeitsplätzen im Umfeld der PKV als Versicherer (Abschnitt 3.1.1) und Arbeitsplätzen, die unmittelbar und mittelbar von der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen abhängen (Abschnitt 3.1.2).

3.1.1 Beschäftigungseffekte im Bereich der PKV als Versicherer

Bei einer gesetzlichen Sofort-Überleitung der PKV-Versicherten in der Bürgerversicherung würden allen Angestellten, Selbständigen im System und im Umfeld der PKV verbundenen Arbeitsplätzen die Grundlage der Erwerbstätigkeit entzogen. Nach den Erkenntnissen der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di „würde die Einführung einer Bürgerversicherung viele Arbeitsplätze vernichten.“ [Quelle: ver.di (2017)]. Das gesamte Personal der PKV einschließlich der Schadensregulierung – bis auf das Zusatzversicherungsgeschäft – würde seine Funktion verlieren [Quelle: Paquet (2013), S. 92 f.].

Ähnlich erginge es den mit der PKV mittelbar verbundenen Arbeitsplätzen. Weil in der Bürgerversicherung unter anderem das System der Beihilfe nicht mehr vorgesehen ist und stattdessen Arbeitgeberbeiträge gezahlt würden, gäbe es keinerlei Beschäftigungsperspektive für Arbeitsplätze im Bereich der Beihilfe.

Im Ergebnis wären mit Blick auf die in Abschnitt 2 zitierten Literaturquellen im Umfeld der Privaten Krankenversicherung bis zu 40.000 [AGV (2017)], 68.000 [Albrecht (2016)], 77.000 [Paquet (2013)] - bei Berücksichtigung von indirekten und induzierten Effekten - bis zu 116.000 [Ostwald (2016)] Beschäftigte unmittelbar und mittelbar von der vollständigen Schließung der PKV als Versicherer betroffen. Abzuziehen wären davon lediglich die Beschäftigten, die vom PKV-Geschäftsfeld der Zusatzversicherungen abhängen.

3.1.2 Beschäftigungseffekte durch die PKV als (fehlender) Finanzier von Gesundheitsleistungen

Die Extremvariante der Bürgerversicherung - die sofortige Überführung der PKV in die Bürgerversicherung - impliziert eine Honorierung der Leistungserbringer im Rahmen der Honorarordnung und des Rechtsrahmens der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Weil unter anderem Ärzte, Physiotherapeuten und Hebammen für die Behandlung von privat versicherten Patienten eine höhere (und nicht budgetierte) Vergütung erhalten, würde die Bürgerversicherung Honorarverluste bei den Leistungserbringern - insbesondere in der ambulanten Versorgung - auslösen. Im Ergebnis würde die Bürgerversicherung unweigerlich zu weniger Mitteln im Gesundheitssystem führen.

Umsätze, die im Status Quo bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, werden unter anderem von Niehaus & Weber (2005), Kaiser (2017) und Wasem (2013) als Mehrumsätze oder Mehrerlöse bezeichnet. Nach aktuellen Berechnungen von Hagemeyer & Wild (2017) und Finkenstädt (2016) summieren sich die Mehrumsätze auf jährlich 12,6 Mrd. €. Davon entfallen unter anderem auf die

niedergelassenen Ärzte 6,1 Mrd. €, auf die Heilpraktiker 0,3 Mrd. € und auf die Heilmittelerbringer 1 Mrd. € jährlich.

In einer Studie zur medizinischen Infrastruktur in Deutschland geht Kaiser (2017) von einem von Privatversicherten verursachten jährlichen Mehrumsatz je ambulant niedergelassenen Arzt in Höhe von durchschnittlich rund 49.000 € aus. Dabei liegen zum Beispiel die Mehrumsätze eines niedergelassenen Kinderarztes mit 30.800 € unter, die eines Internisten mit 55.100 € nahe bei und die eines Augenarztes mit 124.200 € deutlich über dem ambulanten Mehrumsatz-Durchschnitt. [Quelle: Kaiser, H.-J. (2017), S.23 und S. 28 f.].

Bei den Heilmittelerbringern (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden) profitiert nach *Finkenstädt (2016)* jede Heilmittelpraxis im Umfang von durchschnittlich 14.300 Euro jährlich von den Mehrumsätzen der Privatpatienten. Die Berufe in der Heilkunde und Homöopathie haben nach *Niehaus (2015)* von Privatpatienten - geht man als Vollzeitäquivalenz von 28.000 Heilpraktikern aus [Quelle: Statistisches Bundesamt (2016), Personal, Gesundheit, Fachserie 12 Reihe 7.3.1, S. 11] - Mehrumsätze in Höhe von rund 11.000 Euro je Heilpraktiker zu erwarten.

Die jährlichen Mehrumsätze der Privatpatienten stellen eine wichtige Voraussetzung dar, um medizinisches Fachpersonal im Gesundheitssystem einzustellen und eine ausgewogene Personalausstattung bei den Leistungserbringern zu gewährleisten. *Paquet (2013)* weist explizit auf diese Abhängigkeit der Leistungserbringer hin. *Vom fehlenden Mehrumsatz-Effekt in einer Bürgerversicherung sind - so Paquet - nicht nur die niedergelassenen Kassenärzte, sondern auch rund 2.400 niedergelassenen Privatärzte betroffen. Auch die 32.000 Heilpraktiker leben vor allem von PKV-Patienten. [Quelle: Paquet (2013), S.60]*

Dem Zi-Praxis-Panel (2016) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ist zu entnehmen, dass Praxisinhaber sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgung im Durchschnitt ein Viertel ihrer Einnahmen für Personal aufwenden [Quelle: Zi-Praxis-Panel (2016), Tabelle 6, S. 24]. Die niedergelassenen Fachärzte (2013) gehen in diesem Zusammenhang deshalb kausal davon aus, dass wenigstens ein Viertel der Mehrerlöse der Privatpatienten in die Personalausstattung der Praxen fließt. In Summe hängen damit bei den niedergelassenen Ärzten 50.000 Vollzeitstellen oder eine entsprechend Anzahl von Teilzeitstellen vom Mehrumsatz-Effekt der Privatpatienten ab. [Quelle: Bundesverband der niedergelassenen Fachärzte (2013), S. 8].

Auch nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes [Fachserie 2, Reihe 1.6.1] wenden Praxisinhaber rund 25 % ihrer Einnahmen für Personalaufwendungen auf. Davon ausgehend stellt *Kaiser (2017)* fest, dass 1 Arzt jährlich 1,1 vollzeitbeschäftigte Medizinische Fachangestellte finanziert und von dieser Beschäftigung im Fall der Bürgerversicherung ein Viertel abgebaut werden muss. In Summe gingen - so das Fazit von *Kaiser (2017)* - rund 34.000 Vollzeitstellen oder

eine entsprechend größere Anzahl von Teilzeitstellen in den ambulanten Praxen verloren. [Quelle: Kaiser, H.-J. (2017), S.34].

Die Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die zahnärztliche Versorgung analysiert Merk (2017). Wenn die PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen ausfiele und sich die Mehrumsätze der Privatpatienten entsprechend reduzieren, *müssten zahnärztliche Betriebe in Deutschland mit einem jährlichen Gewinnrückgang in Höhe von 61.580 € pro Betrieb (Praxis/Medizinisches Versorgungszentrum) rechnen. Das entspräche einem Minus von fast 33 %. Dabei würde eine erhebliche Zahl von niedergelassenen Zahnärzten in wirtschaftliche Bedrängnis geraten. In der Konsequenz wären von der Bürgerversicherung in den Zahnarztpraxen allein in Baden-Württemberg innerhalb von 10 Jahren rund 2.350 Arbeitsplätze bedroht. [Quelle: Merk, W. (2017), S.25 f. und S. 38].*

Auch Ostwald & Legler (2017) thematisieren in Ihrer Arbeit die vom Mehrumsatz der Privatpatienten abhängigen Arbeitsplätze. Dabei berücksichtigen sie in ihrer Untersuchung nicht nur die vom Mehrumsatz direkt abhängige Beschäftigung in der ärztlichen ambulanten Versorgung, sondern beziehen darüber hinaus alle Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser, Pflegekräfte, Hebammen, Physiotherapeuten, stationäre Versorgung), alle indirekten Beschäftigungsabhängigkeiten (z.B. IT-Support zur Praxissoftware) und alle induzierten Beschäftigungsabhängigkeiten (z.B. Beschäftigungsverhältnisse, die von der vom Mehrumsatz ausgelösten Verausgabung von Honoraren und Gehältern abhängen) mit ein. [Quelle: Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017), S. 7.]

Ostwald & Legler (2017) kommen zu folgendem Schluss: In einer Bürgerversicherung ohne die Private Krankenversicherung (und der dazugehörigen Beihilfe für privatversicherte Beamte mit Angehörigen) entfiere eine Bruttowertschöpfung in Höhe von 13,4 Mrd. €, die in Deutschland durch Mehrumsätze der Privatpatienten finanziert wird. Damit verbunden wäre der Wegfall von 303.048 Erwerbstätigen, die diese vom Mehrumsatz direkt, indirekt und induziert finanzierte Bruttowertschöpfung zum Beispiel im Bereich der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung erwirtschaften. Dies hätte unmittelbare Auswirkungen auf die Ausstattung der Praxen und Krankenhäuser sowie auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland insgesamt. [Quelle: Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017), S. 20 ff.]

3.2 Transformationsszenarien: Übergänge in die Bürgerversicherung

Die Umsetzung einer Bürgerversicherung ist alles andere als trivial. Selbst Befürworter der Bürgerversicherung gehen inzwischen von einem sehr langfristigen Prozess zur Einführung der Bürgerversicherung aus, der „*weit mehr als zehn Jahre in Anspruch nehmen wird*“ [Quelle: Friedrich-Ebert-Stiftung (2016)]. Von der Vorstellung, man könne die Bürgerversicherung über Nacht sofort und ohne Transformation einführen, hat man sich inzwischen verabschiedet. Stattdessen

werden - ohne Prioritäten zu setzen oder eine Reihenfolge festzulegen – häufig folgende Transformationsschritte zur Bürgerversicherung genannt:

Zum Kern der meisten Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung gehört der Grundsatz der sogenannten **Beitragsatzparität**. Damit verbunden wird häufig auch die **Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze** von 52.200 € (2017) auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) in Höhe von 76.200 €. *Das entspräche einem Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze um fast 46 %.* [Quelle: vbw (2017), S. 1]

Von den Plänen für eine Beitragsatzparität inklusive erhöhter Beitragsbemessungsgrenze gehen volkswirtschaftliche Beschäftigungswirkungen aus. *Nach Schätzung des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) belastet die Rückkehr zur „vollständig paritätischen“ Finanzierung in der GKV die Arbeitgeber unmittelbar mit rund 6 Mrd. Euro. Würde dazu noch die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben, droht die Zusatzbelastung um weitere 6,7 Mrd. € auf insgesamt rund 12,7 Milliarden Euro anzusteigen.* [Quelle: Beznoska; Kolev; Pimpertz (2017), S. 3 f.; 16 ff.]

Eine makroökonomische Simulation dieser Euro-Ergebnisse durch das *Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW)* im *Global Economic Model* von *Oxford Economics* zeigt, dass *zehn Jahre nach Einführung der „Parität“ und der höheren Bemessungsgrenze das BIP um 0,9 Prozent niedriger ausfallen würde als unter dem heutigen Beitragsrecht - in Preisen des Jahres 2010 gerechnet minus 29 Milliarden Euro. Die Erwerbslosenquote läge um 1,8 Prozentpunkte über dem Szenario ohne Reform.* [Quelle: Beznoska; Kolev; Pimpertz (2017), S. 16 ff.]

Auch das **Verbot des Neugeschäfts mit Wechseloption in die GKV** gehört zum Standardrepertoire des Übergangs in eine Bürgerversicherung. Dabei können zum Beispiel nach Vorstellungen der SPD alte PKV-Verträge weitergeführt werden und Bestandsversicherte einmalig (innerhalb eines Wechselfensters) in die GKV wechseln. Regelungsbedürftig ist dabei insbesondere die Mitnahme der Alterungsrückstellungen der Privatversicherten beim Wechsel in die GKV. Hier gäbe es unter anderem auch verfassungsrechtliche Hürden zu überwinden.

Als weiteren Zwischenschritt in Richtung Bürgerversicherung wird immer wieder die **Ausweitung der Krankenversicherungspflicht in der GKV** genannt. In diesem Zusammenhang wird unter anderem von der *Bertelsmann Stiftung* (2016) die Einführung einer zusätzlichen Versicherungspflichtgrenze für Selbständige oder die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung (2017: 76.200 €) zur politischen Diskussion gestellt.

Das Ziel, (mehr) Beamte in die Gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen, ist ebenfalls ein Baustein, ein Transformationsszenario in Richtung Bürgerversicherung zu beschreiten. Wahlweise werden - bei partieller **Abschaffung der Beihilfe** - die Ausweitung der Versicherungspflicht auf Beamte, die Öffnung der GKV für eine freiwillige Mitgliedschaft von nicht versicherungspflichtigen Beamten (zum Beispiel „Hamburger Modell“) oder - alternativ - **beihilfefähige Tarife in der GKV** genannt. Je nach Vorschlag können die Beamten selbst oder der Beihilfeträger für „ihre“ Beihilfeberechtigten als Gesamtheit über eine Mitgliedschaft in der GKV mit dazugehörigem Arbeitgeberbeitrag bestimmen.

Als mittelbaren Weg in die Bürgerversicherung wird in Fachkreisen auch die **Einbeziehung von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds** diskutiert. Verbunden mit einer Wechseloption in die GKV lehnt sich die Einbeziehung von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds an das schon in der großen Koalition im Jahr 2006 diskutierte Fondsmodell an. Dem damaligen Vorschlag der SPD entsprechend sollten Privatversicherte in den Gesundheitsfonds mit einkommensabhängigen Beiträgen einbezogen werden. So würden die Privatversicherten zusätzlich zu ihrer PKV-Prämie einen einkommensabhängigen Beitrag an den systemübergreifenden Gesundheitsfonds zahlen. Im Gegenzug erhielten Privatversicherte vom Gesundheitsfonds eine standardisierte Prämienzahlung.

3.2.1 Auswirkungen auf den Versichertenbestand in der PKV

Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung zielen darauf ab, kurz-, mittel- oder langfristig den Versichertenbestand in der PKV zu verkleinern respektive auslaufen zu lassen. Je nach Transformationsmodell unterscheiden sich die Auswirkungen auf den Versichertenbestand in der PKV erheblich. Im Einzelnen:

In einer Studie des Forschungsinstituts IGES beschreibt *Albrecht (2016)* ausführlich die Auswirkungen eines mit der **Wechseloption kombinierten Verbots des PKV-Neugeschäfts** auf den Versichertenbestand der PKV. Dabei geht IGES bei Versicherten in der Privaten Krankenversicherung von einer Wechselquote in Höhe von 50 % (40 %) [20%] aus, wenn die PKV-Prämie der Privatversicherten mehr als 5 % (maximal 5 % über und bis maximal 15 %) [mehr als 15 %] über (unter) [unter] dem GKV-Maximalbeitrag liegt.

Im Ergebnis ginge nach IGES der Versicherungsbestand in der PKV innerhalb von 2 Jahren (10 Jahren) um 33 % (45 %) zurück. Das entspricht rund 2,93 Mio. (3,96 Mio.) Versicherten.¹ Dabei sind die Wechslerzahlen als Mindestgrößen zu betrachten, weil mit weiteren negativen Markteinflüssen zu rechnen ist, zum Beispiel weil Bestandsversicherte mit „Torschlusspanik“ möglichst den sofortigen Wechsel in die GKV anstreben. [Quelle: Albrecht (2016), S. 33].

¹ mit Bezug auf den Bestand der PKV-Vollversicherten im Jahr 2015.

Auch für das Transformationsmodell **‘Einbezug von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds’** beschreibt IGES [Albrecht (2016)] die Auswirkungen auf den Versichertenbestand in der PKV. Dabei werden Wechselmöglichkeiten von der PKV in die GKV *et vice versa* mit einbezogen. Über die Entscheidung der Versicherten, in die GKV zu wechseln oder in der PKV zu verbleiben, bestimmt bei den beihilfeberechtigten Versorgungsempfängern der Beihilfeträger, bei allen anderen das Kriterium *„Saldo aus PKV-Prämie und standardisierten Prämienzahlungen“*. IGES geht davon aus, dass den Privatversicherten aus der Gruppe der Beschäftigten, Rentner und Selbständigen bei Verbleib in der PKV und dem gleichzeitigen Einbezug in den Gesundheitsfonds eine Mehrbelastung von durchschnittlich rund 130 € monatlich entsteht. *Im Ergebnis ginge - so IGES - in diesem Transformationsmodell zur Bürgerversicherung der Versicherungsbestand in der PKV innerhalb von 10 Jahren um mehr als 50 % zurück. Das entspräche rund 4,4 Mio. Versicherten.*² [Quelle: Albrecht (2016), S. 45 f. und S. 48].

Die Anhebung der **Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer** auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung würde laut IGES [Quelle: Albrecht (2016)] dazu führen, *dass unmittelbar nach der Umstellung bis zu 15 % der Versicherten die PKV in Richtung GKV verlassen müssen (bis zu 1,32 Mio. Versicherte).*³ *Hinzu käme das dauerhafte verringerte Wechsler- und Wachstumspotential. Nach 10 Jahren ergäbe sich damit ein Rückgang der Versichertenzahlen um knapp 25 % (rund 2,2 Mio. Versicherte).*⁴ [Quelle: Albrecht (2016), S. 52 f.]

Die von der Bertelsmann Stiftung (2016) geforderte Einführung einer zusätzlichen **Versicherungspflichtgrenze für Selbständige** würde - *unter Anwendung der für Arbeitnehmer geltenden Versicherungspflichtgrenze (2017: 57.600 €) - dazu führen, dass fast eine Million der derzeit privat versicherten Selbständigen in der GKV wechseln müssten. Zusätzlich würden schätzungsweise knapp 80.000 Selbstständige freiwillig in die GKV wechseln. Insgesamt würden 1,04 Mio. Selbstständige plus rund 318.000 Familienangehörigen (Σ1,36 Mio.) neu in die GKV aufgenommen* [Quelle: Bertelsmann Stiftung (2016), S. 23].

In der Gegenwart ist fast die Hälfte der Versicherten in der PKV beihilfeberechtigt. Dementsprechend haben Transformationsmodelle zur Bürgerversicherung, die **(mehr) beihilfeberechtigte Beamte und Angehörige in die GKV** einbeziehen, relativ große Auswirkungen auf den Versichertenbestand in der PKV.

² mit Bezug auf den Bestand der PKV-Vollversicherten im Jahr 2015.

³ mit Bezug auf den Bestand der PKV-Vollversicherten im Jahr 2015.

⁴ mit Bezug auf den Bestand der PKV-Vollversicherten im Jahr 2015.

Das *IGES-Institut (2016)* gewährt den Beihilfeberechtigten in einem Transformationsszenario, in dem das PKV-Neugeschäft verboten wird und beihilfeberechtigte Bestandsversicherte eine Wechseloption in die GKV haben, keine individuelle Wahloption. Es obliegt dem Beihilfeträgern im Bund, Ländern und Gemeinden, ob für die Gesamtheit der Versicherten Beihilfe gewährt oder ein Arbeitgeberzuschuss für GKV-Mitglieder gezahlt wird. Dabei geht IGES davon aus, *dass sich neben dem Bund die sieben Bundesländer mit einem relativ hohen Anteil an Versorgungsempfängern ($\geq 40\%$ an der Gesamtzahl der aktiven Beamten und Versorgungsempfänger) für einen Wechsel ihrer Beihilfeberechtigten in die GKV entscheiden. Insgesamt beträfe diese GKV für Beamte rund 1,3 Millionen Versicherte plus Familienangehörige. Daraus ergibt sich innerhalb von 2 Jahren einen Rückgang des Versichertenbestandes in der PKV in Höhe von rund 18 %, ⁵ das entspräche rund 1,6 Mio. ehemals beihilfeberechtigte Versicherten.*⁶

Die *Bertelsmann Stiftung (2017)* schlägt dagegen eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf aktive Beamte und Pensionäre plus die Öffnung der GKV für eine freiwillige Mitgliedschaft von nicht versicherungspflichtigen Beamten oder - optional - die Einführung von beihilfefähigen Tarifen in der GKV vor. Beide Szenarien führen jeweils dazu, *dass 88 Prozent der gegenwärtig privat versicherten Beamten GKV-Mitglied werden. Im Ergebnis gingen der PKV 2,7 Mio. Beamte und Pensionäre plus 891.000 Familienangehörige - also insgesamt etwa 3,6 Mio. Versicherte - verloren. [Quelle: Bertelsmann Stiftung (2017), S. 54 f.]*

Als Alternative zur Ausweitung der GKV-Versicherungspflicht auf Beamte und Pensionäre soll das sogenannte **Hamburger Modell** mehr Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV gewährleisten. Dem Gesetz des Hamburger Senats über die *‘Einführung einer pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsvorsorge’* folgend soll der Dienstherr statt individueller Beihilfe einen Arbeitgeberbeitrag für Beamte (pauschale Beihilfe) zahlen. Diese sogenannte pauschale Beihilfe wird in der Regel nicht mit der PKV, sondern mit der GKV zu kombinieren sein. Von diesem Gesetz würden in Hamburg - laut Hamburger Senat - vor allem die jährlich bis zu 2.000 Neuverbeamtungen profitieren *[Quelle: Hamburger Senat (2017), S. 1 - 11.]*. In der SPD wird diese Initiative aus Hamburg *„als großartiger Schritt zur Bürgerversicherung“* betrachtet. *[Quelle: Lauterbach (2017)].*

Mit Blick auf verschiedene Statistiken des Statistischen Bundesamtes und Einschätzungen des Deutschen Beamtenbundes (dbb) lässt sich die Zahl der jährlichen Neuverbeamtungen für ganz Deutschland inklusive Hamburg ermitteln. Trotz zum Teil erheblicher (regionaler) Unterschiede im Verbeamtungsverhalten

⁵ Gilt das Gesamtszenario für Beihilfeberechtigte, privatversicherte Selbständige und Angestellte, liegt der Rückgang des PKV-Versichertenbestandes bei 33%, ohne Beihilfeberechtigte bei 15% - ceteris paribus liegt der Rückgang des Versichertenbestandes in der PKV mit ausschließlichem Bezug auf die Beihilfe bei 18%; vgl. *Albrecht et al. (2016), S. 35.*

⁶ mit Bezug auf den Bestand der PKV-Vollversicherten im Jahr 2015.

ten in den Gebietskörperschaften ist im bundesweiten Durchschnitt in den folgenden 10 Jahren - auch angesichts des Eintritts der sogenannten „Baby-Boomer“ in das Rentenalter - von jährlich 60.000 Neuverbeamten auszugehen [Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 14, Reihe 6, 2016].

In der Konsequenz heißt das für die Auswirkungen des „Hamburger Modells“ auf den Versichertenbestand in der PKV: Würden alle Beihilfeträger in Deutschland das „Hamburger“ Modell übernehmen und sich 1/3 bis 2/3 der Neubeamten für einen Arbeitgeberzuschuss zur GKV entscheiden, dann gingen der PKV in einer 10-Jahresperspektive insgesamt zwischen 200.000 bis 400.000 neuversicherte Beamte plus Angehörige verloren.

Tabelle 2: Auswirkungen von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung auf den Versichertenbestand in der PKV

	Literaturquelle(n)	Auswirkung auf den Versichertenbestand in der PKV
Basisszenario: (Sofortige) Überführung der PKV in die Bürgerversicherung	<i>qua definitionem</i>	<i>minus 8,8 Mio. Vollversicherte¹ (ausgenommen Versicherte in der Zusatzversicherung)</i>
Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung		
Verbot des PKV-Neugeschäfts + Wechseloption in die GKV	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Rückgang um 33 % (45 %), d.h. minus 2,93 Mio. (3,96 Mio.) Versicherte¹ innerhalb von 2 (10) Jahren</i>
Versicherungspflichtgrenze für Selbständige	<i>Bertelsmann Stiftung (2016)</i>	<i>sofortiger Rückgang um 1,04 Mio. Selbständige + 0,32 Mio. Angehörige (Σ 1,36 Mio.)</i>
Erhöhung der Arbeitnehmer-Versicherungspflichtgrenze auf Rentenversicherung-Niveau	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Rückgang um bis zu 15 % (25 %), d.h. bis zu 1,32 Mio. (2,2 Mio.) Versicherte¹ sofort (innerhalb von 10 Jahren)</i>
Einbezug von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds + Wechseloption von der PKV in die GKV <i>et vice versa</i>	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Rückgang um > 50 %, d.h. minus 4,4 Mio. Versicherte¹ innerhalb von 10 Jahren</i>

(Mehr) beihilfeberechtigte Beamte und Angehörige in die GKV Versicherungspflichtgrenze für Beamte/Pensionäre + Öffnung der GKV für freiwillige Mitgliedschaften Einführung von beihilfefähigen Tarifen in der GKV Individuelle Wahloption der Beihilfeberechtigten für GKV-Arbeitgeberzuschuss (i.d.R. für Neubeamte) „Hamburger Modell“ Verbot des PKV-Neugeschäfts + kollektive Wahloption des Beihilfetragers für GKV-Arbeitgeberzuschuss		
	<i>Bertelsmann Stiftung (2017)</i>	<i>sofortiger Rückgang um 2,7 Mio. Beamte & Pensionäre + 0,89 Mio. Angehörige (Σ 3,6 Mio.)</i>
	<i>Simulationsrechnung</i>	<i>0,2 bis 0,4 Mio. weniger Versicherte (plus Angehörige) innerhalb von 10 Jahren²</i>
	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Rückgang um 18 %, d.h. minus 1,6 Mio. Versicherte¹ innerhalb von 2 Jahren</i>

¹ mit Bezug auf den Bestand der PKV-Vollversicherten im Jahr 2015. ² Annahme: 1/3 bzw. 2/3 der insgesamt 60.000 Neuverbeamten in Deutschland pro Jahr entscheiden sich für einen GKV-Arbeitgeberzuschuss.

3.2.2 Auswirkungen auf die Beschäftigung im Bereich der PKV als Versicherer

In allen Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung haben Rückgänge der Versichertenzahlen einen unmittelbaren Einfluss auf die Beschäftigung im Umfeld der PKV als Versicherer und Wirtschaftsakteur. Die Dienstleistungsgewerkschaft *ver.di* (2017) kommt mit Blick auf alle gedachten Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung zu dem Ergebnis, *„dass es keinen Weg in die Bürgerversicherung gibt, der nicht mindestens ein 1/3 bis 3/4 der Arbeitsplätze in der privaten Krankenversicherung ersatzlos vernichtet.“* Im Einzelnen:

Für das **Verbot des PKV-Neugeschäfts mit Wechseloption in die GKV** prognostiziert *IGES* [Quelle: *Albrecht (2016)*], *„dass innerhalb von 3 Jahren (10 Jahren) rund 40.800 (51.000) Arbeitsplätze verloren gingen.“⁷ Das entspräche rund 60 % (75 %) der Gesamtbeschäftigung im System der Privaten Krankenversicherung. Dies sei insofern bemerkenswert, weil „in den bislang diskutierten Reformkonzepten die Schließung des PKV-Neugeschäfts quasi zu den Standardelementen zählte.“* [Quelle: *Albrecht (2016)*, S. 26, 35 f. und S. 61].

Für das Transformationsmodell **„Einbezug von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds“** inklusive Wechselmöglichkeiten von der PKV in die GKV *et vice*

⁷ mit Bezug auf den Beschäftigtenbestand im Umfeld der PKV im Jahr 2014 (68.000).

versa schätzt IGES, dass innerhalb von 10 Jahren rund 27.200 Arbeitsplätze verloren gingen.⁸ Das entspräche rund 40 % der Gesamtbeschäftigung im System der PKV. [Quelle: Albrecht (2016), S. 48]. Bei einer Anhebung der **Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer** auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung wäre dagegen laut IGES innerhalb von 10 Jahren mit rund 22.700 verlorenen Arbeitsplätzen zu rechnen. Das entspräche rund 33 % der Gesamtbeschäftigung im System der Privaten Krankenversicherung (PKV).⁹ [Quelle: Albrecht (2016), S. 54].

Mit Blick auf die von Albrecht (2016) für die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze im Segment der Arbeitnehmer quantifizierten Beschäftigungswirkungen lassen sich in einer Analogbetrachtung auch die Beschäftigungseffekte für eine **Versicherungspflichtgrenze bei Selbständigen** abschätzen. Angesichts der fast identischen (zeitnahen) Abgangsgröße von Versicherten (bis zu 1,32 Mio. im Arbeitnehmer-Szenario von IGES bzw. 1,36 Mio. Versicherte im Selbständigen-Szenario von Bertelsmann) plus der ähnlich gelagerten dauerhaft verringerten Wechsler- und Wachstumspotentiale für die PKV ist bei einer Einführung einer Versicherungspflichtgrenze für Selbständige (nach 10 Jahren) mit einem Abbau von rund 23.000 Arbeitsplätzen im Umfeld der PKV zu rechnen.

Auch zur Beschäftigungswirkung von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung, die **(mehr) beihilfeberechtigte Beamte und Angehörige in die GKV** einbeziehen, gibt es (fast) keine Primärliteratur. Lediglich IGES quantifiziert für ein Modell, in dem es den Beihilfeträgern im Bund, Ländern und Gemeinden obliegt, ob für die jeweilige Gesamtheit der Versicherten Beihilfe gewährt oder ein Arbeitgeberzuschuss für GKV-Mitglieder gezahlt wird, Arbeitsplatzwirkungen im System der PKV. In diesem Szenario würde sich IGES zu Folge im System der PKV als Versicherer die Beschäftigung innerhalb von 3 Jahren um 19 %¹⁰ oder rund 12.900 Arbeitsplätze¹¹ reduzieren. [Quelle: Albrecht (2016), S. 35 ff].

Für die Szenarien der Bertelsmann Stiftung [Versicherungspflicht für Beamte und Pensionäre oder - optional - die Einführung von beihilfefähigen Tarifen in der GKV] oder für das sogenannte „Hamburger Modell“ [pauschale statt individuelle Beihilfe] lassen sich die Beschäftigungswirkungen nur annäherungsweise in einer Analogberechnung mit Bezug auf das Beihilfe-Szenario des IGES-Instituts ableiten. Wenn der Abgang von 1,6 Mio. beihilfeberechtigte Versicherten innerhalb von 3 Jahren zu einem Rückgang von 19 % der Beschäftigung (ca. 12.900 Arbeitsplätze) im Umfeld der PKV führt, brächte der Verlust von 3,6 Mio.

⁸ mit Bezug auf den Beschäftigtenbestand im Umfeld der PKV im Jahr 2014 (68.000).

⁹ mit Bezug auf den Beschäftigtenbestand im Umfeld der PKV im Jahr 2014 (68.000).

¹⁰ Gilt das Gesamtszenario für Beihilfeberechtigte, privatversicherte Selbständige und Angestellte, liegt der Rückgang der Beschäftigung im Umfeld der PKV als Versicherer bei 60%, ohne Beihilfeberechtigte bei 41 % - ceteris paribus liegt der Rückgang der Beschäftigung mit ausschließlicher Bezug auf die Beihilfe bei 19 %; vgl. Albrecht et al. (2016), S. 36.

¹¹ mit Bezug auf den Beschäftigtenbestand im Umfeld der PKV im Jahr 2014 (68.000).

beihilfeberechtigten Versicherten in den Bertelsmann-Szenarien einem Abbau von 42 % oder rund 29.000 Arbeitsplätzen im Umfeld der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit sich. Beim „Hamburger Modell“ für Gesamtdeutschland ständen - wenn sich 1/3 bis 2/3 der Neubeamten für einen Arbeitgeberzuschuss zur GKV entscheiden - im System der PKV als Versicherer angesichts abnehmender zukünftiger Versichertenpotentiale im Bereich der Beamten rund 2,4 % bis 4,8 % der Beschäftigung (ca. 1.600 bis 3.200 Arbeitsplätze)¹² in Frage.

**Tabelle 3: Auswirkungen von Transformationsmodellen zur
Bürgerversicherung auf die Beschäftigung im Bereich der PKV als Versicherer**

	Literatur- quelle(n)	Auswirkung auf die Beschäftigung in der PKV als Versicherer
Basisszenario: (Sofortige) Überführung der PKV in die Bürgerversicherung	<i>u.a. Paquet (2013); AGV (2016); BaFin (2016); Albrecht (2016)</i>	minus 40.000 - 77.000 Arbeitsplätze (<i>ausgenommen Beschäftigte im Bereich Zusatzversicherung</i>)
Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung		
Verbot des PKV-Neugeschäfts + Wechseloption in die GKV	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Wegfall von 60 % (75 %) der Beschäftigung im PKV-System innerhalb von 3 (10) Jahren, d.h. 40.800 (51.000) Arbeitsplätze¹</i>
Erhöhung der Arbeitnehmer- Versicherungspflichtgrenze auf Rentenversicherung-Niveau	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Wegfall von 33 % der Beschäftigung im PKV-System innerhalb von 10 Jahren, d.h. 22.700 Arbeitsplätze¹</i>
Versicherungspflichtgrenze für Selbständige	<i>Analogberechnung durch Verknüpfung von Bertelsmann Stiftung (2016) & IGES (2016)</i>	<i>Wegfall von ca. 23.000 Arbeitsplätzen im PKV-System (nach 10 Jahren)¹</i>
Einbezug von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds + Wechseloption von der PKV in die GKV <i>et vice versa</i>	<i>Albrecht/IGES (2016)</i>	<i>Wegfall von 40 % der Beschäftigung im PKV-System innerhalb von 10 Jahren, d.h. 27.200 Arbeitsplätze¹</i>

¹² mit Bezug auf den Beschäftigtenbestand im Umfeld der PKV im Jahr 2014 (68.000).

<p>(Mehr) beihilfeberechtigte Beamte und Angehörige in die GKV</p> <p>Versicherungspflichtgrenze für Beamte/Pensionäre + Öffnung der GKV für freiwillige Mitgliedschaften</p> <p>Einführung von beihilfefähigen Tarifen in der GKV</p> <p>Individuelle Wahloption der Beihilfeberechtigten für GKV-Arbeitgeberzuschuss (i.d.R. für Neubeamte) „Hamburger Modell“</p> <p>Verbot des PKV-Neugeschäfts + kollektive Wahloption des Beihilfetragers für GKV-Arbeitgeberzuschuss</p>		
	<p>Analogberechnung durch Verknüpfung von Bertelsmann Stiftung (2016) & IGES (2016)</p>	<p>Wegfall von 42 % der Beschäftigung im PKV-System innerhalb von 3 Jahren, d.h. 29.000 Arbeitsplätze¹</p>
	<p>Simulations-Rechnung in Anlehnung an Albrecht/IGES (2016)</p>	<p>Wegfall von 2,4 bis 4,8 % der Beschäftigung im PKV-System, d.h. ca. 1.600 bis 3.200 Arbeitsplätze^{1,2}</p>
	<p>Albrecht/IGES (2016)</p>	<p>Wegfall von 19 % der Beschäftigung im PKV-System innerhalb von 3 Jahren, d.h. 12.900 Arbeitsplätze¹</p>

¹ mit Bezug auf den Beschäftigtenbestand im Umfeld der PKV im Jahre 2014 (68.000). ² Annahme: 1/3 bzw. 2/3 der insgesamt 60.000 Neuverbeamten in Deutschland pro Jahr entscheiden sich für einen GKV-Arbeitgeberzuschuss.

3.2.3 Auswirkungen auf die Beschäftigung durch die PKV als (fehlender) Finanzier von Gesundheitsleistungen

Der im Abschnitt 3.2.1 skizzierte schrumpfende Versichertenbestand im System der PKV impliziert auch einen entsprechenden Rückgang bei der Zahl der Privatpatienten. *In der Konsequenz wäre mit entsprechenden Honorarverlusten – den sogenannten Mehrumsätzen - bei den Leistungserbringern, u.a. in der ambulanten ärztlichen Versorgung, zu rechnen. [Quelle: Albrecht (2016), S. 37.]*

Die Honorarverluste bei den Leistungserbringern lassen sich nur dann vermeiden, wenn in einer Bürgerversicherung die sogenannten Mehrumsätze kompensiert werden. *Dabei entsteht ein Dilemma: Entweder würde die Bürgerversicherung auf Kosten der Leistungserbringer Milliardenhonorare entziehen oder sie würde den überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten – beitrags(satz)steigernd zu Lasten der gesetzlich Versicherten [+ 0,97 Beitrags-satzpunkte] – nachfinanzieren. Das wäre der Preis, den die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Bürgerversicherung zu zahlen hätten. [Quelle: Schaffer et al. (2017), S. 91]*

Orientiert sich die Bürgerversicherung dagegen in Vergütungshöhe und Arithmetik der Honorierung vollständig am Maßstab des Einheitlichen Bewertungs-

maßstabes (EBM) sowie an der Budgetierung der GKV, würden die Mehrumsätze der Privatpatienten dem Gesundheitssystem entzogen. Das hätte unmittelbar auch Auswirkungen auf die Ausstattung und die Beschäftigung in der ambulanten und stationären Infrastruktur [Quelle: Schaffer et al. (2017), S. 90].

Nach Kaiser (2017) würden in einem Basisszenario bei sofortiger Überführung der PKV in die Bürgerversicherung inklusive vollständigem Wegfall der von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze in den ambulanten ärztlichen Praxen rund 34.000 Vollzeitstellen verloren gehen [Quelle: Kaiser (2017), S. 34]. Ostwald & Legler (2017) berücksichtigen darüber hinaus alle Leistungserbringer und indirekte plus induzierte Beschäftigungsabhängigkeiten. Diese erweiterte Perspektive zeigt, dass - bei vollständigem Wegfall der von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze - *direkt, indirekt und induziert 303.048 Erwerbstätige u.a. im Bereich der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung betroffen wären* [Quelle: Ostwald & Legler & Haaf & Schwärzler (2017), S. 21 ff.].

Betrachtet man die von Kaiser (2017) und WifOR (2017) vorgelegten Größen für die Beschäftigungswirkung des Mehrumsatzes als Basis- und Ausgangsgröße, dann lassen sich mittels Analogberechnungen die Auswirkungen verschiedener Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung auf die Beschäftigung durch die PKV als (fehlender) Finanzier von Gesundheitsleistungen abschätzen.

Methodisch sei das am Beispiel des **Verbots des PKV-Neugeschäfts mit Wechseloption in die GKV** skizziert: Nach Albrecht (2016) ist innerhalb von 2 Jahren (10 Jahren) mit einem Rückgang der Versicherten/Privatpatienten respektive mit einem Rückgang des Mehrumsatzes in Höhe von 33 % (45 %) zu rechnen. Werden Albrecht (2016), Kaiser (2017) und WifOR (2017) als Literaturquellen verknüpft, lässt sich demzufolge als Ergebnis ableiten, dass durch den partiellen Wegfall der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen innerhalb von 2 Jahren (10 Jahren) rund 11.300 (15.300) Arbeitsplätze im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung - bei Berücksichtigung aller medizinischer Versorgungsbereiche unter Einbezug aller direkten, indirekten und induzierten Effekte - rund 101.000 (136.000) Beschäftigte unmittelbar und mittelbar unter anderem in der Gesundheitsversorgung betroffen wären.

Die Auswirkungen aller Transformationsmodelle zur Bürgerversicherung auf die Beschäftigung durch Wegfall der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen stellen sich in diesem methodischen Zusammenhang wie folgt dar:

**Tabelle 4: Auswirkungen von Transformationsmodellen zur
Bürgerversicherung auf die Beschäftigung durch Wegfall der PKV
als Finanzier von Gesundheitsleistungen [Szenario-Rechnung]**

	Literatur- quelle(n)	Auswirkung auf die Beschäftigung durch Wegfall der PKV als Finanzier von Gesund- heitsleistungen
Basisszenario: (Sofortige) Überführung der PKV in die Bürgerversicherung	<i>u.a. Kaiser (2017); Ostwald & Leger (2017)</i>	<i>direkt, indirekt & induziert wären 303.000 Erwerbstätige betroffen; in der ambulanten Versorgung 34.000 Vollzeit-Arbeitsplätze</i>
Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung		
Verbot des PKV-Neugeschäfts + Wechseloption in die GKV	<i>Szenario-Rechnung durch Verknüpfung von Kaiser (2017) & IGES (2016) & WifOR (2017)</i>	<i>innerhalb von 2 (10) Jahren wären direkt, indirekt & induziert 101.000 (136.000) Erwerbstätige betroffen; in der ambulanten Versorgung 11.300 (15.300) Vollzeit-Arbeitsplätze</i>
Erhöhung der Arbeitnehmer- Versicherungspflichtgrenze auf Rentenversicherung-Niveau	<i>Szenario-Rechnung durch Verknüpfung von Kaiser (2017) & IGES (2016) & WifOR (2017)</i>	<i>zeitnah wären direkt, indirekt & induziert bis zu 45.000 Erwerbstätige betroffen; in der ambulanten Versorgung rund 5.100 Vollzeit-Arbeitsplätze</i>
Versicherungspflichtgrenze für Selbständige		
Einbezug von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds + Wechseloption von der PKV in die GKV et vice versa	<i>Szenario-Rechnung durch Verknüpfung von Kaiser (2017) & IGES (2016) & WifOR (2017)</i>	<i>innerhalb von 3 (10) Jahren wären direkt, indirekt & induziert 101.000 (152.000) Erwerbstätige betroffen; in der ambulanten Versorgung 11.300 (17.000) Vollzeit-Arbeitsplätze</i>
(Mehr) beihilfeberechtigte Beamte und Angehörige in die GKV		
Versicherungspflichtgrenze für Beamte/Pensionäre + Öffnung der GKV für freiwillige Mitgliedschaften	<i>Szenario-Rechnung durch Verknüpfung von Kaiser (2017) & IGES (2016) & WifOR (2017)</i>	<i>zeitnah wären direkt, indirekt & induziert zwischen 137.000 und 154.000 Erwerbstätige betroffen; in der ambulanten Versorgung 15.300 bis 17.000 Vollzeit-Arbeitsplätze</i>
Einführung von beihilfefähigen Tarifen in der GKV		

**Verbot des PKV-Neugeschäfts
+ kollektive Wahloption des
Beihilfeträgers für
GKV-Arbeitgeberzuschuss**

Szenario-Rechnung
durch Verknüpfung von
Kaiser (2017) & IGES
(2016) & WifOR (2017)

zeitnah wären direkt, indirekt
& induziert rund 55.000
Erwerbstätige betroffen; in
der ambulanten Versorgung
6.200 Vollzeit-Arbeitsplätze

4 Ausgleich und Kompensation der Beschäftigungswirkungen von Transformationsmodellen zur Bürgerversicherung

Paquet (2013) und Albrecht (2016) erörtern jeweils im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung Potentiale zur Kompensation oder zum Ausgleich von negativen Beschäftigungseffekten durch Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung. Im Ergebnis sind alle Potentiale zur Kompensation von betroffenen Arbeitsplätzen im System der PKV als Versicherer als gering einzustufen.

Nach Paquet (2013) sind Kompensationsmöglichkeiten durch die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts nicht ersichtlich. Schon heute macht die Zusatzversicherung nur etwa ein Fünftel des Geschäftsvolumens der PKV aus. Ersatz-Arbeitsplätze in der GKV sind nicht unmittelbar zu erwarten, weil die Krankenkassen einen allmählichen Mitgliederzuwachs ohne zusätzliches Personal verkraften würden. [Quelle: Paquet (2013), S. 5].

Ein Einstieg der PKV-Unternehmen in die Bürgerversicherung erscheint nach Paquet (2013) nicht erfolversprechend. Er käme faktisch einem „Kaltstart“ in einem fremden und bereits vollbesetzten Markt gleich. Auch die PKV-Mitarbeiter erweisen sich für das Geschäftsmodell der Bürgerversicherung als nur bedingt „anschlussfähig“. [Quelle: Paquet (2013), S. 88].

Die Arbeitsplätze könnten nur durch eine parallel organisierte und gesetzlich geregelte Übernahme durch die gesetzlichen Kassen in der Bürgerversicherung erhalten bleiben. [Quelle: Paquet (2013), S. 92 f.]

*Wenn die Bürgerversicherung gesetzlich verpflichtet wird, die Mitarbeiter der PKV zu übernehmen, gäbe es nicht nur rechtliche Probleme und Fragen der konkreten Zuordnung zu bestimmten Trägern der Bürgerversicherung. **Wesentlich wäre, dass die Bürgerversicherung Mitarbeiter übernehmen müsste, die sie mindestens in der vorgegebenen Größenordnung und mit den vorhandenen Qualifikationen nicht braucht.** [Quelle: Paquet (2013), S. 103.].*

Auch nach Albrecht (2016) sind vom Bereich der Zusatzversicherungen keine kompensierenden oder verlustabsorbierenden Beschäftigungseffekte zu erwarten: Die Daten der vergangenen Jahre zeigen einen massiven Produktivitätsanstieg beziehungsweise eine stark sinkende Beschäftigungsintensität im Teilbe-

reich der Zusatzversicherungen (gemessen am Verhältnis Zusatzversicherungen je Beschäftigten). [Quelle: Albrecht (2016), S. 60].

Kompensierende Beschäftigungseffekte in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden ebenfalls als unrealistisch angesehen. So ist das Zusatzversicherungsgeschäft in der GKV vernachlässigbar. Zusätzliche GKV-Zugänge aus der PKV könnten allenfalls zu einer Verlangsamung des (ohnehin stattfindenden) Personalabbaus in der GKV führen, kaum aber zur Aufnahme zusätzlichen Personals. [Quelle: Albrecht (2016), S. 60].

Schließlich dürften sich auch außerhalb der Krankenversicherung nur sehr begrenzt anderweitige Beschäftigungsperspektiven für ehemalige Beschäftigte der Privaten Krankenversicherung ergeben, da in der traditionellen Versicherungsbranche insgesamt eher mit Schrumpfungstendenzen zu rechnen ist. [Quelle: Albrecht (2016), S. 60].

Anders als im Bereich der PKV als Versicherer und Wirtschaftsakteur stellt sich die Situation im Umfeld der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen dar. Die negativen Beschäftigungswirkungen der Bürgerversicherung im Bereich der PKV als fehlender Finanzier von Gesundheitsleistungen lassen sich annähernd vollständig ausgleichen und kompensieren, wenn die Bürgerversicherung und die damit einhergehende Angleichung der Honorarordnungen nicht zu finanziellen Einbußen bei den medizinischen Leistungserbringern führt. Das wäre der Fall, wenn unter anderem nach *Lauterbach (2017) dem System unterm Strich kein Geld entzogen würde* und die sogenannten Mehrumsätze der Privatpatienten im System der PKV kompensiert und zukünftig von allen Versicherten der Bürgerversicherung wirtschaftlich getragen werden.

Mit Blick auf die Beschäftigung in den Gesundheitsberufen ließe sich mit dem finanziellen Ausgleich der Mehrumsätze der Privatpatienten die politische Akzeptanz für die Bürgerversicherung erhöhen. Die Akzeptanz bei den Versicherten wäre dagegen gefährdet: Nach *Hagemeister & Wild (2017)* liegen die Mehrumsätze der Privatpatienten bei rund 12,6 Mrd. € p.a. Nach Angaben des *Bundesministeriums für Gesundheit (2017)* entsprechen in der GKV 13 Mrd. € rund einem Beitragssatzpunkt. *Demzufolge würde die Kompensation der Mehrumsätze laut vbw (2017, S. 2) annähernd eine Beitragssatzerhöhung von aktuell durchschnittlich 15,7 % auf fast 16,7 % mit sich bringen.* Nach *Drabinski (2017)* wäre sogar mit einem Beitragssatzanstieg von 1,5 %-Punkten auf 17,2 % zu rechnen. Beschränkt man sich lediglich auf den Ausgleich von Mehrumsätzen im ambulanten Bereich, werden zu erwartende Beitragssatzsteigerungen von 0,4 %-Punkten [*Wasem (2018)*] respektive 0,6 bis 0,7-Prozentpunkten [*Drabinski (2017)*] genannt. Für die Versicherten in der Bürgerversicherung würden die Euro-Beiträge dementsprechend einkommensabhängig steigen.

5 Zusammenfassung und Fazit

Die vorliegende Arbeit stellt einen systematischen Literaturüberblick zur Beschäftigung und den damit verbundenen Beschäftigungswirkungen im und durch das System der Privaten Krankenversicherung (PKV) dar. Dabei zeigt der Blick in die Literatur, dass die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der PKV zahlreich und je nach Blickwinkel, Methodik, Fokus und Abgrenzung auf sehr unterschiedliche Art und Weise erörtert wird. Die skizzierten Beschäftigungswirkungen des PKV-Umfeldes sind vielschichtig und die von Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung betroffene Zahl der Arbeitsplätze wäre beträchtlich.

Alle Literatur- und Zahlenquellen zu den Beschäftigungswirkungen im und durch das System der PKV als Versicherer, als Finanzier von Gesundheitsleistungen und als Stabilisator der Lohnzusatzkosten finden sich zusammenfassend in Tabelle 1. Literaturquellen und Zahlen zu den Auswirkungen von Transformationsszenarien in Richtung Bürgerversicherung auf die Versichertenzahlen in der PKV, auf (nicht ausgleichsfähige) Arbeitsplätze im System der PKV als Versicherer sowie auf (ausgleichsfähige) Beschäftigungszahlen durch die PKV als Finanzier sind in Tabelle 2,3 und 4 zusammengefasst. Im Einzelnen:

Mit Blick in die einschlägige Literatur ist festzustellen, dass von der Privaten Krankenversicherung als Versicherer und Wirtschaftsakteur je nach Literaturquelle und Abgrenzung zwischen 40.300 und 116.000 Erwerbstätige abhängen. Überproportional gewichtig ist die Private Krankenversicherung als Versicherer für kleinere Städte. Regional unabhängig weist das System der PKV stets überdurchschnittlich hohe Ausbildungsquoten auf.

Neben der Höhe der Beschäftigung werden in der Literatur auch die Funktionalität und die Effizienz der Beschäftigungsstruktur im System der PKV als Versicherer dokumentiert und zum Teil in Frage gestellt. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang ein nicht ausgewogenes, ineffizientes Verhältnis zwischen Arbeitsplätzen im Vertrieb und sonstigen Beschäftigungsfeldern kritisiert.

Als Stabilisator der Lohnzusatzkosten lassen sich der PKV aus der Literatur rund 18.000 Arbeitsplätze zurechnen. Von der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen werden bis zu 589.000 Beschäftigte unter anderem in der ambulanten und stationären Versorgung getragen. Die Beschäftigungsstärke der PKV als Finanzier sei - analog zur GKV - auf den starken (personalintensiven) Dienstleistungs- und Inlandsbezug der Gesundheitswirtschaft zurückzuführen.

Die in der Politik diskutierten Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung stellen das Zwei-Säulen-Modell aus GKV und PKV in Frage. Die unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen dieser Transformationsszenarien auf die Beschäftigungseffekte der PKV werden in der Literatur vielschichtig betrachtet.

In einem Basis- und Extremszenario - einer vollumfassenden Sofort-Schließung der Privaten Krankenversicherung (PKV) - würden die Privatpatienten als (überproportionaler) Finanzier von Gesundheitsleistungen ausfallen. Davon wären bis zu 303.000 Beschäftigte vor allem in der Gesundheitsversorgung zeitnah betroffen. Allein in der ambulanten ärztlichen Versorgung ständen 34.000 Vollzeitbeschäftigte in Frage. Insgesamt ist gesamtwirtschaftlich bei einer Schnell-Einführung einer Bürgerversicherung - so resümiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung - mit einer Beschäftigungswirkung von bis zu minus 3,2 % zu rechnen.

Von der Vorstellung, man könne die Bürgerversicherung über Nacht und ohne Transformation einführen, hat man sich inzwischen verabschiedet. Stattdessen werden zahlreiche Transformationsschritte zur Bürgerversicherung genannt. Dabei gehören die Schließung des Neugeschäfts in der PKV - kombiniert mit einer Wechseloption von PKV-Bestandsversicherten in die GKV - oder der Einbezug von PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds zum Standardrepertoire des Übergangs in eine Bürgerversicherung. Das erste (zweite) Szenario hätte zur Folge, dass innerhalb von 10 Jahren 3,96 Mio. (4,4 Mio.) Versicherte die PKV verlassen und im Umfeld der PKV als Versicherer rund 51.000 (27.200) beziehungsweise im Bereich der PKV als fehlender Finanzier von Gesundheitsleistungen bis zu 136.000 (152.000) Arbeitsplätze vor allem in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung verloren gingen.

In der Literatur zur Bürgerversicherung wird als Zwischenschritt auch die Ausweitung der Krankenversicherungspflicht genannt. Würde wahlweise die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht oder eine Versicherungspflichtgrenze für Selbständige eingeführt, müssten zeitnah bis zu 1,4 Mio. Versicherte die PKV verlassen. Innerhalb von 10 Jahren hätte das zur Folge, dass im Umfeld der PKV als Versicherer rund 23.000 beziehungsweise durch die PKV als fehlender Finanzier von Gesundheitsleistungen vor allem in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung bis zu 45.000 Arbeitsplätze verloren gingen.

Ähnliche Wirkungen brächte eine Versicherungspflichtgrenze für Beamte und Pensionäre sowie - optional - die Einführung von beihilfefähigen Tarifen in der GKV mit sich. In beiden Alternativszenarien würden zeitnah jeweils rund 3,6 Mio. Versicherte die PKV verlassen. In den Folgejahren hätte das zur Folge, dass im Umfeld der PKV als Versicherer rund 29.000 beziehungsweise durch die PKV als fehlender Finanzier von Gesundheitsleistungen vor allem in der Gesundheitsversorgung bis zu 154.000 Arbeitsplätze verloren gingen.

Das sogenannte Hamburger Modell, der optionale Arbeitgeberbeitrag für Beamte, kommt dagegen vergleichsweise als sanftes Transaktionsmodell, nichtsdestotrotz aber aus Sicht der SPD als ein „*großartiger Schritt zur Bürgerversi-*

cherung“ daher. Die Folgen des Hamburger Modells lassen sich lediglich in Szenario-Berechnungen durch Literaturverknüpfungen ermessen. Innerhalb von 10 Jahren würde - so das Ergebnis - der Versichertenbestand in der PKV um 0,2 bis 0,4 Mio. Beamte (plus Angehörige) sinken. Im Umfeld der PKV als Versicherer gingen infolgedessen 1.600 bis 3.200 Arbeitsplätze verloren.

Unabhängig von unterschiedlich gedachten Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung gehören zu den erweiterten Rahmenbedingungen des Modells der Bürgerversicherung sowohl die paritätische Finanzierung also auch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung. Beide Maßnahmen ließe - so das Forschungsergebnis des Instituts des Deutschen Wirtschaft (IW) - die Belastung der Arbeitgeber um 12,7 Mrd. € ansteigen. Nach 10 Jahren läge die Erwerbslosenquote um 1,8 Prozentpunkte über dem Szenario ohne Reform.

Alle Auswirkungen der PKV als in der Bürgerversicherung fehlender Finanzier von Gesundheitsleistungen auf die Beschäftigung lassen sich arbeitsmarktpolitisch ausgleichen, wenn die Mehrumsätze der Privatpatienten - für die Versicherten der GKV beitragsatzsteigernd - nicht zu finanziellen Einbußen bei den medizinischen Leistungserbringern führt. Als „Preis“ wird in der Literatur ein Beitragsatzanstieg von bis zu 1,5 Beitragsatzpunkten genannt.

Beschäftigungswirksame Ausgleichspotentiale im Umfeld der PKV als Versicherer werden dagegen in der Literatur zur Bürgerversicherung ausdrücklich als unrealistisch betrachtet. Weder sei die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts in der PKV oder der Ausbau der Beschäftigung in der GKV erkennbar noch erscheint ein Einstieg der PKV-Unternehmen in die Bürgerversicherung erfolversprechend. Letzteres käme bei nicht „anschlussfähigen“ Mitarbeitern einem „Kaltstart“ in einem fremden und vollbesetzten Markt gleich.

Um die in Transformationsszenarien zur Bürgerversicherung bedrohten (nicht ausgleichsfähigen) Arbeitsplätze im Umfeld der PKV müsste sich die Politik „kümmern“. Steuerfinanzierte „Rettungsmaßnahmen“ wie Auffanggesellschaften, Vorruhestandsregelungen, Umschulungen, Zwangsbeschäftigung im System der GKV etc. ständen zur Diskussion. In der Vergangenheit haben Politik und Öffentlichkeit - zu Recht - stets intensiv über das Für und Wider solcher staatlicher, steuerfinanzierter „Rettungsmaßnahmen“ diskutiert. Das war bei Siemens, Kaiser & Tengelmann und Schlecker nicht anders als bei Opel und Holzmann. Mal wurde der Bundeswirtschaftsminister für seinen Einsatz zu Gunsten von Arbeitsplätzen gefeiert (*Gabriel bei Kaiser & Tengelmann & Schulz bei Siemens*), mal wurde die ordnungspolitische Position der „Nichteinmischung“ gewürdigt (*Guttenberg bei Opel*). Stets ging es aber um Arbeitsplätze, die im Zuge einer wirtschaftlichen Schieflage oder eines privatwirtschaftlichen Missmanagements in Gefahr geraten sind.

Bei Transformationsszenarien in Richtung Bürgerversicherung wäre es umgekehrt. Die Politik würde dem Umfeld der PKV ein „Arbeitsplatzabbauprogramm“ aufzwingen. Ohne echte Perspektive, als PKV selbst die Bürgerversicherung anbieten zu können, würden private Unternehmen oder genossenschaftlich organisierte Vereine auf Gegenseitigkeit abgewickelt. Schon aus wirtschaftspolitischen Vernunftgründen sollte deshalb mit einer „Bürgerversicherung“ nicht zu rechnen sein. Die arbeitsmarktpolitischen Transaktionskosten stehen in keinem Verhältnis zum vermeintlichen (politischen) Nutzen.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M.; Möllenkamp, M.; Nolting, H.-D.; Hildebrandt, S. (2016), Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung - Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen, IGES im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Study 332, Oktober 2016.

Augurzky, B.; Felder, S. (2013), Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, Rheinisch-Westfälisches-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen 2013.

Arbeitgeberverband der Versicherungswirtschaft (2016), Abfrage Juli 2016.

Arbeitgeberverband der Versicherungswirtschaft (2016), Eckdaten zur Ausbildung in der Versicherungswirtschaft, www.aqv-vers/statistiken/azubiquoten.

Bertelsmann Stiftung (2016), Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige – Teilbericht Selbständige, Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (2017), Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige – Teilbericht Beamte, Gütersloh.

Beznoska, M.; Kolev, G.; Pimpertz, J. (2017), Makroökonomische Effekte einer paritätischen Beitragsfinanzierung - Eine Analyse aktueller Reformvorschläge für die Gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung, IW policy paper, Institut der Deutschen Wirtschaft (IW), Köln. (erscheint in Kürze)

Betriebsratsinitiative Bürgerversicherung Nein Danke (2013), Regionale Auswirkungen der Bürgerversicherung auf den deutschen Arbeitsmarkt, Köln.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2016), Statistik der Erstversicherungsunternehmen, Anzahl der bei den Versicherungsunternehmen Beschäftigten 2015 in den einzelnen Versicherungssparten, Tabelle 050.

Bundesinstitut für Berufsbildung (2017), BIBB-Datenreport 2017.

Bundesministeriums für Gesundheit (2017), Faustformeln.

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017), Gesundheitswirtschaft Fakten & Zahlen für 2016, Berlin

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016), Gesundheitswirtschaft, Fakten & Zahlen, Update 2015, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2016), Kennzahlen und Faustformeln.

Bundesverband der niedergelassenen Fachärzte (2013), Jobkiller Bürgerversicherung, Risiken und Nebenwirkungen, 2013.

compass private Pflegeberatung (2016), Abfrage Oktober 2016.

DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2005), Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, Bericht im Auftrag des DGB-Bundesvorstandes.

Drabinski, T. (2017), Budget impact Bürgerversicherung, Kiel.

Europäische Kommission (2006), How much has labour taxation contributed to European structural unemployment?, Economic Papers of the European Commission, Nr. 183.

Finkenstädt, V. (2016), Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 - Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP, Köln.

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2016), Wirtschaft lobt die private Krankenversicherung, 26.1.2016.

Friedrich-Ebert-Stiftung (2016), Der Weg zur Bürgerversicherung: Solidarität stärken und Parität durchsetzen, Positionspapier, WISO-Diskurs Nr. 24/2016.

GKV-Spitzenverband (2010), Fakten und Zahlen – Verwaltungskosten der GKV.

Hagemeister, S.; Wild, F. (2017), Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV - Jahresbericht 2017, Köln (2017).

Hamburger Senat (2017), Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsvorsorge, Senatsdrucksache Nr. 2017/02117, 31.7.2017.

IAB-Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2003), IAB-Kurzbericht Nr. 15, Nürnberg 2003.

IAB-Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2006), Diskussionspapier Nr. 22, Nürnberg 2006. .

IGES (2016), vgl. Albrecht, M. et al.

Kaiser, H.-J. (2017), Experiment Bürgerversicherung - Bedrohung der medizinischen Infrastruktur, Berlin 2017.

Lauterbach, K (2012), in: Tageszeitung Die Rheinpfalz, 15.3.2012.

Lauterbach, K (2017), in: MMW - Fortschritte der Medizin, Februar 2017.

Lauterbach, K (2017a), bei Twitter, 8. August 2017.

Merk, W. (2017), Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die zahnmedizinische Versorgung, München 2017.

MedicProof (2016), Abfrage 2016.

Niehaus, F. (2015), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP, Köln.

Niehaus, F.; Weber, C. (2005), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, WIP, Köln.

OECD (2006), *Employment Patterns in OECD-countries*, 2006.

Ostwald, D.; Legler, B. (2016), *Der ökonomische Fußabdruck der PKV in Deutschland*, WifOR, Darmstadt.

Ostwald, D. A.; Legler, B.; Haaf, A.; Schwärzler, M. C. (2017), *Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland. Untersuchung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen*, Darmstadt/Berlin.

Paquet (2013), *Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung*, Arbeitspapier 284, Hans-Böckler-Stiftung, Juni 2013.

Prognos (2013), *Die Bedeutung der Versicherungswirtschaft für den Wirtschaftsstandort Deutschland*, Berlin 2013.

Prognos (2017), *Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung*, Berlin 2017.

Prognos (2017a), *Die Bedeutung der Versicherungswirtschaft für den Wirtschaftsstandort Deutschland, Auswirkungen auf die ökonomische Aktivität einer modernen Gesellschaft - Aktualisierung der Studie aus dem Jahr 2013*, Berlin.

Reiners, H. (2017), *Die Einführung einer Bürgerversicherung - Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV*, in: *G+S*, 3-4/2017, S. 68-74.

Reiners, H. (2016), *Bürgerkrankenversicherung – ein Jobkiller?*, in: *Makroskop, Kritische Analysen zu Politik und Wirtschaft*, November 2016.

Reiners, H. (2014), *Jobkiller Bürgerversicherung? Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte*, in: *GGW, Jahrgang 14, Heft 1 (Januar)*, S. 7-15.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), *Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004*, Wiesbaden.

Statisches Bundesamt (2016), *Fachserie 14, Reihe 6*, 2016.

Statistisches Bundesamt (2016), *Personal, Gesundheit, Fachserie 12 Reihe 7.3.1*.

Statistisches Bundesamt (2013), *Verdienste und Arbeitskosten, Verdienststrukturen 2010*, Fachserie 16, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015), *Erwerbstätigenrechnung, Erwerbstätige in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2014, Reihe 2, Band 1*, Wiesbaden.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2016), *Abfrage Oktober 2016*.

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (2016), *Abfrage Juli 2016*.

Ver.di (2017), *Bürgerversicherung? Und die Folgen für die Beschäftigten?*

Vereinigung der bayerischen Wirtschaft - vbw (2017), *Lohnzusatzkosten in der Bürgerversicherung*, München 2017.

Vereinigung der bayerischen Wirtschaft - vbw (2016), Lohnzusatzkosten – die Bedeutung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV, München 2016.

Wasem, J. (2018), unter anderem in: Osnabrücker Zeitung, Warum Kritiker in Deutschland eine Zweiklassenmedizin beklagen, 14.3.2018.

Wasem, J.; Buchner F. (2013), Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls, Essen März 2013.

Wild, F. (2015), Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.

Wild, F. (2016) Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV - Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (2016), Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland.

Zi-Praxis-Panel (2016), Jahresbericht 2014, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin 2016.