

Forschungsgutachten

---

Auswirkungen der  
Satzungsleistungen nach § 11  
Absatz 6 SGB V auf den  
Wettbewerb innerhalb der  
gesetzlichen  
Krankenversicherung und zur  
privaten Krankenversicherung

---

Endbericht

Forschungsgutachten

---

# Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zur privaten Krankenversicherung

---

Endbericht

**Von**

Dr. Stefan Moog (Prognos AG)

Janko Vollmer (Prognos AG)

Prof. Dr. Stefan Fetzer (Hochschule Aalen)

Carsten Maday (Prognos AG)

**Im Auftrag des**

Bundesministeriums für Gesundheit

**Abschlussdatum**

Februar 2019

## Das Unternehmen im Überblick

### Prognos – wir geben Orientierung.

Wer heute die richtigen Entscheidungen für morgen treffen will, benötigt gesicherte Grundlagen. Prognos liefert sie - unabhängig, wissenschaftlich fundiert und praxisnah. Seit 1959 erarbeiten wir Analysen für Unternehmen, Verbände, Stiftungen und öffentliche Auftraggeber. Nah an ihrer Seite verschaffen wir unseren Kunden den nötigen Gestaltungsspielraum für die Zukunft - durch Forschung, Beratung und Begleitung. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit rund 150 Experten ist das Unternehmen an acht Standorten vertreten: Basel, Berlin, Düsseldorf, Bremen, München, Stuttgart, Freiburg und Brüssel. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unser Ziel ist stets das eine: Ihnen einen Vorsprung zu verschaffen, im Wissen, im Wettbewerb, in der Zeit.

#### **Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

#### **Präsident des Verwaltungsrates**

Dr. Jan Giller

#### **Handelsregisternummer**

Berlin HRB 87447 B

#### **Umsatzsteuer-Identifikationsnummer**

DE 122787052

#### **Rechtsform**

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel  
Handelsregisternummer  
CH-270.3.003.262-6

#### **Gründungsjahr**

1959

#### **Arbeitssprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

---

#### Hauptsitz

##### **Prognos AG**

St. Alban-Vorstadt 24  
4052 Basel | Schweiz  
Tel.: +41 61 3273-310  
Fax: +41 61 3273-300

##### **Prognos AG**

Domshof 21  
28195 Bremen | Deutschland  
Tel.: +49 421 5170 46-510  
Fax: +49 421 5170 46-528

##### **Prognos AG**

Heinrich-von-Stephan-Str. 23  
79100 Freiburg | Deutschland  
Tel.: +49 761 766 1164-810  
Fax: +49 761 766 1164-820

#### Weitere Standorte

##### **Prognos AG**

Goethestr. 85  
10623 Berlin | Deutschland  
Tel.: +49 30 5200 59-210  
Fax: +49 30 5200 59-201

##### **Prognos AG**

Résidence Palace, Block C  
Rue de la Loi 155  
1040 Brüssel | Belgien  
Fax: +32 280 89 - 947

##### **Prognos AG**

Nymphenburger Str. 14  
80335 München | Deutschland  
Tel.: +49 89 954 1586-710  
Fax: +49 89 954 1586-719

##### **Prognos AG**

Schwanenmarkt 21  
40213 Düsseldorf | Deutschland  
Tel.: +49 211 913 16-110  
Fax: +49 211 913 16-141

##### **Prognos AG**

Eberhardstr. 12  
70173 Stuttgart | Deutschland  
Tel.: +49 711 3209-610  
Fax: +49 711 3209-609

---

## Inhaltsverzeichnis

---

Tabellenverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Zusammenfassung	VIII
<b>1 Hintergrund, Forschungsfragen und Aufbau des Gutachtens</b>	<b>1</b>
1.1 Hintergrund	1
1.2 Forschungsfragen	2
1.3 Aufbau des Gutachtens	6
<b>2 Empirische Zugänge und Instrumente</b>	<b>7</b>
2.1 Sekundärstatistiken zur Gesetzlichen Krankenversicherung	7
2.2 Datenabfrage bei den Krankenkassen	8
2.3 Datenabfragen beim PKV-Verband und ausgewählten privaten Krankenversicherungen	13
2.4 Fachgespräche	14
2.5 Versichertenbefragung	16
<b>3 Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV</b>	<b>17</b>
3.1 Entwicklung der Satzungsleistungen im Überblick	17
3.2 Angebotsstrategien der Krankenkassen	24
3.3 Nachfrage und Inanspruchnahme durch die Versicherten	28
3.4 Quantitative Analyse der Auswirkungen auf den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen	33
3.5 Zwischenfazit: Satzungsleistungen als Wettbewerbsfaktor innerhalb der GKV	53
<b>4 Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen</b>	<b>56</b>

4.1	Auswirkungen auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen	56
4.2	Auswirkungen auf die Ausgestaltung privater Zusatzversicherungen und das Verhältnis zu den Krankenkassen	61
4.3	Zwischenfazit: Satzungsleistungen im Kontext der Beziehungen zwischen GKV und PKV	62
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>65</b>
	Anhang	XI
	Impressum	XIX

---

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1:	Forschungsfragen und empirische Zugänge	5
Tabelle 2:	Aufbau der Datenbank zur Erfassung des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	10
Tabelle 3:	Krankenkassen, private Krankenversicherungen und Versichertenvertretungen mit denen Fachgespräche geführt wurden	15
Tabelle 4:	Unterschiede zwischen privaten Zusatzversicherungen und Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V aus Sicht von Fachvertreterinnen und Fachvertretern	59

---

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1:	Einordnung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V im Markt für Krankenversicherung	4
Abbildung 2:	Angeschriebene Krankenkassen und Rücklauf der Befragung	9
Abbildung 3:	Erfassungsquote der GKV-Versicherten nach Kassenarten	12
Abbildung 4:	Erfassungsquote der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	13
Abbildung 5:	Anzahl angebotener Leistungsbereiche je Krankenkasse	18
Abbildung 6:	Angebotene Leistungsbereiche der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	19
Abbildung 7:	Angebote im Leistungsbereich Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V)	21
Abbildung 8:	Angebote im Leistungsbereich Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V)	22
Abbildung 9:	Angebote im Leistungsbereich der Zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V)	23
Abbildung 10:	Entwicklung ausgewählter Satzungsleistungen	24
Abbildung 11:	Meinungen zu Zusatzleistungen und deren Inanspruchnahme von unterschiedlichen Versichertengruppen	32
Abbildung 12:	Entscheidungskriterien für die Wahl der Krankenkasse	33
Abbildung 13:	Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	34
Abbildung 14:	Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	35
Abbildung 15:	Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	37
Abbildung 16:	Box-Plot der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Kassenarten	38
Abbildung 17:	Box-Plot	40

Abbildung 18:	Veränderung der Aufwendungen für Satzungsleistungen	41
Abbildung 19:	Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Kassengröße	43
Abbildung 20:	Versichertenstruktur nach Aufwendungen für Satzungsleistungen	45
Abbildung 21:	Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Veränderung des Marktanteils	48
Abbildung 22:	Potenzieller Effekt der Aufwendungen für Satzungsleistungen auf den Zusatzbeitrag	50
Abbildung 23:	Zusatzbeitrag und Aufwendungen für Satzungsleistungen	52
Abbildung 24:	Entwicklung der Personen mit privater Krankenzusatzversicherung	58
Abbildung 25:	Entwicklung der Beitragseinnahmen in der privaten Krankenzusatzversicherung	59
Abbildung 26:	Wenn man eine Krankenkasse entsprechend ihrer Zusatzleistungen auswählt, kann man dadurch private Zusatzversicherungen ersetzen?	61
Abbildung 27:	Datenabfragebogen zur Erhebung der Versicherten und der Aufwendungen für Satzungsleistungen in den Jahren 2012 bis 2016	XII

---

## Abkürzungsverzeichnis

---

AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BKK	Betriebskrankenkassen
BVA	Bundesversicherungsamt
EK	Ersatzkassen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskrankenkassen
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKK	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PZR	Professionelle Zahnreinigung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VDEK	Verband der Ersatzkassen e. V.

---

## Zusammenfassung

---

Die Regelungen des § 11 Abs. 6 SGB V wurden zum 01.01.2012 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in das SGB V aufgenommen. Hierbei wurde das Ziel verfolgt, „mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.“ Durch die Erweiterung der Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen sollten die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen auf der Leistungsseite gestärkt werden. Die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V reihen sich damit in den Kanon der kassenindividuellen Gestaltungsspielräume ein, zu denen unter anderem auch Bonusprogramme, Wahltarife und Selektivverträge gezählt werden können. Mit der Änderung des § 270 SGB V stellte der Gesetzgeber dabei klar, dass die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V „vollständig aus [...] Eigenmitteln der jeweiligen Krankenkasse finanziert werden“ sollen.

Das vorliegende Forschungsgutachten evaluiert die Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Wettbewerb mit den Anbietern privater Zusatzversicherungen in den Jahren 2012 bis 2016.

Die Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV werden zunächst anhand der Entwicklung des Angebots und der Nachfrage für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V untersucht. Hierbei wird dargestellt, welche Arten von Satzungsleistungen von den Krankenkassen in den Jahren 2012 bis 2016 angeboten wurden und wie sich die Aufwendungen für Satzungsleistungen entwickelt haben. Basis für diese Auswertungen bilden die Satzungen in Textform sowie Daten zu den Aufwendungen für Satzungsleistungen für eine Stichprobe von 81 Krankenkassen im Zeitraum 2012 bis 2016. Für die GKV insgesamt und nach Kassenarten wird die Entwicklung der Aufwendungen im Zeitraum 2012 bis zum 1. Halbjahr 2018 anhand der amtlichen Rechnungsergebnisse (KJ1-/KV-45-Statistik) untersucht.

Die Auswirkungen des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV werden anhand von drei Dimensionen analysiert. Die Auswirkungen der Satzungsleistungen auf den Zusatzbeitrag werden anhand von Daten der Stichprobe von 81 Krankenkassen und der Auswertung von Fachgesprächen mit ausgewählten Krankenkassen untersucht. Die Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen werden aus den Aussagen der Fachgespräche ermittelt. Zur Bestimmung des Einflusses der Satzungsleistungen auf die Krankenkassenwahl der Versicherten werden die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung ausgewertet.

Zur Analyse der Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen wird zunächst dargestellt, welche Arten privater Zusatzversicherungen sich mit den Satzungsleistungen vergleichen lassen. Die Entwicklung des privaten Zusatzversicherungsmarktes wird anhand der Auswertung der Statistik des PKV-Verbandes und Daten ausgewählter privater Krankenversicherungen dargestellt. Zur Identifikation relevanter Auswirkungen auf das private Zusatzversicherungsgeschäft erfolgt eine Auswertung von Fachgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern ausgewählter privater Krankenversicherungsunternehmen. Schließlich wird durch die Auswertung einer bevölkerungsrepräsentativen Versichertenbefragung untersucht, ob die Satzungsleistungen nach

§ 11 Abs. 6 SGB V das Abschlussverhalten eines privaten Zusatzversicherungsschutzes beeinflussen.

Die Ergebnisse des Forschungsgutachtens zeigen, dass der § 11 Abs. 6 SGB V bisher in großem Umfang von den Krankenkassen genutzt wird: Im Jahr 2016 haben die betrachteten Krankenkassen Leistungen aus sechs der elf möglichen Leistungsbereiche angeboten. Für bestimmte Leistungen zeigt sich eine hohe Verbreitung unter den Krankenkassen. Beispielsweise wurden osteopathische Leistungen im Jahr 2016 von 88 Prozent, die Hebammenrufbereitschaft von 66 Prozent und die professionelle Zahnreinigung von 60 Prozent der Krankenkassen angeboten.

Fast alle befragten Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen beurteilen den § 11 Abs. 6 SGB V positiv und sind der Auffassung, dass sich der Wettbewerb über Satzungsleistungen intensiviert habe. Als zentralen Vorteil sehen sie die Möglichkeit, das eigene Leistungsangebot weiterzuentwickeln und sich damit von anderen Krankenkassen zu differenzieren. Die Angebotsstrategien der Krankenkassen sind dabei durch unterschiedliche Zielsetzungen und Rahmenbedingungen geprägt. Zudem entwickeln die Krankenkassen ihre Strategien regelmäßig weiter und nehmen mitunter auch Neuausrichtungen vor. Neben dem konkreten Leistungsangebot unterscheiden sich die Strategien im Hinblick auf die Bedingungen und Voraussetzungen, unter denen die Leistungen gewährt werden, sowie im Hinblick auf die Kommunikation des Leistungsangebotes gegenüber den Versicherten. Als die drei wesentlichen strategischen Schwerpunkte wurden die Schließung von Versorgungslücken, die Erhöhung der Kundenzufriedenheit und -bindung sowie die Gewinnung von Neukunden identifiziert.

Insgesamt ist eine steigende Nachfrage und eine hohe Inanspruchnahme der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V durch die Versicherten festzustellen. Gemäß den Erkenntnissen aus den Fachgesprächen kann die Inanspruchnahme teilweise auch anbieterinduziert sein. Eine Ursache für die weiterhin zunehmende Inanspruchnahme wird darin gesehen, dass die Satzungsleistungen sich am Markt sowie „in den Köpfen“ der Versicherten etabliert haben und die Versicherten zunehmend auch besser über die Leistungsangebote informiert sind. Gleichzeitig wurde von Kassenvertreterinnen darauf verwiesen, dass bei einzelnen Satzungsleistungen auch Sättigungseffekte festzustellen sind.

Die Auswertung der amtlichen Rechnungsergebnisse und der Stichprobe von 81 Krankenkassen zeigt, dass die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V spürbar zugenommen haben. Für die Gesamtausgaben der GKV haben die Satzungsleistungen mit einem Anteil von 0,18 Prozent im Jahr 2017 jedoch nur eine geringe Bedeutung. Große Unterschiede bestehen insbesondere auf Kassenebene. Im Vergleich zum GKV-Durchschnitt von 4,78 Euro je Versicherten im Jahr 2016 lagen die Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten unter den Krankenkassen der Stichprobe zwischen 0,16 Euro und 43,10 Euro. Die größte Streuung ist dabei für die BKK festzustellen.

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag hat bisher nur eine geringe Rolle zur Finanzierung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V gespielt. Ein Grund ist die geringe Bedeutung für die Gesamtausgaben der GKV. Im Durchschnitt ergibt sich für die GKV ein potenzieller Effekt der Satzungsleistungen auf den Zusatzbeitrag von weniger als 0,03 Beitragssatzpunkten. Für die Krankenkasse mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten im Jahr 2016 ergibt sich dagegen ein zumindest spürbarer potenzieller Effekt von 0,24 Beitragssatzpunkten. In der tatsächlichen Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags spiegeln sich diese Kassenunterschiede jedoch nicht wider. Die Erkenntnisse aus den Fachgesprächen lassen darauf schließen, dass zur Finanzierung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V oftmals ein Rückgriff auf

Finanzreserven oder frei gewordener Mittel aus Einsparungen in anderen Bereichen (z.B. Verwaltungsausgaben) herangezogen werden, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden.

Für die Wahl einer Krankenkasse sind freiwillige Zusatzleistungen, neben der Höhe des Zusatzbeitrags und der Servicequalität, laut der Versichertenbefragung ein wichtiges Entscheidungskriterium. Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen bestätigen dies. Gleichzeitig zeigt die Befragung, dass die Kenntnisse der Versicherten über Zusatzleistungen noch ausbaufähig sind. Dies wird auch von Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten- und Patientenvertretungen bestätigt, weshalb diese mehr Transparenz bei den Satzungsleistungsangeboten fordern.

Auswirkungen durch § 11 Abs. 6 SGB V auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen sind weder in Fachgesprächen noch in Datenanalysen nachweisbar. Laut übereinstimmender Meinung von Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern unterscheiden sich freiwillige Satzungsleistungen und private Zusatzversicherungen so grundlegend, dass sie nicht in unmittelbarer Konkurrenz zueinanderstehen. Auch werden deshalb bisher weder die inhaltliche Gestaltung der Zusatzversicherungen noch die Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Versicherungen maßgeblich beeinflusst. Trotzdem sehen einzelne Vertreterinnen und Vertreter privater Krankenversicherungen negative Effekte für ihr Zusatzversicherungsgeschäft und befürchten stärkere Auswirkungen für die Zukunft, falls die Krankenkassen ihre Satzungsleistungsangebote weiter ausbauen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist aber festzustellen, dass der § 11 Abs. 6 SGB V keine spürbaren Auswirkungen auf den Wettbewerb mit den Anbietern privater Zusatzversicherungen hatte.

Im Hinblick auf den Wettbewerb zwischen Krankenkassen zeigen die Ergebnisse des Forschungsgutachtens schlussendlich, dass die Erweiterung der Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen durch den § 11 Abs. 6 SGB V die wettbewerblichen Handlungsspielräume der Krankenkassen auf der Leistungsseite vergrößert hat. Für bestimmte Leistungen hat der Wettbewerb dazu geführt, dass diese in ähnlicher Form mittlerweile von vielen Krankenkassen angeboten werden und auf breiter Basis von den Versicherten genutzt werden können. Gleichzeitig sind durch den § 11 Abs. 6 SGB V aber auch Spielräume für die Krankenkassen entstanden, um sich voneinander abzugrenzen, eigene Schwerpunkte zu setzen und ihre Leistungsangebote an den individuellen Bedarfen ihrer Versicherten oder einzelner Versichertengruppen auszurichten. Für den Wettbewerb auf dem gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt bedeutet dies, dass für die Versicherten die Möglichkeit gegeben ist, aus verschiedenen Leistungspaketen zu wählen und sich entsprechend ihrem individuellen Bedarf für eine Krankenkasse und damit für ein Leistungspaket zu entscheiden. Schließlich ist festzustellen, dass die Krankenkassen die Möglichkeiten des § 11 Abs. 6 SGB V auch dazu nutzen, um Versorgungslücken zu schließen sowie ihren Versicherten den Zugang zu neuen oder innovativen Versorgungsangeboten zu ermöglichen. Insoweit kann § 11 Abs. 6 SGB V als Wettbewerbsinstrument zumindest in Teilen auch dazu beigetragen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Insgesamt lässt sich auf Grundlage des Forschungsgutachtens daher feststellen, dass die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V ein sinnvolles Wettbewerbsinstrument sind.

---

# 1 Hintergrund, Forschungsfragen und Aufbau des Gutachtens

---

## 1.1 Hintergrund

Die Regelungen des § 11 Abs. 6 SGB V wurden zum 01.01.2012 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in das SGB V aufgenommen. Hierbei wurde das Ziel verfolgt, „mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.“<sup>1</sup> Während mit der Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge durch das GKV-Finanzierungsgesetz die Voraussetzungen für einen transparenten Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen geschaffen wurden, sollten mit dem neuen § 11 Abs. 6 SGB V die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestärkt werden: Es sollten die „Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen [...] erweitert“<sup>2</sup> und so die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen vergrößert werden, „damit Patientinnen und Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen“.

Mit der im Zuge des GKV-VStG beschlossenen Änderung des § 270 SGB V hat der Gesetzgeber dabei klargestellt, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V nicht aus den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, sondern „vollständig aus den Eigenmitteln der jeweiligen Krankenkasse finanziert werden“ sollen.<sup>3</sup> Im Einzelnen wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, in ihre Satzung zusätzliche Leistungen, die nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen wurden, in fachlich gebotener Qualität in folgenden Bereichen aufzunehmen:

- medizinische Vorsorge (§ 23 SGB V),
- medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V),
- Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V),
- künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V),
- zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V),
- Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
- Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V),
- Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V),
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) sowie
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Das vorliegende Forschungsgutachten evaluiert die Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV und den Wettbewerb mit den Anbietern privater Zusatzversicherungen für den Zeitraum 2012 bis 2016.

<sup>1</sup> Vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 2.

<sup>2</sup> Vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 3.

<sup>3</sup> Vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 97.

## 1.2 Forschungsfragen

Die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V sind Leistungen, die eine Krankenkasse „zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV allen ihren Versicherten gewähren kann.“<sup>4</sup> Damit wurde den Krankenkassen eine zusätzliche Möglichkeit eröffnet, um sich im Wettbewerb von anderen Krankenkassen zu differenzieren.<sup>5</sup> Die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V können dabei dem Kanon der kassenindividuellen Gestaltungsspielräume zugeordnet werden. Neben den Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V zählen hierzu die Selektivverträge nach den §§ 63 ff. SGB V (Modellvorhaben), § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) und § 140a SGB V (Besondere Versorgung), die Wahltarife nach § 53 SGB V, die Bonusprogramme nach § 65a SGB V sowie als weitere Arten von Satzungsleistungen beispielsweise Präventionsleistungen (z. B. Gesundheitskurse) nach § 20 Abs. 4 SGB V, Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V, Leistungen zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 S. 4 SGB V oder Leistungen zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V.<sup>6</sup>

Im Hinblick auf die Finanzierung der Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen nehmen die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und die Wahltarife nach § 53 SGB V dabei eine Sonderrolle ein. Während die Krankenkassen für alle anderen Arten von Satzungs- und Ermessensleistungen aus dem Gesundheitsfonds eine Zuweisung für sonstige Ausgaben nach § 270 Abs. 1 SGB V erhalten, sind die Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 SGB V und für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V explizit von dieser Regelung ausgenommen. Stattdessen hat der Gesetzgeber mit § 53 Abs. 9 SGB V bestimmt, dass die „Aufwendungen für jeden Wahltarif [...] jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen“ zu finanzieren sind. Dagegen hat der Gesetzgeber mit der im Zuge des GKV-VStG beschlossenen Änderung des § 270 SGB V klargestellt, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V „vollständig aus den Eigenmitteln der jeweiligen Krankenkasse finanziert werden“ müssen.

Insgesamt entfielen auf die Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2016 Aufwendungen von 1,7 Mrd. Euro oder von 23,59 Euro je Versicherten. Dies entspricht einem Anteil von 0,76 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. Hierbei entfielen auf die – bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – berücksichtigungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen 1,2 Mrd. Euro oder 16,11 Euro je Versicherten.<sup>7</sup> Dies entspricht einem Anteil von 0,52 Prozent der Gesamtausgaben der GKV und rund 68 Prozent der Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2016. Unter den nicht berücksichtigungsfähigen Zusatzleistungen entfielen auf die Wahltarife nach § 53 SGB V Aufwendungen für Prämienzahlungen, Kostenerstattungen, etc. von 192,7 Mio. Euro oder 2,70 Euro je Versicherten. Dies entspricht einem Anteil von 0,09 Prozent der Gesamtausgaben der GKV und rund 11 Prozent der Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen. Auf die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V entfielen schließlich mit 341,2 Mio. Euro oder 4,78 Euro je Versicherten knapp 0,15

<sup>4</sup> Vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 53.

<sup>5</sup> Weitere Differenzierungsmöglichkeiten abseits des GKV-einheitlichen Leistungskatalogs sowie der mit den Verbänden der Anbieter im GKV-System zu treffenden kollektivvertraglichen Vereinbarungen bestehen für Krankenkassen z.B. im Bereich der Selektivverträge (z. B. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V, Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V), bei Wahlтарifen oder auch Satzungsleistungen, die bereits vor der Erweiterung um § 11 Abs. 6 SGB V bereits bestanden.

<sup>6</sup> Ein Überblick zu den kassenindividuellen Gestaltungsspielräumen, deren gesetzliche Grundlagen und Nutzung durch die Krankenkassen findet sich in Kapitel III des Sonderberichts des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der GKV. Siehe Bundesversicherungsamt (2018), Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.

<sup>7</sup> Hierunter entfielen auf Selektivverträge nach den §§ 63 ff. SGB V (Modellvorhaben) Aufwendungen von 20 Mio. Euro, auf Bonusprogramme nach § 65a SGB V von 260,7 Mio. Euro, auf Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 4 SGB V Aufwendungen von 210,8 Mio. Euro, auf Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V von 112,4 Mio. Euro, auf Leistungen zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 S. 4 SGB V und Leistungen zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V von 66,0 Mio. Euro.

Prozent der Gesamtausgaben der GKV und rund 20 Prozent der Aufwendungen für Satzungs- und Ermessungsleistungen.

Für manche Leistungen besteht für die Krankenkasse dabei eine Wahl- und Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der gesetzlichen Regelung, über die eine Zusatzleistung angeboten werden kann. So bieten beispielsweise einige Krankenkassen die professionelle Zahnreinigung (PZR) als Satzungsleistung nach § 11 Abs. 6 SGB V allen Versicherten an, während diese Leistung bei anderen Krankenkassen als Teil eines Bonusprogramms angeboten wird. Das vorliegende Gutachten konzentriert sich ausschließlich auf die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Alle weiteren Satzungs- und Ermessensleistungen werden dagegen nicht berücksichtigt.

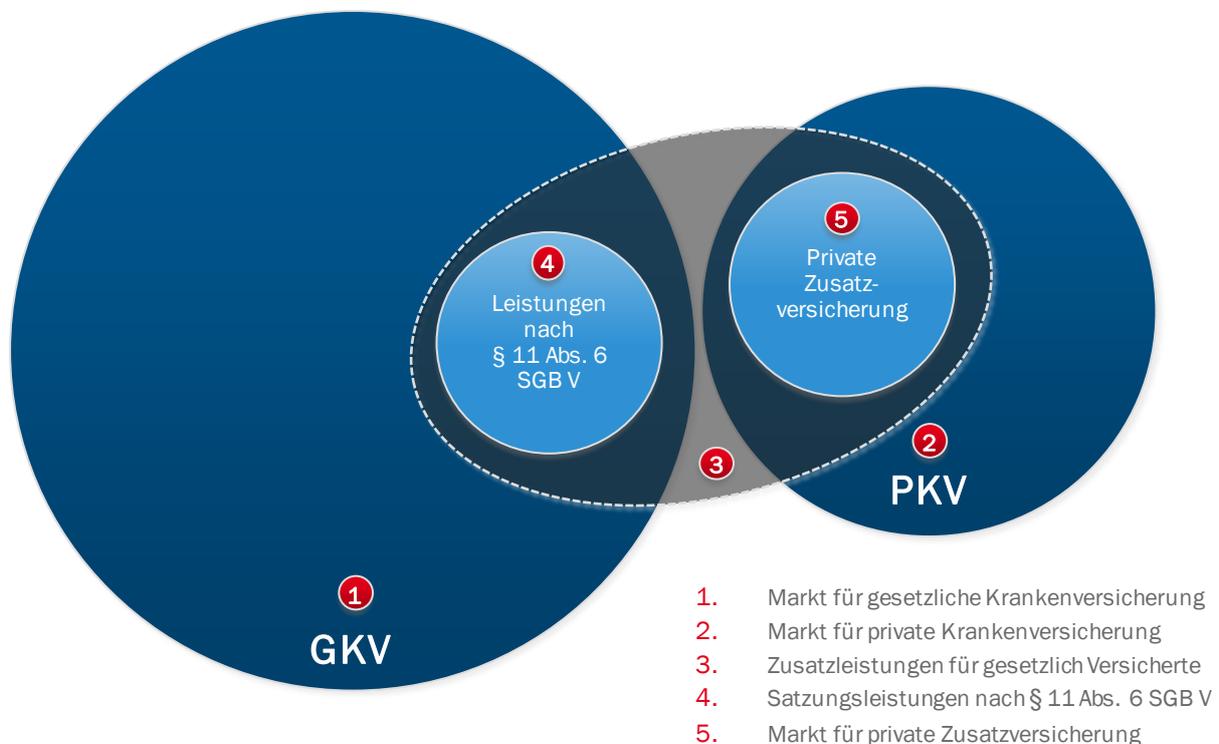
Die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V sind (teilweise) an der Schnittstelle zu den Angeboten privater Zusatzversicherungen anzusiedeln, so dass diese auch Auswirkungen auf den Markt des privaten Zusatzversicherungsgeschäfts haben können.

Abbildung 1 verdeutlicht die unterschiedlichen Marktabgrenzungen, die für den Bereich der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V relevant sind. Auf dem Markt für Krankenversicherung konkurrieren Krankenkassen und private Krankenversicherungen (PKV) direkt um die Gunst nicht versicherungspflichtiger und versicherungsfreier Personen. Sofern diese die Beitrittsvoraussetzungen der GKV erfüllen, steht es ihnen frei, auf einem der beiden Teilmärkte – dem für gesetzliche (1) bzw. dem für private (2) Krankenversicherungen – ein Angebot zu wählen. Versicherungspflichtige können dagegen auf dem Markt für gesetzliche Krankenversicherungen (1) je nach Bundesland aus einem Angebot von rund 40 bis 60 Krankenkassen frei wählen.<sup>8</sup> Dabei kann das Angebot an Satzungsleistungen einer Krankenkasse (4) ein Auswahlkriterium sein. Im Bereich der Zusatzleistungen für gesetzlich Versicherte (3) spielen auch die privaten Zusatzversicherungen (5) eine Rolle, die als Ergänzung zum Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen werden können.

Die wettbewerblichen Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V können somit auf mehreren Märkten untersucht werden. Im Fokus dieser Evaluation steht die Prüfung von Auswirkungen der Satzungsleistungen § 11 Abs. 6 SGB V (4) auf erstens den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (1) sowie zweitens auf den Wettbewerb mit den privaten Zusatzversicherungen (5). Diesen beiden Untersuchungsschwerpunkten widmen sich jeweils mehrere Forschungsfragen (Tabelle 1). Nicht im Vordergrund stehen dagegen die möglichen Auswirkungen auf den Markt für private Krankenvollversicherungen (2).

<sup>8</sup> Neben den aktuell 37 bundesweit geöffneten Krankenkassen hängt die Breite des Angebots davon ab, wie viele regional geöffnete Krankenkassen im jeweiligen Bundesland agieren. Darüber hinaus steht manchen Versicherungspflichtigen exklusiv das Angebot der seinem Arbeitgeber zugeordneten betriebsbezogenen Krankenkasse zur Verfügung.

**Abbildung 1: Einordnung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V im Markt für Krankenversicherung**



Quelle: Prognos AG

© Prognos AG 2019

Im Hinblick auf die Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV werden zunächst die Entwicklung des Angebots und der Nachfrage für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V untersucht. Hierbei wird zum einen dargestellt, welche Arten von Satzungsleistungen von den Krankenkassen in den Jahren 2012 bis 2016 angeboten wurden und wie sich die Aufwendungen für Satzungsleistungen entwickelt haben. Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden im Rahmen der Evaluation die Satzungen sowie Daten zur Entwicklung der Aufwendungen und des Versichertenbestandes von insgesamt 81 Krankenkassen ausgewertet. Zudem werden die endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1-Statistik) und die Mitgliederstatistik (KM6-Statistik) der GKV ausgewertet, um die Eckwerte dieser Entwicklung für die GKV insgesamt und auf Ebene der Kassenarten zu untersuchen.

Die Auswirkungen des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV werden anhand von drei Dimensionen untersucht. Eine erste Dimension betrifft einen möglichen Zusammenhang zwischen der Höhe des Zusatzbeitrags und dem Umfang der angebotenen Satzungsleistungen. Die Untersuchung dieser ersten Dimension erfolgt anhand einer statistischen Analyse auf Ebene der Krankenkassen sowie der Auswertung von Fachgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern von ausgewählten Krankenkassen. Die zweite Dimension umfasst die Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen. Diese werden anhand der Aussagen aus den Fachgesprächen ermittelt. Die dritte Dimension zielt schließlich auf den Einfluss der Satzungsleistungen bei der Wahl einer Krankenkasse ab. Hierzu werden die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung ausgewertet.

An der Schnittstelle zwischen GKV und PKV tangieren die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V den Markt für private Zusatzversicherungen. Für die Untersuchung möglicher Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen wird zunächst dargestellt, welche Arten privater Zusatzversicherungen sich mit den Satzungsleistungen vergleichen lassen. Die Entwicklung des Volumens der betroffenen Zusatzversicherungen wird anhand der Auswertung der Statistik des PKV-Verbandes und deren Validierung durch Statistiken ausgewählter privater Krankenversicherungen für den Zeitraum von 2012 bis 2016 dargestellt. Zur Identifikation relevanter Auswirkungen auf das private Zusatzversicherungsgeschäft erfolgt eine Auswertung von Fachgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern ausgewählter privater Krankenversicherungsunternehmen. Schließlich wird durch die Auswertung einer bevölkerungsrepräsentativen Versichertenbefragung untersucht, ob die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V das Abschlussverhalten eines privaten Zusatzversicherungsschutzes beeinflussen.

Die Forschungsfragen des Gutachtens und die zu deren Beantwortung jeweils zugrunde gelegten empirischen Zugänge sind in Tabelle 1 aufgelistet. Als Betrachtungszeitraum liegt dem Gutachten der Zeitraum zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12.2016 zugrunde.

**Tabelle 1: Forschungsfragen und empirische Zugänge**

<b>Forschungsfrage</b>	<b>Befragung aller Krankenkassen</b>	<b>Sekundärstatistiken</b>	<b>Fachgespräche</b>	<b>Versichertenbefragung</b>
<b>Auswirkungen auf den Wettbewerb innerhalb der GKV</b>				
Entwicklung des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	✓		✓	
Entwicklung der Inanspruchnahme nach Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V	✓	✓	✓	
Auswirkungen auf den Zusatzbeitrag der Krankenkassen		✓	✓	
Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen			✓	
Auswirkungen auf die Krankenkassenwahl der gesetzlich Krankenversicherten			✓	✓
<b>Auswirkungen auf den Markt für private Zusatzversicherungen</b>				
Entwicklung privater Zusatzversicherungen, die mit Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V vergleichbar sind		✓	✓	
Auswirkungen auf den Abschluss einer Zusatzversicherung durch die gesetzlich Krankenversicherten			✓	✓
Auswirkungen auf die Ausgestaltung privater Zusatzversicherungen und das Verhältnis von			✓	

### 1.3 Aufbau des Gutachtens

In Kapitel 2 werden zunächst die gewählten empirischen Zugänge, Datengrundlagen und Erhebungsinstrumente beschrieben und hinsichtlich ihrer Aussagekraft eingeordnet.

Kapitel 3 widmet sich den Forschungsfragen zu den Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV. Anhand einer Übersicht über die Entwicklung des Satzungsleistungsangebots von 2012 bis 2016 (Kapitel 3.1) wird zunächst aufgezeigt, in welchem Umfang die Krankenkassen die Möglichkeiten des § 11 Abs. 6 SGB V genutzt haben und welche generellen Tendenzen seit der Einführung erkennbar sind. Daraufhin werden die Angebotsstrategien der Krankenkassen charakterisiert (Kapitel 3.2), um die Bedingungen und Hintergründe der einzelnen Satzungsleistungsangebote aus Sicht der Krankenkassen zu verdeutlichen. Die Analyse der Nachfrage und Inanspruchnahme von Satzungsleistungen (Kapitel 3.3) beschäftigt sich hingegen mit der Bedeutung der Satzungsleistungen aus Sicht der Versicherten. Die Auswirkungen der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag und die Entwicklung der Marktposition der Krankenkassen werden in Kapitel 3.4 untersucht. Dabei werden auch die Unterschiede der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V nach Kassenmerkmalen analysiert. Die wesentlichen Erkenntnisse bezüglich der Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV werden in einem Zwischenfazit (Kapitel 3.5) zusammengefasst.

In Kapitel 4 werden die Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen in den Blick genommen. Die generelle Marktentwicklung im Zusatzversicherungsgeschäft und für einzelne private Krankenversicherungen werden untersucht (Kapitel 4.1), um mögliche Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen zu prüfen. Darüber hinaus werden mögliche Auswirkungen auf die inhaltliche Ausgestaltung privater Zusatzversicherungen und die Kooperation zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen geprüft (Kapitel 4.2). Die relevanten Erkenntnisse zu den Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Krankenversicherung werden in einem Zwischenfazit (Kapitel 4.3) zusammengefasst.

Kapitel 5 des Gutachtens zieht Schlussfolgerungen aus den Erkenntnissen zu den Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V und beantwortet damit die gestellten Forschungsfragen.

---

## 2 Empirische Zugänge und Instrumente

---

### 2.1 Sekundärstatistiken zur Gesetzlichen Krankenversicherung

Als einem ersten empirischen Zugang zur Entwicklung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V werden für das Gutachten die Mitgliederstatistik (KM6-Statistik), die endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1-Statistik) und die Quartalsergebnisse (KV45-Statistik) der GKV für die Jahre 2012 bis 1. Halbjahr 2018 ausgewertet. Diese werden jährlich bzw. vierteljährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.<sup>9</sup>

#### **KM6-Statistik**

In der KM6-Statistik ist der Bestand der gesetzlich krankenversicherten Personen zum 01.07. eines Jahres nach Versichertenstatus (Mitglieder, Familienangehörige), Versichertengruppe (Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte, versicherte Rentner), Altersgruppe, Geschlecht, Kassenart und KV-Bezirk (Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen) erfasst.

#### **KJ1-Statistik**

Die jährlich veröffentlichte KJ1-Statistik umfasst die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV. In der KJ1-Statistik sind die Einnahmen und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach Einnahmen- bzw. Ausgabenart entsprechend dem GKV-Kontenrahmen, Versichertengruppe (Mitglieder, Rentner) und nach Kassenart erfasst. Darüber hinaus werden in der KJ1-Statistik die Vermögen der gesetzlichen Krankenkassen nach Vermögensart und Kassenart sowie die den Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds zugrundeliegenden beitragspflichtigen Einnahmen ausgewiesen. Die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V werden in der KJ1-Statistik in der Kontenklasse 6 im Konto 6300 sowie für die Altenteiler der LKK im Konto 6302 verbucht.

#### **KV45-Statistik**

Die vierjährlich veröffentlichte KV45-Statistik umfasst die vorläufigen Rechnungsergebnisse der GKV. Entsprechend dem Aufbau der KJ1-Statistik werden in der KV45-Statistik die Einnahmen und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen als Jahresfortschrittswerte bis Ende des jeweiligen Quartals nach Einnahmen- bzw. Ausgabenart entsprechend dem GKV-Kontenrahmen und nach Kassenart erfasst. Darüber hinaus werden in der KV45-Statistik die den Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds zugrundeliegenden beitragspflichtigen Einnahmen ausgewiesen. Die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V werden wiederum in der Kontenklasse 6 im Konto 6300 sowie für die Altenteiler der LKK im Konto 6302 verbucht.

<sup>9</sup> Die KM6-Statistik findet sich unter der URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>, die KJ1- und die KV45-Statistik unter der URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> (zuletzt abgerufen am: 07.11.2018).

## Weitere Datenquellen

Neben der KM6-, der KJ1- und der KV45-Statistik werden für das Gutachten weitere die GKV betreffende Datenquellen herangezogen.

Hierzu zählen zum einen Angaben zur Höhe des Zusatzbeitrages der gesetzlichen Krankenkassen im Zeitraum der Jahre 2012 bis 2016 nach Monat und Jahr. Diese Daten wurden durch das Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag bis zum 31.12.2014 als pauschaler Betrag erhoben wurde. Seit dem 01.01.2015 wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als prozentualer Beitrag in Abhängigkeit der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben.

Zum anderen werden für das Gutachten auch die beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und dem Bundesversicherungsamt (BVA) verfügbaren Informationen im Hinblick auf den potenziellen Versichertenkreis (bundesweit geöffnete Krankenkassen, regional geöffnete Krankenkassen und betriebsbezogene Krankenkasse) sowie zu den Aufsichtsbehörden (Bundes- bzw. Landesaufsicht) der gesetzlichen Krankenkassen herangezogen.

Schließlich wurden für das Gutachten auch die vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich veröffentlichten Kennzahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2012 bis 2016 herangezogen.<sup>10</sup>

## 2.2 Datenabfrage bei den Krankenkassen

Auf Basis der KM6-, der KJ1- und der KV45-Statistik kann die Entwicklung des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes und der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V für den Zeitraum 2012 bis zum Ende des 1. Halbjahres 2018 für die GKV insgesamt und nach Kassenarten nachvollzogen werden. Um darüber hinaus die Entwicklungen auf Ebene der einzelnen Krankenkassen nachzuvollziehen, aber auch um die Zusammenhänge zwischen der Höhe des Zusatzbeitrags sowie dem Angebot an und den Aufwendungen für Satzungsleistungen zu analysieren, wurde im Rahmen der Evaluation eine Befragung aller Krankenkassen durchgeführt.<sup>11</sup> Im Unterschied zur Auswertung der Sekundärstatistik ist dabei zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung im Januar 2018 noch keine (endgültigen) Rechnungsergebnisse für das Gesamtjahr 2017 vorlagen, weshalb sich die Datenabfrage bei den Krankenkassen lediglich auf den Zeitraum zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12.2016 erstreckt.<sup>12</sup>

In der Befragung der Krankenkassen wurden zum einen die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und die Anzahl der Versicherten getrennt nach Mitgliedern, Rentnern und Familienangehörigen für die Jahre 2012 bis 2016 abgefragt. Um die Entwicklung des Angebotsspektrums an Satzungsleistungen nachzuvollziehen, wurden die Kassen zum anderen um die Zusendung aller in den Jahren 2012 bis 2016 gültigen Satzungen bzw. der in diesen Zeitraum fallenden Satzungsänderungen gebeten.

<sup>10</sup> Die aktuellste Ausgabe der Kennzahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung findet sich unter der URL [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen\\_Daten/KF2018Bund\\_Juni2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2018Bund_Juni2018.pdf) (zuletzt abgerufen am: 19.12.2018).

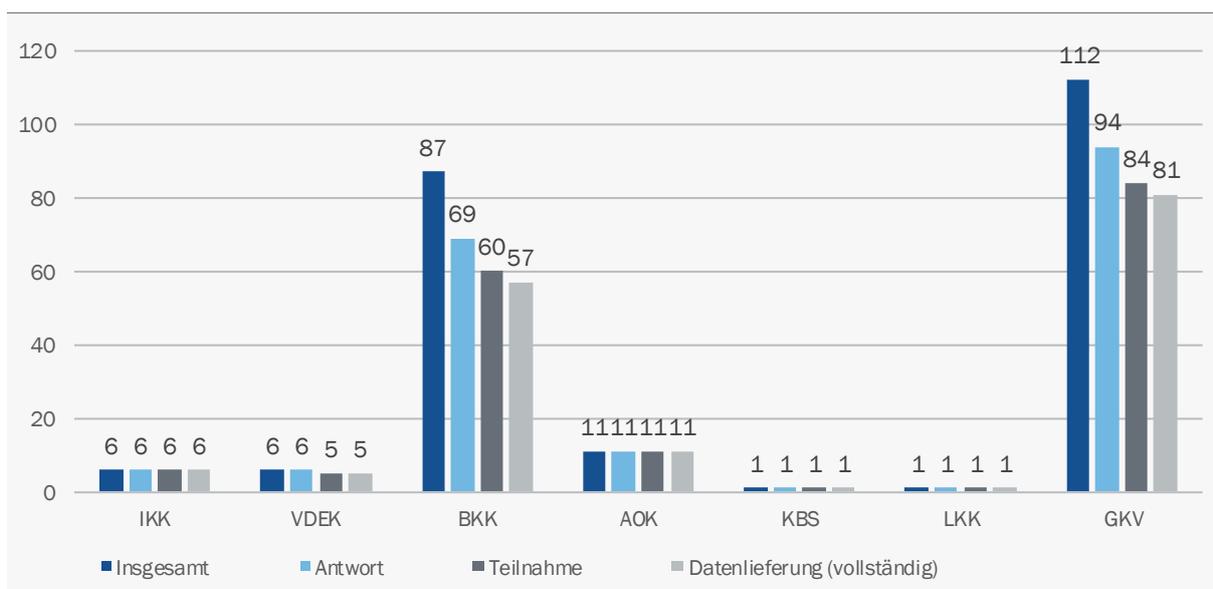
<sup>11</sup> Eine Beschreibung zur Konzeption und Methodik der Datenabfrage findet sich in Anhang A.1.

<sup>12</sup> Die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1-Statistik) für das Jahr 2017 wurden erst Mitte 2018 veröffentlicht.

## Rücklauf

In Abbildung 2 sind die wesentlichen Kennziffern zum Rücklauf der Befragung dargestellt. Es wurden insgesamt 112 Krankenkassen angeschrieben. Gemessen am Zeitpunkt der letzten Antwort erstreckte sich die Befragung über den Zeitraum vom 15.01. bis 21.02.2018. In diesem Zeitraum haben 94 Krankenkassen auf die Anfrage zur Teilnahme an der Erhebung zu den Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V geantwortet und 84 Krankenkassen an der Befragung teilgenommen. Bezogen auf die Gesamtzahl der angeschriebenen Krankenkassen entspricht dies einer Teilnahmequote von 75 Prozent. Mit Ausnahme einer Ersatzkasse zählen alle Krankenkassen, die entweder nicht geantwortet oder nicht an der Befragung teilgenommen haben, zu den Betriebskrankenkassen. Ferner ist zu berücksichtigen, dass zwei Betriebskrankenkassen zum 01.01.2018 mit einer anderen Krankenkasse fusioniert haben und daher nicht geantwortet oder an der Befragung teilgenommen haben. Mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen entspricht der Rücklauf für die anderen Kassenarten dagegen nahezu einer Vollerhebung.

**Abbildung 2: Angeschriebene Krankenkassen und Rücklauf der Befragung**  
nach Kassenarten, Anzahl der Krankenkassen



Quelle: eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG 2019

Bei den Betriebskrankenkassen mit einer vollständigen Datenlieferung handelt es sich in 21 Fällen um bundesweit geöffnete, in 23 Fällen um regional geöffnete und in 13 Fällen um geschlossene (Betriebs-)Krankenkassen. Bei den 30 Betriebskrankenkassen, welche nicht an der Befragung teilgenommen oder keine vollständigen Daten geliefert haben, handelt es sich in mehr als der Hälfte der Fälle um betriebsbezogene und in jeweils etwa einem Viertel der Fälle um bundesweit bzw. regional geöffnete Betriebskrankenkassen.<sup>13</sup> Für die bundesweit geöffneten

<sup>13</sup> Bei den 85 zum 01.01.2018 bestehenden Betriebskrankenkassen handelt es sich in 28 Fällen um bundesweit geöffnete, in 30 Fällen um regional geöffnete und in 27 Fällen um betriebsbezogene Betriebskrankenkassen.

Betriebskrankenkassen beläuft sich die Teilnahmequote damit auf 75 Prozent, für die regional geöffneten auf 77 Prozent und für die betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen auf 48 Prozent.

### **Datenbank zur Erfassung des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

Unter den teilnehmenden Krankenkassen haben 81 Kassen die Satzungen einschließlich aller Satzungsänderungen für die Jahre 2012 bis 2016 zur Verfügung gestellt. Um die Entwicklung des Angebots an Satzungsleistungen im Betrachtungszeitraum nachzuzeichnen, werden die Satzungen für jede Krankenkasse einzeln ausgewertet und in eine Datenbank übertragen. Die Datenbank ist so aufgebaut, dass jeder Eintrag einer einzelnen Leistung differenziert nach Kasse und nach Zeitpunkt bzw. Zeitraum der Gültigkeit entspricht. Hierbei werden für jeden Datenbank-Eintrag insgesamt 12 Merkmale erfasst (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Aufbau der Datenbank zur Erfassung des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

<b>Merkmal</b>	<b>Bemerkung</b>
<i>Informationen zur Zuordnung des Eintrags zu einer Krankenkasse, einer Satzungsfassung und dem Zeitraum der Gültigkeit</i>	
1. Kassenart	
2. Name der Krankenkasse	
3. Datum der Satzung	- Zuordnung zu einer konkreten Satzungsfassung - Zeitpunkt der erstmaligen Aufnahme in die Satzung bzw. der Satzungsänderung
4. erstmalige Aufnahme in die Satzung	- erstmalig in die Satzung aufgenommen (ja) oder Satzungsänderung (nein)
5. Zeitpunkt, bis zu dem die Regelung Bestand hatte	- Im Falle von Satzungsleistungen, die über den Betrachtungszeitraum hinaus Bestand hatten, wurde als Datum der „31.12.2016“ hinterlegt.
<i>Inhaltliche Merkmale der Satzungsleistung</i>	
6. Leistungsart gemäß § 11 Abs. 6 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinische Vorsorge (§ 23 SGB V)</li> <li>• medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V)</li> <li>• Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V)</li> <li>• künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V)</li> <li>• zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V)</li> <li>• Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 S. 1 SGB V)</li> <li>• Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V)</li> <li>• Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V)</li> <li>• häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)</li> <li>• Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)</li> <li>• Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern</li> <li>• sonstige Leistungen (nicht eindeutig zuordenbar)</li> </ul>
7. Satzungstext	Auszug der Satzung im Wortlaut
8. expliziter Verweis auf § 11 Abs. 6 SGB V	- der Satzungstext verweist explizit darauf, dass es sich um eine Leistung nach § 11 Abs. 6 SGB V handelt (ja/nein)

9. Leistungsvoraussetzungen	- Die Leistung wird nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt (ja/nein).
10. finanzielle Beschränkung	- Die Satzung beinhaltet eine finanzielle Beschränkung des Leistungsanspruchs (ja/nein).
11. zeitliche Beschränkung	- Die Satzung beinhaltet eine zeitliche Beschränkung des Leistungsanspruchs (ja/nein).
12. Mengenbeschränkung	- Die Satzung beinhaltet eine Mengenbeschränkung des Leistungsanspruchs (ja/nein).

Quelle: Prognos AG

© Prognos AG 2019

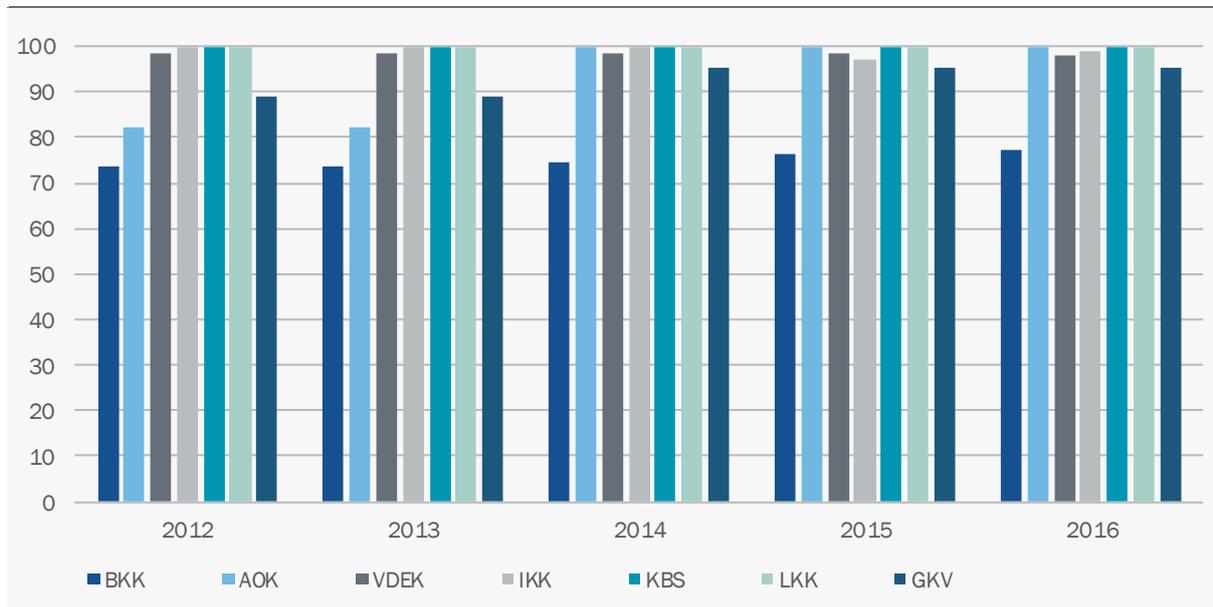
### **Datenbank zur Erfassung der Versicherten und der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

Unter den teilnehmenden Krankenkassen haben 82 Kassen den Datenabfragebogen zu den Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und zum Versichertenbestand am 01.07. für die Jahre 2012 bis 2016 zur Verfügung gestellt.

In Abbildung 3 ist die auf Grundlage der Datenabfrage ermittelte Anzahl an Versicherten für die Jahre 2012 bis 2016 im Vergleich zur KM6-Statistik für die GKV insgesamt und nach Kassenarten dargestellt. Aus den Ergebnissen der Datenabfrage ergibt sich im Vergleich zur KM6-Statistik sowohl für die GKV insgesamt als auch nach Kassenarten ein sehr hoher Erfassungsgrad von deutlich über 90 Prozent.

Für die Ersatzkassen (EK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft-Bahn-See (KBS) und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) ergibt sich mit einer Erfassungsquote von (nahe) 100 Prozent eine (nahezu) vollständige Erfassung der Versicherten. Berücksichtigt man, dass von einer allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) keine Daten zu den Versicherten für die Jahre 2012 und 2013 geliefert wurden, so ergibt sich auch für die AOK eine Erfassungsquote von 100 Prozent. Auch im Falle der von den sechs IKK übermittelten Daten zum Versichertenbestand ergibt sich für die Jahre 2015 und 2016 eine geringe Abweichung zur Anzahl der IKK-Versicherten in der KM6-Statistik. Lediglich für die Betriebskrankenkassen (BKK) liegt der Erfassungsgrad spürbar unter 100 Prozent. Infolge der Teilnahmequote der BKK von 69 Prozent war eine Unterdeckung in dieser Größenordnung allerdings zu erwarten.

**Abbildung 3: Erfassungsquote der GKV-Versicherten nach Kassenarten**  
2012 bis 2016, nach Kassenarten, in Prozent, n = 82 Krankenkassen



Quelle: KM6-Statistik, Datenabfrage Prognos AG

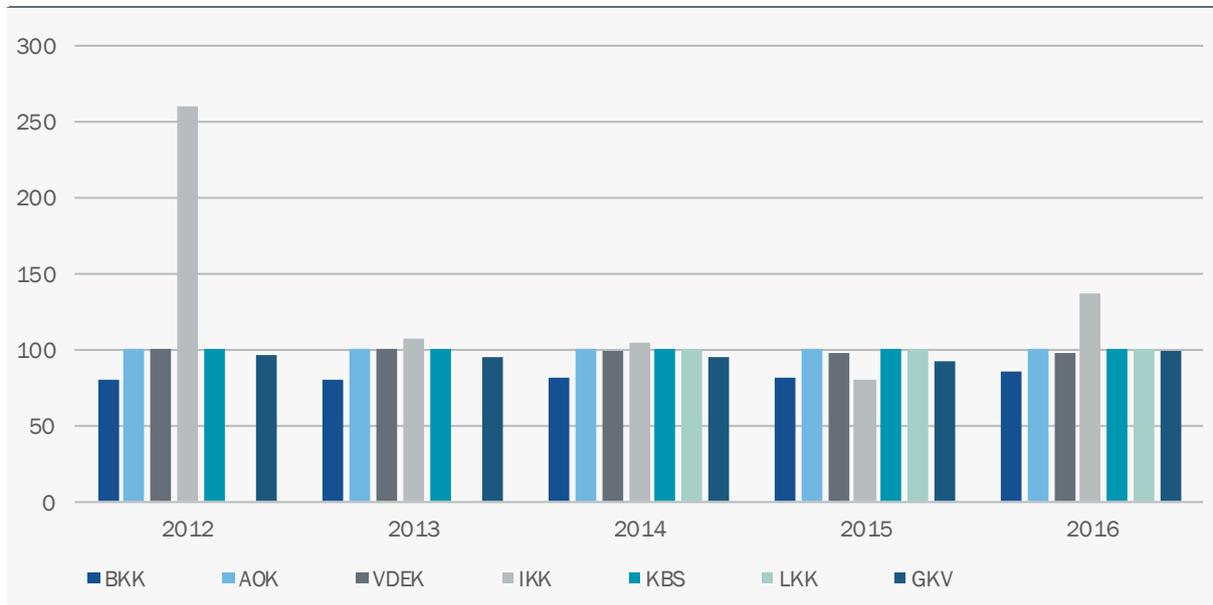
© Prognos AG 2019

Auch bei den Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V zeigt sich im Vergleich zur KJ1-Statistik sowohl für die GKV insgesamt als auch nach Kassenarten ein Erfassungsgrad von deutlich über 90 Prozent (Abbildung 4). Für die AOK, die EK, die IKK, die KBS und die LKK ergibt sich mit einem Erfassungsgrad von annähernd 100 Prozent wiederum eine (nahezu) vollständige Erfassung der Aufwendungen für Satzungsleistungen.<sup>14</sup> Für die BKK zeigt sich mit einem Erfassungsgrad von 81 Prozent wiederum eine spürbare Untererfassung der Aufwendungen für Satzungsleistungen. Gemessen an der Teilnahmequote von 69 Prozent ist die Abdeckung der Aufwendungen der BKK für Satzungsleistungen von 81 Prozent jedoch ebenfalls als ähnlich gut zu bezeichnen.

<sup>14</sup> Abweichungen zur KJ1-Statistik sind insbesondere in den Jahren 2012, 2015 und 2016, bei den IKK festzustellen. Für die Jahre 2015 und 2016 ist die Ursache hierfür, dass die von einer IKK übermittelten Daten um fehlerhafte Verpflichtungen in diesen beiden Jahren korrigiert wurden. Infolgedessen weichen die Ausgaben für Satzungsleistungen gemäß Datenabfrage in diesen beiden Jahren für die IKK von der amtlichen KJ1-Statistik ab. Im Hinblick auf die signifikante Abweichung im Jahr 2012 ist dagegen zu berücksichtigen, dass die IKK im Jahr 2012 nur geringe Aufwendungen für Satzungsleistungen hatte. So ergeben sich die auf Grundlage der von den IKK übermittelten Daten Aufwendungen je Versicherten von 0,17 Euro im Jahr 2012, gemäß KJ1-Statistik dagegen von 0,07 Euro. Insofern hat die Abweichung von der KJ1-Statistik im Jahr 2012 keine quantitativ bedeutsame Verzerrung der Ergebnisse zur Folge.

**Abbildung 4: Erfassungsquote der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

2012 bis 2016, nach Kassenarten, in Prozent, n = 82 Krankenkassen



Quelle: KJ1-Statistik, Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

**2.3 Datenabfragen beim PKV-Verband und ausgewählten privaten Krankenversicherungen**

Eine Aufbereitung von Statistiken des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) erfolgt, um die generellen Entwicklungen des Marktes für private Krankenzusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte nachzuvollziehen. Die verfügbaren Daten des PKV-Verbandes erlauben einen ersten Überblick über die Entwicklung des Marktes für private Zusatzversicherungen.

Zusätzlich wurde eine Datenabfrage unter ausgewählten privaten Krankenversicherungen durchgeführt. Insgesamt haben sechs private Krankenversicherungsunternehmen an der Datenabfrage teilgenommen. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Unternehmen, die ebenfalls im Rahmen der Fachgespräche in das Gutachten einbezogen wurden (Kapitel 2.4). Gemeinsam verfügten diese im Jahr 2016 über einen Marktanteil von rund 30 Prozent bei den privaten Krankenzusatzversicherungen.<sup>15</sup> Außerdem kooperieren diese Unternehmen mit verschiedenen Krankenkassen im Bereich der Zusatzversicherungen.

Die erhobenen Daten ermöglichen differenzierte Einblicke in die Entwicklung einzelner Geschäftsbereiche bzw. Tarife ausgewählter privater Krankenzusatzversicherungen. Auf Grundlage der vorliegenden Stichprobe sind keine allgemeingültigen Aussagen zur generellen Entwicklung bestimmter Geschäftsbereiche möglich. Die Daten liefern in erster Linie Beispiele für unterschiedliche Entwicklungen bei privaten Zusatzversicherungen und ermöglichen darüber hinaus die Validierung der Daten des PKV-Verbandes.

<sup>15</sup> Surminski, M. (2017). Die PKV im Jahre 2016. Zeitschrift für Versicherungswesen, Vol. 19, S. 576-594.

## 2.4 Fachgespräche

Es wurden 19 leitfadengestützte<sup>16</sup> Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen geführt, um die Bedeutung der Satzungsleistungen für die Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen nachzuvollziehen. Die Auswahl der Gesprächspartner war erstens darauf ausgerichtet, das Spektrum der sechs Kassenarten zu repräsentieren. Zweitens wurden im Hinblick auf eine möglichst hohe Repräsentativität im Sinne der Marktabdeckung insbesondere Krankenkassen mit hohen Mitgliederzahlen ausgewählt. Drittens wurden im Hinblick auf die regionale Marktabdeckung auch gezielt nur regional aktive bzw. Krankenkassen mit einer starken regionalen Marktposition ausgewählt. Viertens sollten auch die unterschiedlichen Motive für Satzungsleistungen im Wettbewerb erfasst werden, weswegen gezielt kleinere Betriebskrankenkassen ausgewählt wurden. Andererseits orientierte sich die Auswahl auch an den Ergebnissen aus der Analyse der Entwicklung des Angebots (Kapitel 3.1) und den Aufwendungen (Kapitel 3.3) der gesetzlichen Krankenkassen für Satzungsleistungen. Hierbei wurden Krankenkassen identifiziert, die Besonderheiten in der Struktur der Satzungsleistungen aufweisen (z. B. ein besonders umfangreiches oder geringes Angebot, oder auch auffällig hohe oder niedrige Ausgaben). Als Grundlage für die Fachgespräche wurde den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern auf Basis der Analyse zur Entwicklung des Angebots und den Aufwendungen für Satzungsleistungen ein Benchmark-Bericht zur relativen Marktposition Ihrer Krankenkasse zugesendet.

Zusätzlich wurden leitfadengestützte Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von insgesamt zehn privaten Krankenversicherungen geführt, um mögliche Auswirkungen des § 11 Absatz 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen zu erfassen. Die Auswahl der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zielte dabei zum einen auf eine möglichst große Marktabdeckung im Zusatzversicherungsgeschäft ab, zum anderen wurden private Krankenkassen ausgewählt, die besonders aktiv im Kooperationsgeschäft mit ausgewählten gesetzlichen Partnerkrankenkassen sind. Gemessen an den Bestandskunden verfügen die privaten Krankenversicherungen, mit denen Fachgespräche geführt wurden, im Jahr 2016 über einen Marktanteil von rund 60 Prozent bei den privaten Krankenzusatzversicherungen. Hiervon sind rund 25 Prozent dem Bereich GKV-Kooperationsgeschäft zuzuordnen (Verträge, die aus Kooperationen mit Krankenkassen hervorgehen).<sup>17</sup>

Jeweils ein leitfadengestütztes Fachgespräch wurde zudem mit Vertreterinnen und Vertretern von jeweils einer Verbraucher- und einer Patientenvertretung geführt, um die Entwicklungen der GKV-Satzungsleistungen und der privaten Zusatzversicherungen aus Sicht der Versicherten und Patienten zu bewerten.

Alle Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen sowie Patienten- und Verbrauchervertretungen, die im Rahmen der Fachgespräche einbezogen wurden, sind in Tabelle 3 aufgelistet. Die Inhalte der Gespräche wurden protokolliert, durch die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner freigegeben und werden ausschließlich anonymisiert oder aggregiert dargestellt.

<sup>16</sup> Die Leitfäden für die Fachgespräche mit den gesetzlichen Krankenkassen, den privaten Krankenversicherungen und den Vertreterinnen und Vertretern der Verbraucher- und Patientenvertretungen finden sich im Anhang.

<sup>17</sup> Surminski, M. (2017). Die PKV im Jahre 2016. Zeitschrift für Versicherungswesen, Vol. 19, S. 576-594.

---

### **Tabelle 3: Krankenkassen, private Krankenversicherungen und Versichertenvertretungen mit denen Fachgespräche geführt wurden**

---

#### **Gesetzliche Krankenkassen**

---

AOK Baden-Württemberg

---

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

---

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

---

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

---

AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse

---

Audi BKK

---

Barmer Ersatzkasse

---

Betriebskrankenkasse Mobil Oil

---

BKK Scheufelen

---

Daimler Betriebskrankenkasse

---

DAK-Gesundheit

---

IKK classic

---

IKK Südwest

---

Knappschaft Bahn See

---

Metzinger Betriebskrankenkasse

---

mhplus Betriebskrankenkasse

---

pronova BKK

---

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)

---

Techniker Krankenkasse

---

#### **Private Krankenversicherungen**

---

Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

---

Barmenia Versicherungen

---

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

---

Central Krankenversicherung AG

---

Envivas Krankenversicherung AG

---

Debeka Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit

---

DKV Deutsche Krankenversicherung Aktiengesellschaft

---

HUK-COBURG-Krankenversicherung AG

---

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

---

Union Krankenversicherung AG

---

#### **Patienten- und Versichertenvertretungen**

---

BAG SELBSTHILFE

---

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

---

© Prognos AG 2019

## **2.5 Versichertenbefragung**

Die Bedeutung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V aus Sicht der Versicherten wurde mithilfe einer standardisierten Onlinebefragung von 1.005 gesetzlich versicherten Personen durch forsa<sup>18</sup> erhoben. Der Erhebungszeitraum war vom 27.09. bis 04.10.2018.

Die Gruppe der befragten Personen stellt eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe dar (hinsichtlich Alters- und Geschlechterverteilung). Die befragten Personen sind zu 88 Prozent selbst gesetzlich versichert und zu 12 Prozent als Familienmitglied mitversichert. Ebenso wird ein ausgewogener Einbezug von Personen aller Krankenkassenarten aus allen Regionen Deutschlands erreicht. Laut forsa können die ermittelten Ergebnisse lediglich mit den bei allen Stichprobenerhebungen möglichen Fehlertoleranzen (im vorliegenden Fall +/- 3 Prozentpunkte) auf die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten in Deutschland übertragen werden.

Die Befragung prüfte anhand von neun Fragen<sup>19</sup> zum einen den Kenntnisstand und die Meinungen der Versicherten bezüglich Zusatzleistungen von gesetzlichen Krankenkassen (darunter auch Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V). Zum anderen wurde erhoben, inwiefern die Zusatzleistungen der Krankenkassen bei der Wahl einer Krankenkasse oder privaten Zusatzversicherung relevant sind.

Die Auswertung erfolgt für die gesamte Stichprobe sowie teilweise differenziert nach soziodemografischen Merkmalen (u. a. Geschlecht, Altersgruppen, Haushaltseinkommen, Kinder im Haushalt) sowie nach Versicherungsstatus (Selbstversicherte oder mitversicherte Familienmitglieder).

Bei der Interpretation der Befragungsergebnisse ist zu beachten, dass die Unterscheidung der gesetzlichen Regelungen, unter denen Satzungsleistungen angeboten werden (Kapitel 1.2), anspruchsvoll für Versicherte ist. Im Sinne der Verständlichkeit der Befragung und angesichts der

<sup>18</sup> forsa Politik- und Sozialforschung GmbH

<sup>19</sup> Der Fragebogen der Erhebung befindet sich im Anhang dieses Berichts.

eher allgemeinen Erkenntnisinteressen, wurde im Rahmen der Befragung keine explizite Beschränkung auf Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V vorgenommen. Der hohe Anteil der befragten Personen (25 %) der nicht einmal weiß, ob die eigene Krankenkasse Zusatzleistungen jeglicher Art anbietet, verdeutlicht die Notwendigkeit dieser Verallgemeinerung. Die Aussagen können sich daher, trotz einer ausführlichen Erläuterung zu Beginn der Befragung, die ausschließlich Beispiele von typischen Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V nutzt, teilweise auf andere kassenindividuelle Zusatzleistungen beziehen.

---

### **3 Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der GKV**

---

Die Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung werden in mehreren Schritten untersucht: Ein Überblick über die Entwicklung der Angebotsstrukturen von 2012 bis 2016 zeigt, inwiefern die erweiterten Möglichkeiten bezüglich der Satzungsleistungen durch die Krankenkassen wahrgenommen werden. Anschließend erfolgt eine differenzierte Untersuchung der Angebotsstrategien der Krankenkassen, um Erklärungen für Unterschiede und Gemeinsamkeiten in ihren Satzungsleistungsangeboten zu liefern. Anschließend werden die Aufwendungen der Krankenkassen für die erweiterten Satzungsleistungen sowie die Nachfrage und Inanspruchnahme durch die Versicherten untersucht, um weitere Einflussfaktoren und Auswirkungen auf dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen zu erheben. Alle relevanten Ergebnisse des Kapitels werden in einem Zwischenfazit (3.5) zusammengefasst.

#### **3.1 Entwicklung der Satzungsleistungen im Überblick**

Die Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V (Kapitel 1.1) eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, in ihre Satzung zusätzliche Leistungen in folgenden Bereichen aufzunehmen:

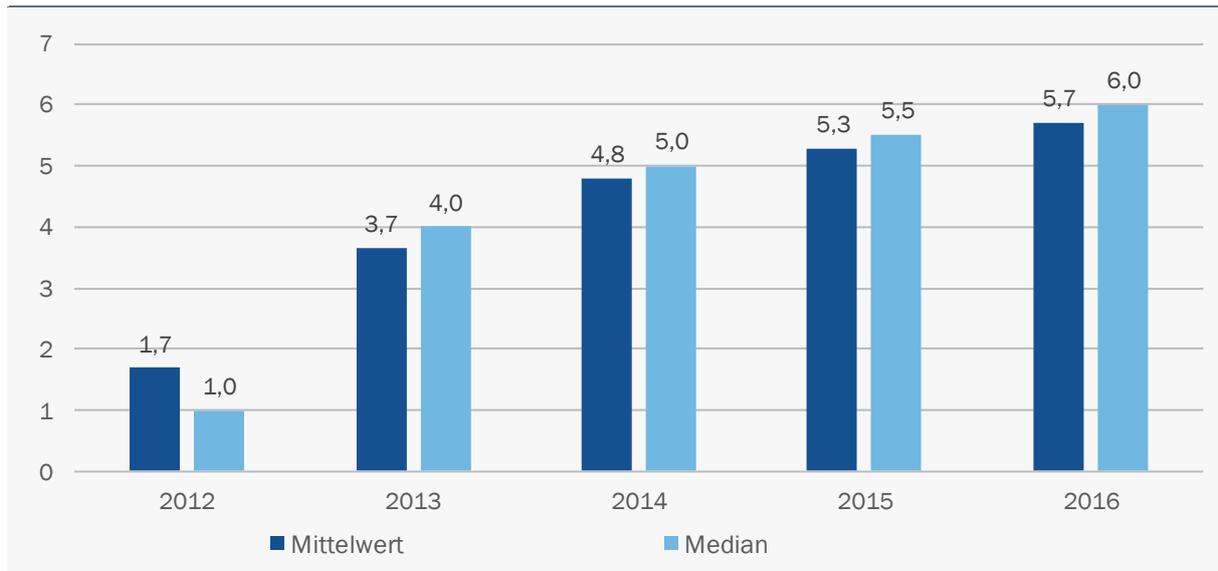
- medizinische Vorsorge (§ 23 SGB V),
- medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V),
- Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V),
- künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V),
- zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V),
- Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V),
- Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V),
- Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V),
- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) sowie
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Insgesamt liegen für 80 der 84 Krankenkassen, die an der Datenabfrage teilgenommen haben, Angaben zu angebotenen Satzungsleistungen in diesen Leistungsbereichen vor. Zwischen 2012 und 2016 ist die Anzahl der angebotenen Leistungsbereiche stark angestiegen (Abbildung 5). Im Jahr 2012 umfasste das Satzungsleistungsangebot der Krankenkassen durchschnittlich 1,7 Leistungsbereiche. Bereits im Jahr 2013 nahm die Anzahl der angebotenen Leistungsbereiche auf 3,7 zu. Auch nach 2013 setzte sich der Ausbau des Leistungsangebots weiter fort und

umfasste im Jahr 2016 durchschnittlich 5,7 Leistungsbereiche. Die nahezu gleiche Entwicklung der mittleren (Median) Anzahl an angebotenen Leistungsbereichen zeigt dabei, dass die Entwicklung im Durchschnitt nicht durch einzelne Außerreißer unter den Krankenkassen (mit extrem vielen oder wenigen Leistungsbereichen) verzerrt wird.

**Abbildung 5: Anzahl angebotener Leistungsbereiche je Krankenkasse**

Mittelwert und Median, 2012 bis 2016, n = 80 Krankenkassen



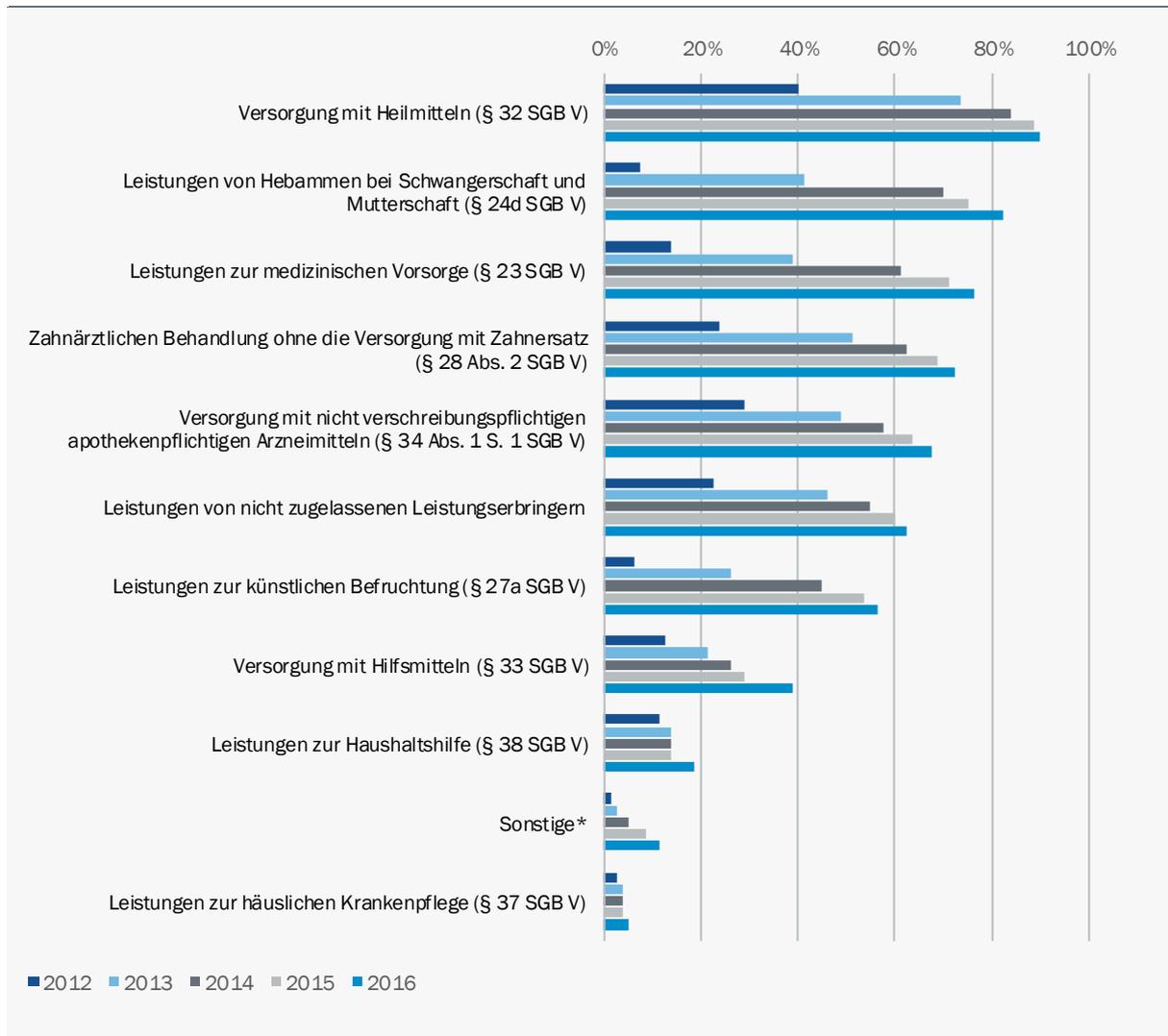
Quelle: Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

Die Entwicklung nach Leistungsbereichen entspricht dabei weitestgehend dem generellen Trend (Abbildung 6). Der Ausbau der Angebote hat insbesondere in den Jahren 2012 und 2013 stattgefunden, wobei in einigen Leistungsbereichen auch noch 2014 eine Zunahme zu beobachten ist. In den Jahren 2015 und 2016 hat sich das Angebot der Krankenkassen dagegen weitgehend konsolidiert.

## Abbildung 6: Angebotene Leistungsbereiche der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

Anteil der Krankenkassen, 2012 bis 2016, in Prozent, n = 80 Krankenkassen



\*Zuordnung zu einem Leistungsbereich nicht möglich

Quelle: Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

Im Jahr 2016 haben in sieben von elf Leistungsbereichen jeweils mehr als die Hälfte der 80 betrachteten Krankenkassen eine Leistung angeboten. Hingegen haben in drei Leistungsbereichen nur wenige Krankenkassen eine Leistung angeboten. Eine Ausnahme bildet der Leistungsbereich der medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V: Im Beobachtungszeitraum hatte keine Krankenkasse ein Angebot in diesem Leistungsbereich.

Im Jahr 2016 wurden Leistungen aus dem Bereich der Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V) am häufigsten (72 von 80 Krankenkassen, 90 %) angeboten. Hierzu zählen vor allem osteopathische Leistungen. Die zweitmeisten Leistungsangebote (66 Krankenkassen, 83 %) entfallen auf Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V),

wie beispielsweise die Rufbereitschaft von Hebammen. Leistungen zur medizinischen Vorsorge (§ 23 SGB V) wurden von 61 Krankenkassen (76 %) und Leistungen zur Zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V) von 58 Krankenkassen (73 %) angeboten. Hierzu zählt beispielsweise die professionelle Zahnreinigung (PZR). Neben diesen vier Leistungsbereichen haben auch jeweils mehr als die Hälfte der Krankenkassen Leistungen aus dem Bereich der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V), von nicht zugelassenen Leistungserbringern sowie zur künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) angeboten. Leistungen aus dem Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) finden sich bei über einem Drittel der Krankenkassen. Satzungsleistungen zur Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und zur häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) haben dagegen nur wenige Krankenkassen angeboten.

Die Ergebnisse zur Häufigkeit der Leistungen nach Leistungsbereichen sind vergleichbar mit den Ergebnissen des Sonderberichtes des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum Wettbewerb in der GKV.<sup>20</sup> Es zeigen sich jedoch Unterschiede in der relativen Häufigkeit der Satzungsleistungsangebote. Beispielsweise haben gemäß dem Bericht des BVA im Jahr 2017 lediglich 55 Prozent der untersuchten Krankenkassen zusätzliche Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft angeboten. Dagegen hat gemäß der hier zugrundeliegenden Stichprobe im Jahr 2016 ein Anteil von 83 Prozent der Kassen eine Leistung aus diesem Bereich angeboten. Auch in den anderen Leistungsbereichen liegen die in Abbildung 6 ausgewiesenen Häufigkeiten über denen im Bericht des BVA. Neben dem unterschiedlichen Betrachtungsjahr ist dabei zu berücksichtigen, dass sich die Zusammensetzung der hier zugrundeliegenden Stichprobe von derjenigen im Bericht des BVA unterscheidet.<sup>21</sup>

Neben dem Spektrum der Leistungsangebote der Krankenkassen ist auch die Ausgestaltung der einzelnen Satzungsleistungen relevant. Laut § 11 Abs. 6 SGB V muss die Satzung die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen und es müssen hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung geregelt sein. Dementsprechend formulieren Krankenkassen spezifische Bedingungen und Voraussetzungen, unter denen sie die Erstattung der Leistungen gewähren:

- Beschränkung der Häufigkeit: z. B. einmal pro Jahr bei professioneller Zahnreinigung oder Beschränkung der maximalen Behandlungsvorgänge bei künstlicher Befruchtung,
- Höchstgrenzen für die Erstattungsbeträge: z. B. Maximalbetrag für einzelne Leistungen oder Gewährung eines jährlichen Gesamterstattungsbetrags, mit dem mehrere Satzungsleistungen erstattet werden können. Häufig erfolgt auch die Kostenübernahme innerhalb des maximalen Kostenübernahmebetrages nur anteilig (z. B. Erstattung von 80 % der Kosten).
- Bedingungen bezüglich der Leistungserbringer: z. B. zugelassene Vertragsärzte, nachgewiesene Qualifikation, Mitgliedschaft in Berufsverbänden. Zudem wird häufig die Vorlage eines Kostenvoranschlags der Leistungserbringer verlangt.
- Anforderungen an Leistungen: In einem Beispiel fand sich als Voraussetzung der Kostenübernahme eine mindestens „tendenziell positive“ Bewertung der Leistung im IGeL-Monitor.<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (2018), Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn.

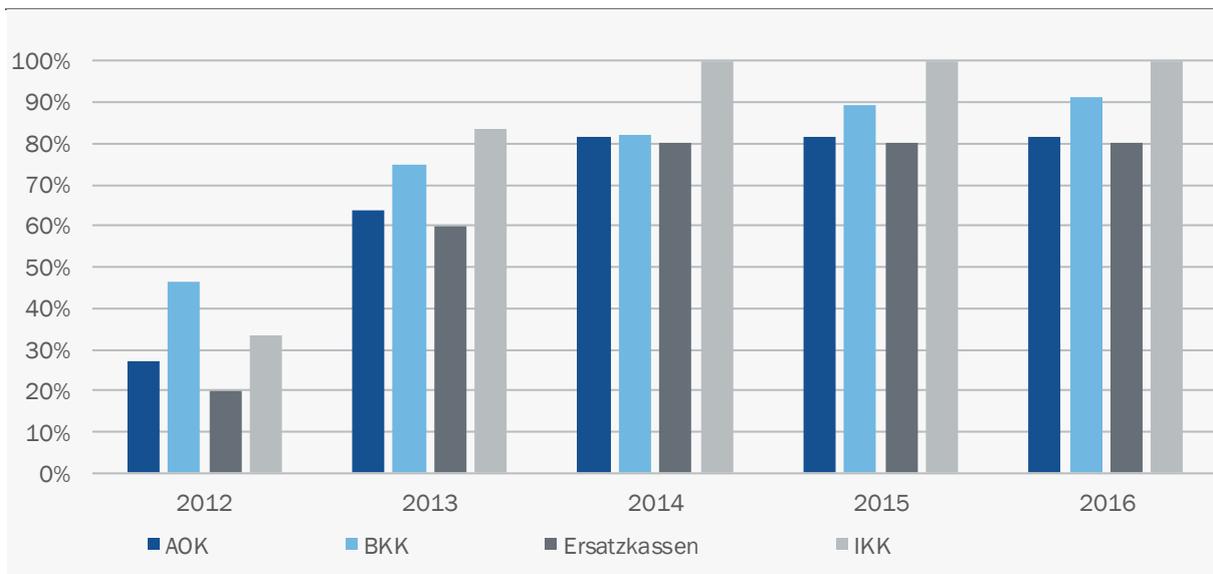
<sup>21</sup> Die Stichprobe des Berichtes des BVA umfasst 65 ausschließlich bundesunmittelbare Krankenkassen, während das vorliegende Gutachten neben bundes- auch landesunmittelbare Krankenkassen berücksichtigt.

<sup>22</sup> Vgl. IGeL Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), <https://www.igel-monitor.de/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2018).

Der Trend einer sukzessiven Ausweitung des Satzungsleistungsangebots zeigt sich auch bei einer Betrachtung nach Kassenarten: Abbildung 7 zeigt die zeitliche Entwicklung des Leistungsbereiches Versorgung mit Heilmitteln. Nach einem deutlichen Anstieg in den Jahren 2012 und 2013 hat sich das Angebot in diesem Leistungsbereich bei allen Kassenarten seit 2014 weitgehend stabilisiert.

### Abbildung 7: Angebote im Leistungsbereich Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V)

Anteil der Krankenkassen, 2012 bis 2016, nach Kassenart, in Prozent, n = 80 Krankenkassen



Die KBS und LKK boten Leistungen in diesem Bereich 2013 bis 2016 an.

Quelle: Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

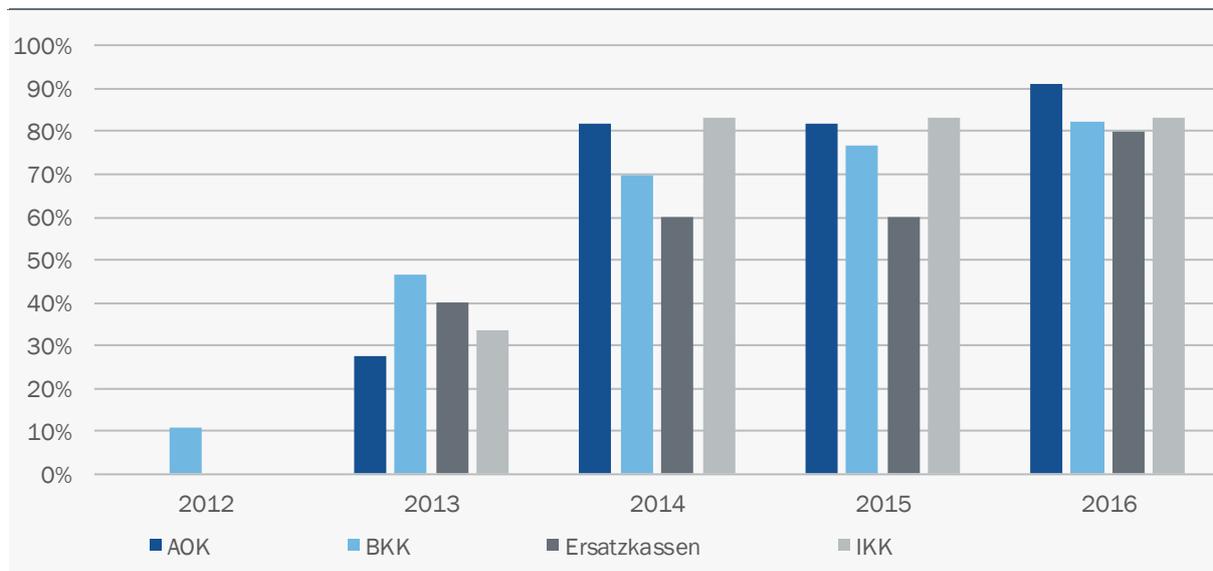
Die Satzungsleistungen zur Versorgung mit Heilmitteln umfassen fast ausnahmslos Kostenübernahmen für Osteopathie. Im Jahr 2016 haben acht AOK (73 %), 51 BKK (91 %), drei EK (60 %), sechs IKK (100 %) sowie die KBS und die LKK osteopathische Leistungen angeboten. Laut Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen wird die Satzungsleistung Osteopathie von Versicherten vergleichsweise häufig in Anspruch genommen, mitunter auch über längere Zeiträume hinweg. Abbildung 10 zeigt die Entwicklung dieser Satzungsleistung im Zeitverlauf.

Die Spannweite der maximalen Kostenübernahme für Osteopathie reichte im Beobachtungszeitraum von 60 bis 500 Euro jährlich. In vielen Fällen war zudem die Anzahl der Behandlungen je Kalenderjahr limitiert, z. B. auf sechs Behandlungen zu je (maximal) 60 Euro. Mehrere Krankenkassen beschränkten die maximale Kostenübernahme nicht separat auf die Osteopathie, sondern haben jährliche maximale Gesamterstattungsbeträge (zwischen 100 und 500 Euro) für die Inanspruchnahme mehrerer oder aller Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V vorgegeben. In vielen Fällen stellt der Satzungstext dabei auch klar, dass die Erstattungsfähigkeit nur dann gegeben ist, wenn die Behandlung durch zugelassene Ärzte oder Heilmittelerbringern, die Mitglied des Berufsverbandes der Osteopathen sind bzw. eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, durchgeführt wird.

Ähnlich wie im Leistungsbereich Versorgung mit Heilmitteln hat sich das Angebot der Krankenkassen bei Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V) entwickelt. Auch in diesem Bereich wurden zwischen 2012 und 2014 zahlreiche Leistungen eingeführt, bevor eine Stagnation eingetreten ist (Abbildung 8). Die KBS hat Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft dagegen erstmalig im Jahr 2016, die LKK im Zeitraum 2012 bis 2016 nie angeboten.

### Abbildung 8: Angebote im Leistungsbereich Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d SGB V)

Anteil der Krankenkassen, 2012 bis 2016, nach Kassenart, in Prozent, n = 80 Krankenkassen



Die LKK hatte in diesen Bereich von 2012 bis 2016 kein Satzungsleistungsangebot und die KBS nur eines im Jahr 2016.

Quelle: Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

Unter den 66 Krankenkassen, die im Jahr 2016 Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft angeboten haben, beinhaltet das Angebot bei 53 Kassen (80 %) die Rufbereitschaft von Hebammen. Gemäß den Aussagen aus den Fachgesprächen wurde diese Leistung in erster Linie eingeführt, da sie von der Zielgruppe der schwangeren Frauen als besonders wichtig empfunden wird, obwohl sie in der Praxis allerdings nur selten in Anspruch genommen wird (Kapitel 3.3).

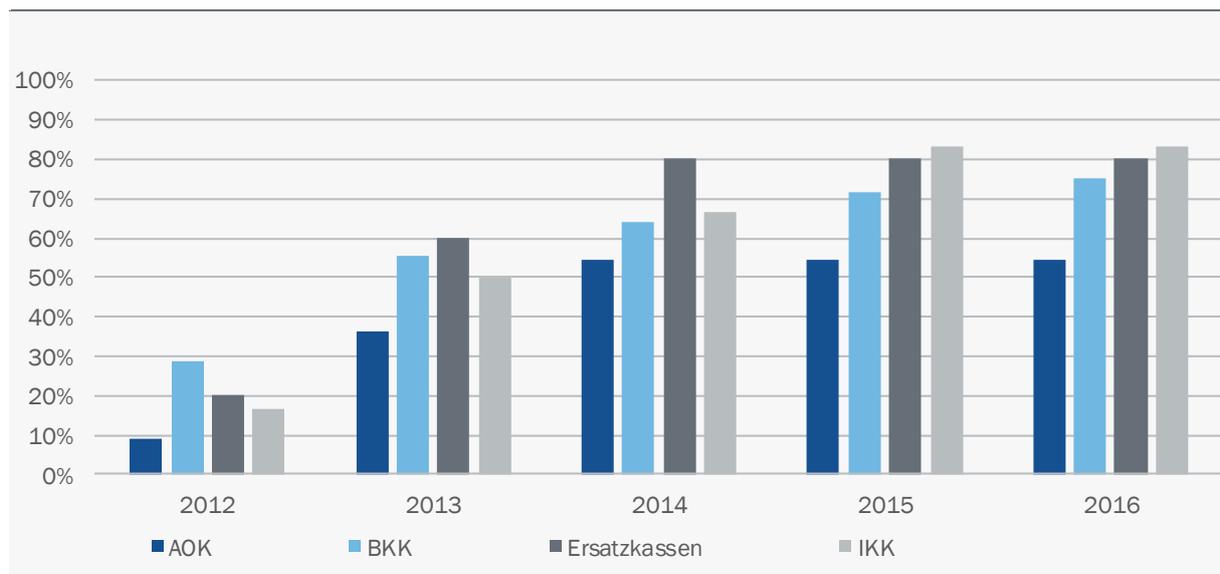
Im Betrachtungszeitraum handelte es sich bei der Rufbereitschaft von Hebammen in den meisten Fällen um ein spezifisches Angebot mit festgelegtem maximalen Kostenerstattungsbetrag, welches nur in wenigen Fällen durch einen Gesamterstattungsbetrag beschränkt war. Die Spannweite der Kostenübernahme erstreckte sich dabei auf 100 bis 350 Euro pro Schwangerschaft. Zudem war die Inanspruchnahme der Rufbereitschaft von Hebammen in der Regel auf einen Zeitraum von ca. drei Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin beschränkt.

Im Leistungsbereich der Zahnärztlichen Behandlung (ohne die Versorgung mit Zahnersatz) wurden Leistungen erstmals in den Jahren 2013 bis 2014 von einer größeren Anzahl an

Krankenkassen angeboten. Nach 2014 bewegte sich der Anteil der Krankenkassen, die in diesem Bereich Leistungen angeboten haben, auf vergleichbarem Niveau (Abbildung 9). Wiederum wurden auch zahnärztliche Leistungen von der KBS erstmals im Jahr 2016, von der LKK im Zeitraum 2012 bis 2016 nie angeboten.

### Abbildung 9: Angebote im Leistungsbereich der Zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V)

Anteil der Krankenkassen, 2012 bis 2016, nach Kassenart in Prozent, n = 80 Krankenkassen



Die KBS bot Leistungen in diesem Bereich 2016 an. Die LKK hatte keine solchen Leistungen im Angebot.

Quelle: Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

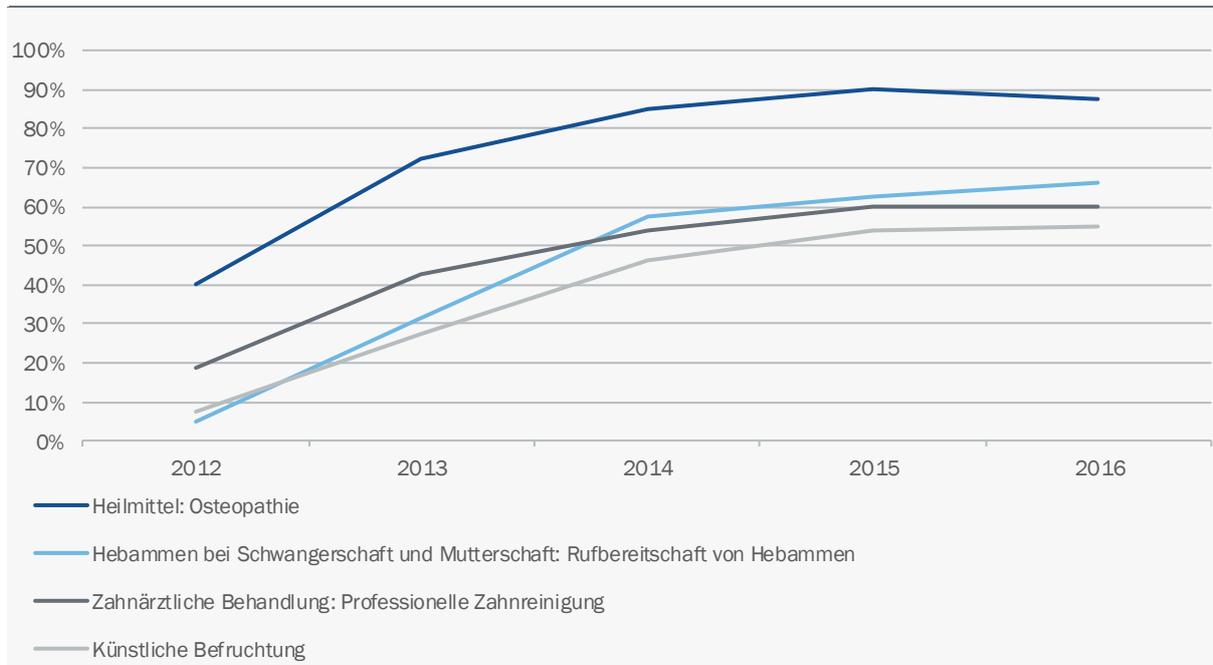
Eine häufig angebotene Satzungsleistung im Bereich der zahnärztlichen Behandlung ist die Kostenübernahme für die professionelle Zahnreinigung. Im Jahr 2016 beinhaltete das Leistungsangebot nach § 11 Abs. 6 SGB V bei sechs AOK (55 %), 37 BKK (66 %), zwei EK (40 %) und drei IKK (50 %) die Kostenübernahme für eine professionelle Zahnreinigung.

Laut Fachvertreterinnen und Fachvertretern wird die professionelle Zahnreinigung von vielen Versicherten regelmäßig in Anspruch genommen. Wie in der Mehrzahl aller Satzungsleistungen war die Kostenübernahme für die professionelle Zahnreinigung im Beobachtungszeitraum 2012 bis 2016 bei fast allen Krankenkassen finanziell beschränkt. Die Spannweite der Kostenübernahme reichte dabei von 20 bis 120 Euro pro Jahr und Versicherten. In einigen Fällen war die Kostenübernahme für die professionelle Zahnreinigung wiederum innerhalb eines jährlichen Gesamterstattungsbetrags für Satzungsleistungen gedeckelt (50 bis 400 Euro). Insbesondere war in diesen Fällen auch die Erstattungshäufigkeit oftmals beschränkt, z.B. auf eine professionelle Zahnreinigung pro Jahr.

In Abbildung 10 ist die zeitliche Entwicklung für eine Auswahl von besonders häufig angebotenen Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen des § 11 Abs. 6 SGB V dargestellt. Neben den bereits genannten osteopathischen Leistungen, der Rufbereitschaft von Hebammen und der

professionellen Zahnreinigung, zeigt Abbildung 10 die Entwicklung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung.

**Abbildung 10: Entwicklung ausgewählter Satzungsleistungen**  
Anteil der Krankenkassen, 2012 bis 2016, in Prozent, n = 80 Krankenkassen



Quelle: Datenabfrage Prognos AG

© Prognos AG 2019

Trotz der Unterschiede bezüglich des Erstattungsumfanges und der Voraussetzungen für die Leistungsanspruchnahme ist für jede dieser Leistungen insgesamt eine vergleichbare zeitliche Entwicklung in Bezug auf die Verbreitung unter den Krankenkassen festzustellen. Nach einer zunehmenden Verbreitung bis zum Jahr 2014, ist bei allen Leistungen ab 2015 eine Abschwächung der Dynamik festzustellen. Besonders deutlich ist dies bei der Osteopathie: 2014 hatten bereits mehr als 80 Prozent der Krankenkassen diese Leistung im Angebot. Anschließend folgt ein deutlich schwächerer Anstieg auf 90 Prozent im Jahr 2015 sowie ein leichter Rückgang im Jahr 2016. Unterschiede bestehen zwischen den einzelnen Leistungen jedoch im Hinblick auf deren Verbreitung unter den Krankenkassen, z. B. wurden osteopathische Leistungen im Jahr 2016 von 88 Prozent, Leistungen zur künstlichen Befruchtung dagegen nur von 55 Prozent der Krankenkassen angeboten.

### 3.2 Angebotsstrategien der Krankenkassen

Mit der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V wurde den Krankenkassen ein zusätzliches Instrument an die Hand gegeben, um sich voneinander im Wettbewerb abzugrenzen. Im Betrachtungszeitraum 2012 bis 2016 lassen sich deutliche Unterschiede im Verbreitungsgrad der einzelnen Leistungsbereiche des § 11 Abs. 6 SGB V in den Satzungsleistungsangeboten der Krankenkassen erkennen (Kapitel 3.1). Gleichzeitig ist für die am häufigsten angebotenen Leistungsbereiche jedoch eine ähnliche Entwicklung des Verbreitungsgrades festzustellen.

Anhand der Ergebnisse aus 19 Fachgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern von ausgewählten Krankenkassen wird im Folgenden untersucht, welchen Beitrag die von den Kassen im Rahmen ihrer jeweils individuellen Angebots- und Wettbewerbsstrategie verfolgten Zielsetzungen zur Erklärung der beobachteten Unterschiede – aber auch Gemeinsamkeiten – bezüglich der Angebotsentwicklung leisten können. Die Strategien der Krankenkassen geben außerdem Aufschluss darüber, inwiefern der § 11 Abs. 6 SGB V von den Krankenkassen als Wettbewerbsinstrument wahrgenommen und eingesetzt wird.

Wie in Kapitel 1.2 (Seite 2) ausgeführt, lassen sich die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V in den Kanon der kassenindividuellen Zusatzleistungen einordnen, zu denen beispielsweise auch Wahltarife, Bonusprogramme oder Selektivverträge gezählt werden können. Im Hinblick auf die Vor- und Nachteile des § 11 Abs. 6 SGB V gegenüber den anderen kassenindividuellen Optionen äußern die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen unterschiedliche Meinungen: Einige betonen, dass die kassenindividuellen Gestaltungsinstrumente wegen ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen und Bedingungen grundsätzlich nicht miteinander vergleichbar seien. Andere verweisen dagegen darauf, dass die einzelnen Instrumente durchaus ineinandergreifen und man sich daher je nach Leistung bewusst für das Instrument entscheidet, mit dem sich die verfolgte Zielsetzung, beispielsweise im Hinblick auf die zu erreichende Zielgruppe, am besten erreichen lässt. Angesichts dieser unterschiedlichen Ansichten verwundert es nicht, dass bestimmte Leistungen wie etwa die professionelle Zahnreinigung oder auch die Osteopathie bei manchen Krankenkassen über den § 11 Abs. 6 SGB V angeboten werden und bei anderen Krankenkassen im Rahmen von Bonusprogrammen. Mehrere Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen weisen dementsprechend darauf hin, dass die Krankenkassen bei ihren Strategien bezüglich des Satzungsleistungsangebots nach § 11 Abs. 6 SGB V stets das gesamte Angebot an Zusatzleistungen im Blick hätten. Darüber hinaus wurden folgende weitere Ansichten beim Vergleich der Gestaltungsinstrumente vertreten:

- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V stünden allen Versicherten zur Verfügung, ohne dass diese zuvor selbst Schritte unternehmen müssten. Dagegen müssten Versicherte z. B. bei Bonusprogrammen selbst aktiv werden, um bestimmte Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Entsprechend könne über ein Bonusprogramm der Nutzerkreis der Leistungen besser gesteuert werden.
- Selektivverträge könnten gezielt auf bestimmte Versichertengruppen oder Regionen zugeschnitten werden, bedürften allerdings aufwändiger Verhandlungen, in denen die Vertragsparteien Einflüsse auf die Gestaltung ausübten.
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V könnten von den Krankenkassen selbständig und flexibel gestaltet werden.
- Die internen Aufwände (z. B. für Teilnehmerverwaltung, Wirtschaftlichkeitsberichte, Evaluationen) und die zeitliche Gebundenheit (z. B. durch Mindestbindungsfristen, Vertragslaufzeiten) seien bei den anderen Gestaltungsinstrumenten höher.
- Wahltarife würden teilweise die Nichtinanspruchnahme von Leistungen belohnen und seien somit per se nicht mit § 11 Abs. 6 SGB V vergleichbar.

Die meisten Krankenkassen verfolgen bezüglich der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V mehrere Ziele, die miteinander in Einklang gebracht werden sollen. Die Vielfalt der in den Fachgesprächen genannten Zielsetzungen ist dementsprechend hoch. Gemessen an der Häufigkeit ihrer Nennung können jedoch vier Hauptziele der Angebots- und Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen identifiziert werden:

- Erhöhung der Kundenzufriedenheit und -bindung,

- Schließung von Versorgungslücken,
- Positionierung als leistungsstarke Krankenkasse sowie
- Gewinnung von Neukunden.

Daneben bestehen weitere Ziele, die insgesamt seltener verfolgt werden, die jedoch zum Teil für einzelne Krankenkassen im Mittelpunkt ihrer Angebots- und Wettbewerbsstrategie stehen:

- Erzielung von Wettbewerbsvorteilen über Alleinstellungsmerkmale oder eine Spezialisierung des Leistungsangebots,
- Gewinnung von jüngeren Versicherten,
- Leistungen als Ausgleich für einen überdurchschnittlich hohen Zusatzbeitrag anbieten,
- Kosteneinsparungen (z. B. durch erfolgreiche Prävention),
- Verfügbarkeit von GKV-Regelleistungen erhöhen (z. B. durch nicht zugelassene Leistungserbringer) sowie
- Einführung von Innovationen in der Versorgung (z. B. Zweitmeinungsverfahren, Gesundheits-Apps).

Die Strategien der Krankenkassen sind einerseits auf die jeweiligen Ziele ausgerichtet, werden aber zusätzlich durch weitere Faktoren und die generellen Rahmenbedingungen der Krankenkassen beeinflusst. Weitere entscheidende Kriterien bei der Gestaltung des Satzungsleistungsangebots nach § 11 Abs. 6 SGB V sind gemäß den Aussagen aus den Fachgesprächen bei nahezu allen Krankenkassen:

- *Versichertenbedarfe und -ansprüche:*  
Mit der Angebotsgestaltung sollen die Bedarfe und Wünsche der eigenen Versicherten und teilweise auch von potenziellen Neukunden, z. B. gemäß Befragungen, Beschwerden oder Analysen der Inanspruchnahme gedeckt werden.
- *Kosten und Finanzierung:*  
Bei der Angebotsgestaltung werden die Entwicklung der Kosten (Erstattungsbeträge, Verwaltungsaufwand), mögliche Einsparungen durch Satzungsleistungen (z. B. Vermeidung von Leistungsanspruchnahme in der Regelversorgung oder durch Prävention), die finanzielle Gesamtsituation bzw. der finanzielle Spielraum für Satzungsleistungen sowie die Auswirkungen auf die Entwicklung des Zusatzbeitrags berücksichtigt.
- *Satzungsleistungswettbewerb:*  
Die Angebotsgestaltung orientiert sich an den Angeboten konkurrierender Krankenkassen, teilweise unter Berücksichtigung der eigenen Positionierung in Krankenkassenvergleichen, in Tests und auf Vergleichsportalen im Internet.

Die Gewichtung der Kriterien variiert in Abhängigkeit der Ziele und der Rahmenbedingungen der einzelnen Krankenkasse. Beispielsweise orientieren sich Krankenkassen, die mit ihrem Leistungsangebot auf Versorgungsvorteile und die Zufriedenheit ihrer Versicherten abzielen, in erster Linie an den Bedarfen der Versicherten sowie dem potenziellen Nutzen und den Kosten der infrage kommenden Satzungsleistungen. Hingegen schenken Krankenkassen, deren Angebotsstrategie vor allem auf eine bessere Positionierung im Wettbewerb ausgerichtet ist, den Angeboten der Konkurrenz mehr Beachtung. Krankenkassen in vorteilhafter Finanzlage müssen der Finanzierungsfrage für Satzungsleistungen tendenziell weniger Bedeutung beimessen als jene, die ohnehin gezwungen sind, Kosten einzusparen.

Die Angebotsstrategien der Krankenkassen sind durch vielfältige Zielsetzungen, unterschiedliche Gewichtungen von Kriterien und diverse Rahmenbedingungen geprägt. Mit Blick auf den Grad der Wettbewerbsorientierung lassen sich tendenziell drei strategische Schwerpunkte identifizieren:

- 1. Schließung von Versorgungslücken:**  
Einige Krankenkassen zielen schwerpunktmäßig auf Verbesserungen der Versorgung und die Einführung von Innovationen für die eigenen Versicherten ab.
- 2. Erhöhung der Kundenzufriedenheit und -bindung:**  
Für andere Krankenkassen stehen die unmittelbaren Bedürfnisse und Wünsche sowie die Zufriedenheit der eigenen Versicherten als Bestandskunden im Mittelpunkt. Wettbewerbseffekte beziehen sich hier in erster Linie auf die Sicherung der eigenen Marktposition durch die Vermeidung von Kündigungen.
- 3. Gewinnung von Neukunden:**  
Für wiederum andere Krankenkassen steht der unmittelbare Wettbewerb um Neukunden im Vordergrund.

Einige Krankenkassen lassen sich eindeutig einem dieser strategischen Schwerpunkte zuordnen, während andere Krankenkassen eine ausgewogenere Mischung der drei Schwerpunkte verfolgen, die sich sowohl auf Versorgungsverbesserungen für die eigenen Versicherten als auch auf die Positionierung im Wettbewerb und die Wirkung auf potenzielle Neukunden richten. In den Fachgesprächen ergaben sich dabei keine allgemeingültigen Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der Krankenkassen (z. B. Kassenart oder Marktanteil) und dem jeweiligen strategischen Schwerpunkt.

Gemäß den Aussagen der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner ist es eine Gemeinsamkeit der Krankenkassen, dass sie die Möglichkeit zur Weiterentwicklung des eigenen Leistungsangebots als zentralen Vorteil des § 11 Abs. 6 SGB V für das eigene Handeln ansehen. Die grundsätzliche strategische Entscheidung zur Nutzung dieses Gestaltungsinstruments haben die Krankenkassen allerdings zu unterschiedlichen Zeitpunkten getroffen (Kapitel 3.1). Seit der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V im Jahr 2012 haben die Krankenkassen ihre Strategien teilweise weiterentwickelt und mitunter auch deutliche Neuausrichtungen vorgenommen. Neben der Entwicklung des Marktes und der individuellen Rahmenbedingungen, wurden in den Fachgesprächen die folgenden Gründe für eine Anpassung der eigenen Angebotsstrategie genannt:

- Einige Krankenkassen haben festgestellt, dass über Satzungsleistungen zwar neue Versicherte gewonnen werden können. Da die Krankenkassen für die Aufwendungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V jedoch keine gesonderten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, hat dies bei einigen Krankenkassen zu einer Unterdeckung geführt. Zudem wurden teilweise auch Versicherte angezogen, für die die Krankenkassen weniger Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als diese Leistungsausgaben verursachen.
- Bei manchen Satzungsleistungen wurden die Inanspruchnahme und die Kosten unterschätzt. Daraufhin sei, vor allem bei finanziell weniger gut aufgestellten Krankenkassen, der Leistungsumfang wieder eingeschränkt bzw. die Leistungen gestrichen worden (z. B. Osteopathie, Professionelle Zahnreinigung). Insbesondere sind einige Krankenkassen von einer ursprünglich angebotenen Vollkostenerstattung abgerückt und haben stattdessen eine Teilkostenfinanzierung der Leistungen eingeführt.
- Einzelne spezifische Satzungsleistungen wurden laut eines Gesprächspartners hingegen in einem so geringen Ausmaß in Anspruch genommen, dass diese aufgrund des unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwands wieder abgeschafft wurden.

So führten einige Krankenkassen frühzeitig Satzungsleistungen ein, entschieden sich jedoch aus den genannten Gründen im weiteren Verlauf, ihre Satzungsleistungsangebote wieder zu verringern oder sogar gänzlich zu streichen.

Die Strategien der Krankenkassen bezüglich der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V beschränken sich nicht nur auf die Gestaltung und die Finanzierung des Leistungsangebots, sondern beinhalten teilweise auch dessen Vermarktung. Die Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen zeigen, dass mit Blick auf die Satzungsleistungen teilweise unterschiedliche Kommunikationsstrategien verfolgt werden. So berichten einzelne Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner von einer selektiven Kommunikation: Einige Satzungsleistungen würden öffentlich beworben, während andere Satzungsleistungen nur gezielt gegenüber einzelnen Versicherten oder bestimmten Zielgruppen kommuniziert würden. Als Gründe für die selektive Kommunikation wurden genannt:

- bedarfsgerechte Empfehlung der Leistungen,
- Marketingvorteile im Wettbewerb um Neukunden sowie
- Kostenmanagement durch Steuerung der Inanspruchnahme.

Bei den meisten Krankenkassen werden, laut der Fachgespräche, jedoch alle Satzungsleistungen auf die gleiche Art und Weise kommuniziert. Dabei kann sich allerdings die generelle Intensität der Kommunikation zwischen den Krankenkassen und im Zeitverlauf unterscheiden. Zentrale Argumente für eine einheitliche und offene Kommunikation sind:

- alle Versicherten und nicht nur einzelne Zielgruppen sollten gleichermaßen von den Leistungsangeboten profitieren können,
- Vorteile und Ziele ließen sich nur erreichen, wenn die Versicherten umfassend über die Satzungsleistungen informiert seien, sowie
- das Satzungsleistungsangebot lasse sich angesichts der vielfältigen Informationsmöglichkeiten ohnehin nicht vor den Versicherten verbergen (Kapitel 3.3).

Neben den erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten und Vorteilen, die die Krankenkassen durch die Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V wahrnehmen, sehen sie sich aber auch mit diversen Herausforderungen konfrontiert. Zentrale Herausforderungen, die jeweils von mehreren Fachvertreterinnen und Fachvertretern geäußert wurden, betreffen:

- Leistungsgestaltung und -management (z. B. sinnvolle Leistungen entwickeln, Kontinuität des Angebots sicherstellen),
- Kostenmanagement (z. B. Kalkulation vor der Einführung einer Satzungsleistung, Monitoring und Steuerung der laufenden Kosten),
- Interner Aufwand für die Entwicklung und Einführung (u. a. interne Abstimmungsprozesse und Genehmigungsverfahren),
- Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden (u. a. unterschiedliche Genehmigungspraxen infolge unterschiedlicher Aufsichtsbehörden bei landes- und bundesunmittelbaren Krankenkassen, d. h. zuständige Landesministerien bzw. Bundesversicherungsamt),
- Interner Aufwand für Leistungserstattung und Qualitätssicherung (z. B. Einzelfallprüfungen bei Erstattungen), sowie
- Wettbewerbsdruck und Erfüllung steigender Kundenerwartungen.

### **3.3 Nachfrage und Inanspruchnahme durch die Versicherten**

Die Entwicklung der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V von 2012 bis 2016 (Kapitel 3.4) weist auf eine zunehmende Inanspruchnahme durch die Versicherten hin. Auch laut den meisten Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen ist die Nachfrage der Versicherten seit Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V kontinuierlich angestiegen. Angeführte

Gründe hierfür sind insbesondere, dass sich die Satzungsleistungen etabliert hätten, dass diese insgesamt bekannter geworden seien sowie dass einige der abgedeckten Leistungsbereiche generell stärker nachgefragt würden (z. B. Alternativmedizin und Naturheilverfahren). Demzufolge sei auch zukünftig von einem weiteren Anstieg der Inanspruchnahme auszugehen. Einige Fachvertreterinnen und Fachvertreter beobachteten hingegen eine besonders starke Zunahme der Nachfrage in den ersten Jahren nach der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V und seitdem eine stabilere oder weniger dynamische Entwicklung.

Eine differenzierte Betrachtung zeigt zudem, dass die Inanspruchnahme sich deutlich zwischen einzelnen Satzungsleistungen unterscheiden kann. Zu den besonders stark nachgefragten Leistungen gehören nach Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen demzufolge u. a.:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Osteopathie, und
- Flash-Glukose-Messsystem (Gewebezuckermessgerät bei Diabetes mellitus)<sup>23</sup>.

Die Nachfrage nach bestimmten Leistungen werde dabei auch entscheidend beeinflusst durch die Vermarktung der Leistungserbringer (z. B. Professionelle Zahnreinigung). Besonders dynamisch entwickle sich die Nachfrage nach Leistungen außerdem, wenn diese mediale Aufmerksamkeit bekämen oder im Wettbewerb durch eigene Marketingmaßnahmen oder durch Mitbewerber besonders hervorgehoben würden (z. B. Osteopathie). Allerdings drücke sich die Nachfrage der Versicherten nach bestimmten Satzungsleistungen nicht immer in einer tatsächlichen Zunahme der Inanspruchnahme aus. So existierten mitunter Satzungsleistungen, die von einigen Versicherten als besonders wichtig empfunden würden, in der Realität aber nur äußerst selten in Anspruch genommen würden (z. B. Rufbereitschaft für Hebammen bei Schwangerschaft). Bestimmte Leistungen müssten die Krankenkassen daher in erster Linie lediglich anbieten, um Kündigungen von bestimmten Versicherten zu vermeiden.

Für Satzungsleistungen werden mittlerweile fast ausschließlich Teilkostenerstattungen angeboten. Dies führe den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen zufolge zu einer bewussteren Leistungsanspruchnahme. Von einigen Fachvertreterinnen und Fachvertretern wird diesbezüglich betont, dass der zumeist geringe Eigenanteil keine Versicherten ausschließe. Anderen Fachvertretern zufolge könne hierdurch jedoch für einkommensschwache Versicherte die Inanspruchnahme erschwert oder sogar verhindert werden.

Eine weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Satzungsleistungen ist, dass die Versicherten über die Angebote informiert sind. Als relevante Informationsquellen für Versicherte kommen in Betracht:

- Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkassen,
- Satzungen der Krankenkassen,
- Leistungserbringer, die Satzungsleistungen anbieten und auf Erstattungsmöglichkeiten hinweisen,
- Persönliches Umfeld (z. B. Verwandte oder Bekannte), sowie
- Krankenkassenvergleiche, -tests und Vergleichsportale im Internet.

<sup>23</sup> Nach der durchgeführten Datenabfrage hatten erstmals 2016 acht Krankenkassen die Erstattung von Flash-Glukose-Messsystemen als Satzungsleistung im Angebot. Laut der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen nahmen zahlreiche weitere Krankenkassen diese Leistung in den Jahren 2017 und 2018 in ihre Satzungen auf.

Die bevölkerungsrepräsentative Befragung liefert Hinweise dafür, dass Versicherte in unterschiedlichem Maße über Zusatzleistungen (darunter Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V) informiert sind. Die Befragungsergebnisse können sich dabei teilweise auch auf andere Arten von Zusatzleistungen beziehen, da aus methodischen Gründen keine explizite Beschränkung auf die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V vorgenommen werden konnte (Kapitel 2.5):

- Ohne vorherige Erläuterungen zum Thema Zusatzleistungen wissen lediglich 74 Prozent der befragten Personen, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich ihrer Leistungen unterscheiden. 15 Prozent gehen fälschlicherweise davon aus, dass es grundsätzlich keine Unterschiede im Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen gibt. Elf Prozent geben an, diese Frage nicht beantworten zu können. Je nach Versichertengruppe bestehen deutliche Informationsunterschiede: Während befragte Personen aus einkommensschwächeren Haushalten (unter 1.500 Euro Haushaltsnettoeinkommen) nur zu 68 Prozent und die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen sogar nur zu 61 Prozent um die existierenden Leistungsunterschiede wissen, sind es in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen 83 Prozent.
- Auch im Anschluss an eine Erläuterung zum Thema Zusatzleistungen, inklusive typischen Beispielen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V, wissen 25 Prozent der Versicherten nicht, ob die eigene Krankenkasse Zusatzleistungen anbietet. Darunter finden sich überdurchschnittlich viele Versicherte unter 30 und ab 60 Jahren. Insgesamt bejahen 70 Prozent und verneinen fünf Prozent der befragten Personen diese Frage.

Die interviewten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten- und Patientenvertretungen bewerten den Kenntnisstand der Versicherten bezüglich der Satzungsleistungen als gering. Der Grund hierfür sei die mangelnde Transparenz der Satzungsleistungsangebote: einerseits informierten die Krankenkassen mitunter nur unvollständig und intransparent über ihre Leistungsangebote. Die genauen Voraussetzungen, Bedingungen und Details der Satzungsleistungen seien den Versicherten daher in der Regel nicht klar. Andererseits böten privatwirtschaftliche Vergleichsportale keine unabhängigen und qualitätsgesicherten Vergleichsmöglichkeiten für Versicherte und auch unabhängige Portale seien auf freiwillige Auskünfte der einzelnen Krankenkassen angewiesen.<sup>24</sup> Die Unterschiede in den Angeboten der Krankenkassen seien deshalb äußerst schwierig zu überblicken. Einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen<sup>25</sup> weisen ebenfalls auf eine mangelnde Transparenz hin. Als Gründe hierfür sehen sie die große Vielfalt und fehlende Vergleichbarkeit der Satzungsleistungen an und beschreiben, dass dieser Umstand die Wettbewerbseffekte der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V einschränken würde.

Gemäß den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen kann die Versichertengruppe, die Satzungsleistungen in Anspruch nimmt, mitunter variieren. Die Gründe hierfür liegen teilweise im jeweiligen Satzungsleistungsangebot, teilweise aber auch an den Lebensumständen, Fähigkeiten und Bedürfnissen der Versicherten. Demnach würden die Satzungsleistungen der einzelnen Krankenkassen zum Teil in Anspruch genommen:

- von allen Versicherten gleichermaßen, u. a. weil besonders stark nachgefragte Satzungsleistungen sich an alle Versicherten richten (z. B. professionelle Zahnreinigung),

<sup>24</sup> Siehe z. B. den Krankenkassenvergleich der Stiftung Warentest (Stand 15.11.2018), <https://www.test.de/Krankenkassenvergleich-1801418-0/> (zuletzt abgerufen am 18.12.2018).

<sup>25</sup> Hierunter waren Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Kassenarten, deren Krankenkassen teilweise durch breite und teilweise durch geringe Satzungsleistungsangebote gekennzeichnet sind.

- insbesondere von Versicherten mit besserem Gesundheitszustand, höherem Gesundheitsbewusstsein, Bildungsgrad oder Einkommen,
- insbesondere von jüngeren Versicherten, u. a. weil sich viele Satzungsleistungen an Jüngere, Schwangere und Familien richten und diese besser über die Leistungsangebote informiert sind,
- insbesondere von Versicherten bestimmter Regionen, in denen die Satzungsleistungen intensiver beworben werden, oder
- insbesondere von Versicherten, die individuelle Bedürfnisse haben, die ihnen im Rahmen der Regelversorgung nicht (vollumfänglich) erfüllt werden (z. B. Alternativmedizin, Leistungen bei Schwangerschaft).

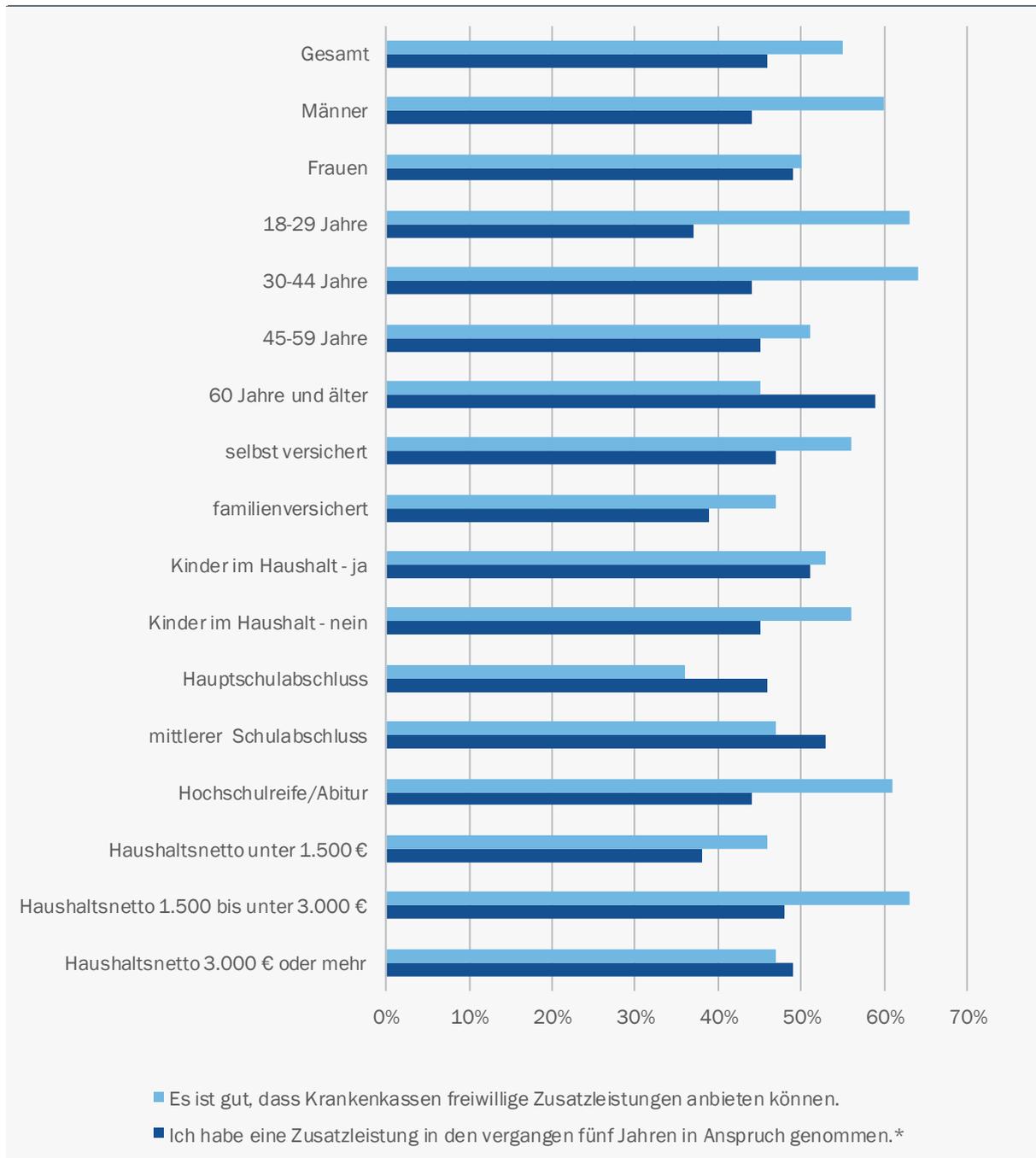
Die Befragung der Versicherten zeigt ebenfalls, dass die Inanspruchnahme und die Meinungen bezüglich Zusatzleistungen je nach Merkmalen der befragten Personen variieren können. So zeigen sich insbesondere relevante Unterschiede je nach Altersgruppe, Geschlecht, Haushaltsnettoeinkommen und höchstem Schulabschluss. Keine nennenswerten Unterschiede zeigen sich hingegen im Bezug darauf, ob Kinder im Haushalt leben oder nicht. Auch diese Befragungsergebnisse können sich teilweise auf Zusatzleistungen außerhalb des § 11 Abs. 6 SGB V beziehen, da aus methodischen Gründen keine explizite Beschränkung auf diesen Bereich der Satzungsleistungen vorgenommen werden konnte (Kapitel 2.5):

- Von den befragten Personen, die wissen, dass ihre eigene Krankenkasse Zusatzleistungen anbietet, geben 46 Prozent ebenfalls an, in den letzten fünf Jahren persönlich eine Zusatzleistung ihrer Krankenkasse (darunter auch Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V) in Anspruch genommen zu haben.
- Je älter die befragten Personen sind, desto häufiger geben sie eine Inanspruchnahme von Zusatzleistungen in den letzten fünf Jahren an. In der Gruppe ab 60 Jahren sind dies 59 Prozent.
- Übertragen auf alle befragten Personen entspricht dies einer Inanspruchnahmequote binnen fünf Jahren von 32 Prozent für Zusatzleistungen<sup>26</sup>. Hierbei ist zu beachten, dass die befragten Personen unter „Zusatzleistungen“ möglicherweise nicht nur Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V verstehen.
- Nur eine knappe Mehrheit der befragten Personen spricht sich generell dafür aus, dass es Zusatzleistungen geben sollte: 55 Prozent finden es alles in allem gut, dass die gesetzlichen Krankenkassen freiwillige Zusatzleistungen anbieten können (Abbildung 11), wohingegen 42 Prozent finden, dass alle Krankenkassen die gleichen Leistungen anbieten sollten. Drei Prozent der befragten Personen sind bei dieser Frage unschlüssig.
- Nur in der Altersgruppe ab 60 Jahren spricht sich die Minderheit für Zusatzleistungen aus (45 %), während die Mehrheit (52 %) dafür plädiert, dass alle Krankenkassen die gleichen Leistungen anbieten sollten. Männer befürworten Zusatzleistungen zudem etwas häufiger als Frauen.

<sup>26</sup> Unter der Annahme, dass alle diejenigen Befragungspersonen, die meinen ihre Krankenkasse biete keine Zusatzleistungen an bzw. die dies nicht wissen, auch keine Zusatzleistungen in den letzten fünf Jahren in Anspruch genommen haben.

**Abbildung 11: Meinungen zu Zusatzleistungen und deren Inanspruchnahme von unterschiedlichen Versichertengruppen**

Anteil der befragten Personen, in Prozent



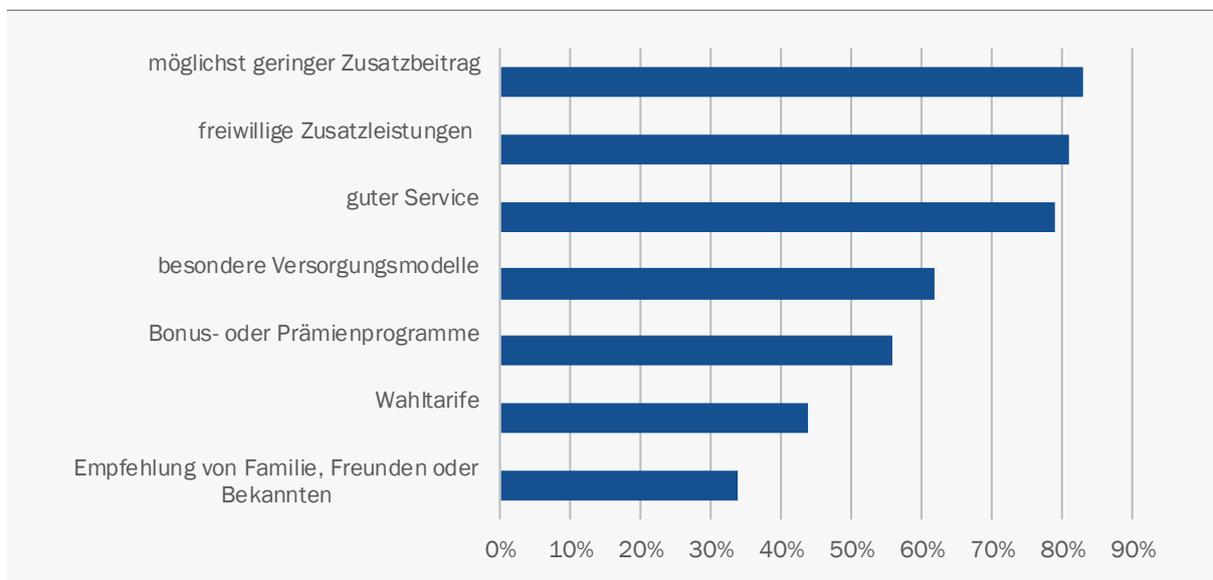
\*n=704 befragten Personen, die zuvor angaben, dass ihre Krankenkasse Zusatzleistungen anbietet.

Für die Wahl der Krankenkasse spielen kassenindividuelle Zusatzleistungen (darunter auch die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V) eine bedeutende Rolle (Abbildung 12) Diesbezüglich

ist abermals zu berücksichtigen, dass die Befragungsergebnisse sich auch auf Zusatzleistungen außerhalb des § 11 Abs. 6 SGB V beziehen, da aus methodischen Gründen keine explizite Beschränkung auf diesen Bereich der Satzungsleistungen vorgenommen werden konnte (Kapitel 2.5). Die befragten Personen bewerten Zusatzleistungen zu 81 Prozent bei dieser Frage als sehr wichtig oder wichtig. Da gleichzeitig nur rund 75 Prozent der befragten Personen wissen, ob ihre eigene Krankenkasse Zusatzleistungen anbietet, ist bei der Interpretation dieses Ergebnisses zu berücksichtigen, dass es sich dabei um eine nach oben verzerrte Einschätzung zur tatsächlichen Bedeutung der Zusatzleistungen handeln dürfte. Neben Zusatzleistungen wird nur die Höhe des Zusatzbeitrags (83 %) und die Servicequalität (79 %) als ähnlich wichtig angesehen. Diese drei Entscheidungskriterien werden von allen Altersgruppen mit Abstand als am wichtigsten beurteilt. Die ab 60-Jährigen bewerten den Zusatzbeitrag besonders häufig (zu 89 %) als (sehr) wichtig, während dies nur auf 75 Prozent der 18- bis 29-Jährigen zutrifft.

### Abbildung 12: Entscheidungskriterien für die Wahl der Krankenkasse

Anteil der befragten Personen, die das Kriterium als (sehr) wichtig bewerten, in Prozent



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

### 3.4 Quantitative Analyse der Auswirkungen auf den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen

In der bisherigen Analyse wurden die Entwicklung des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V für eine Stichprobe der gesetzlichen Krankenkassen (Kapitel 3.1), die dabei verfolgten (Angebots- und Wettbewerbs-)Strategien und Zielsetzungen der Krankenkassen (Kapitel 3.2) sowie die Entwicklung der Nachfrage und der Inanspruchnahme durch die Versicherten anhand der Ergebnisse aus Fachgesprächen mit gesetzlichen Krankenkassen (Kapitel 3.3) untersucht. Ferner wurde die Bedeutung und die Bewertung der Satzungsleistungen aus Sicht der Versicherten anhand der Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung (Kapitel 3.3) analysiert.

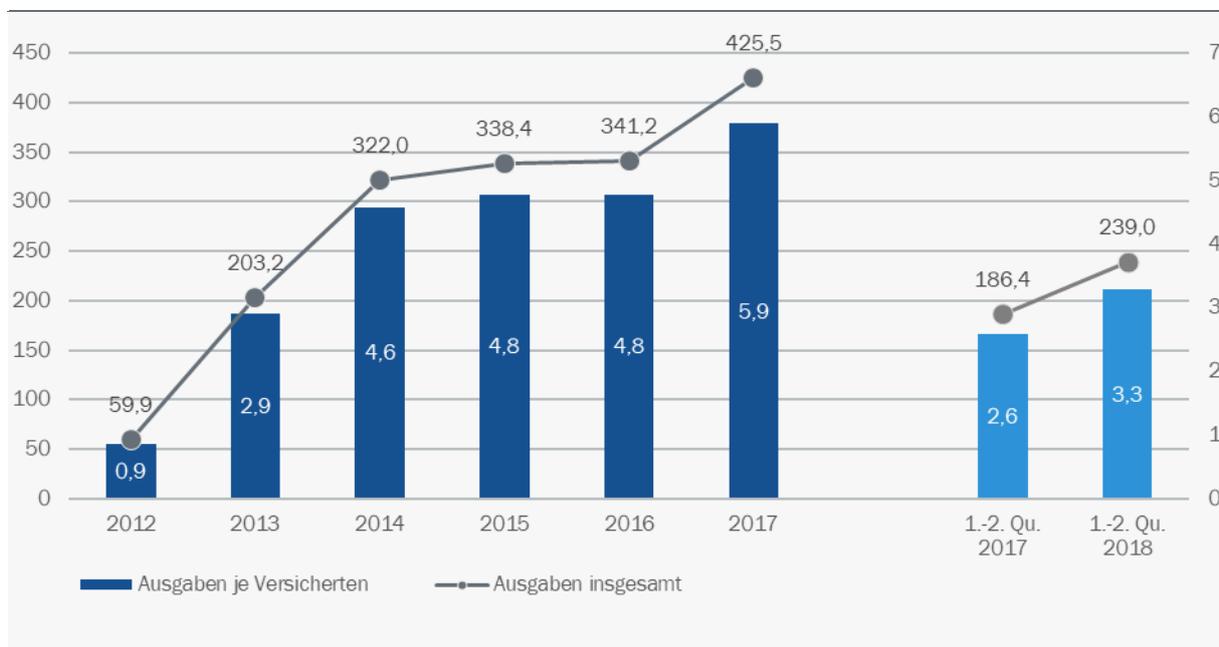
Anknüpfend an diese Analysen auf Grundlage qualitativer empirischer Zugänge, wird im Folgenden die Entwicklung des Angebots an Satzungsleistungen anhand von Daten zu den Aufwendungen und zur Anzahl der Versicherten für die GKV insgesamt, getrennt nach Kassenarten sowie für die im Rahmen der Datenabfrage erfasste Stichprobe von Krankenkassen quantitativ analysiert und dargestellt. Neben der Kassenart werden dabei auch die Unterschiede nach weiteren Merkmalen der Krankenkassen, wie Kassengröße, Versichertenstruktur, Grad der (regionalen) Öffnung dargestellt. Im Hinblick auf die Rolle und der Bedeutung der Satzungsleistungen im Wettbewerb wird schließlich der Zusammenhang zwischen den Aufwendungen für Satzungsleistungen und der Marktposition bzw. dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag untersucht.

### Auswertung Sekundärstatistik

Für die GKV insgesamt ist in Abbildung 13 die Entwicklung der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V für die Jahre 2012 bis 2017 gemäß der KJ1-Statistik sowie für die ersten beiden Quartale der Jahre 2017 und 2018 gemäß der KV45-Statistik dargestellt. Zwischen den Jahren 2012 und 2017 steigen die Aufwendungen für Satzungsleistungen von 59,9 Mio. Euro auf 425,5 Mio. Euro und je Versicherten von 0,86 Euro auf 5,89 Euro.

**Abbildung 13: Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

2012 bis 2016, in Mio. Euro (linke Achse), je Versicherten in Euro (rechte Achse)



Quelle: KJ1-Statistik, KV45-Statistik, KM6-Statistik, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

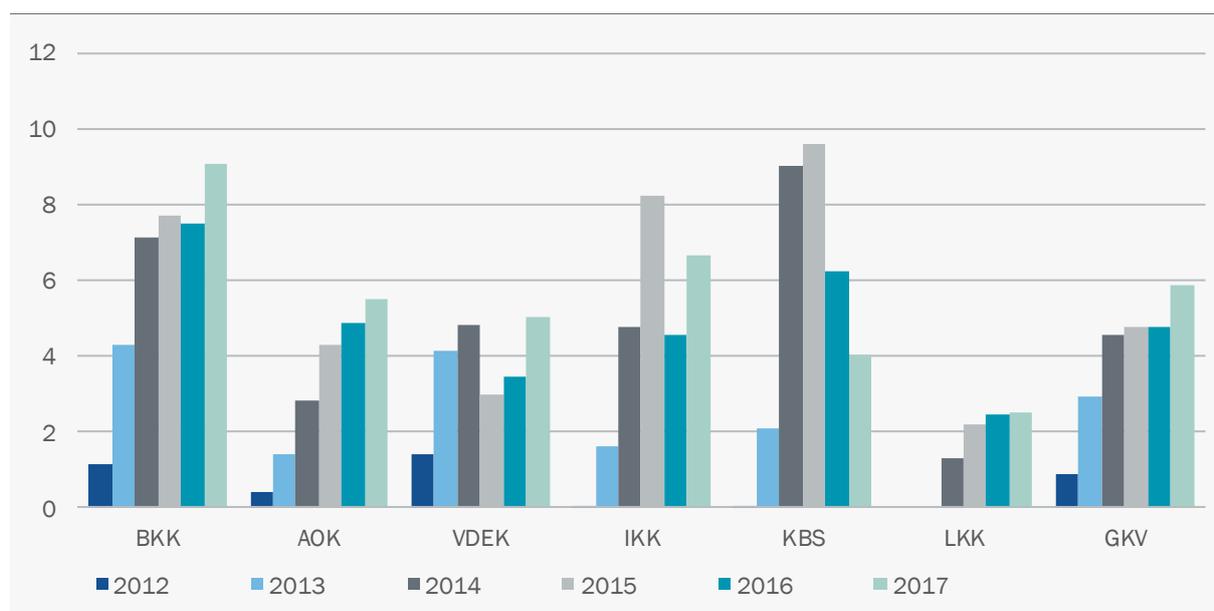
Das deutliche Ausgabenwachstum ist im Wesentlichen auf die ersten drei Jahre nach Einführung der neuen Regelung zurückzuführen. So nahmen die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V in den Jahren 2012 bis 2014 jährlich um durchschnittlich 131,8 Prozent zu. Hierauf folgte in den Jahren 2015 und 2016 eine Phase, in der sich die Aufwendungen für

Satzungsleistungen für die GKV insgesamt stabilisiert haben. Mit einer Zunahme um 24 Prozent im Jahr 2017 und um 28 Prozent in den ersten beiden Quartalen 2018 sind die Aufwendungen der Krankenkassen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V zuletzt jedoch wieder deutlich angestiegen. Die Zunahme der Aufwendungen dürfte sowohl auf das gestiegene Angebot an Satzungsleistungen als auch deren Inanspruchnahme durch die Versicherten zurückzuführen sein. Mit einem Anteil von 0,18 Prozent im Jahr 2017 haben die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V jedoch bislang nur eine geringe Bedeutung für die Gesamtausgaben der GKV.

Die Analyse der Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb der Krankenkassen erfordert eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung auf Kassenebene. Einen ersten Eindruck über die Nutzung dieses Wettbewerbsinstrumentes kann jedoch bereits die Betrachtung der KJ1-Statistik und der KV45-Statistik nach Kassenarten liefern. In Abbildung 14 sind hierzu die Ausgaben für Satzungsleistungen je Versicherten nach Kassenarten für die Jahre 2012 bis 2017 und in Abbildung 15 (Seite 37) für die ersten beiden Quartale der Jahre 2017 und 2018 dargestellt.

### Abbildung 14: Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V

nach Kassenarten, 2012 bis 2016, je Versicherten in Euro



Quelle: KJ1-Statistik, KM6-Statistik, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

Bereits hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung als auch der Höhe der Aufwendungen nach Kassenarten:

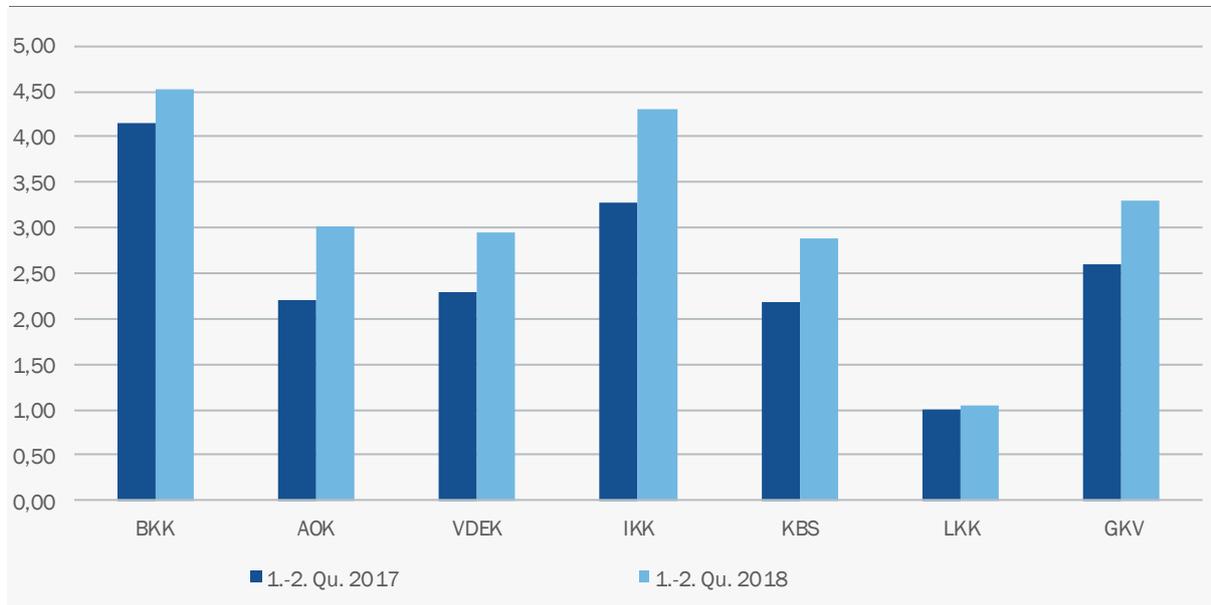
- Gemessen an den Ausgaben je Versicherten im Jahr 2012 wurden die Möglichkeiten der Regelungen des § 11 Abs. 6 SGB V anfänglich insbesondere von den EK (1,41 Euro je Versicherten) und den BKK (1,15 Euro je Versicherten) genutzt.
- Nur in geringem Umfang genutzt wurde das neue Wettbewerbsinstrument anfänglich von den AOK (0,40 Euro je Versicherten), den IKK (0,07 Euro je Versicherten) und der KBS (< 0,01 Euro je Versicherten).

- Im Jahr 2017 entfielen die höchsten Aufwendungen für Satzungsleistungen auf die BKK (9,05 Euro je Versicherten) und die IKK (6,63 Euro je Versicherten).
- Für die AOK (5,53 Euro je Versicherten) entsprachen die Ausgaben im Jahr 2017 in etwa dem GKV-Durchschnitt (5,89 Euro). Unterdurchschnittliche Aufwendungen für Satzungsleistungen hatten die EK (5,05 Euro je Versicherten), die KBS (4,05 Euro je Versicherten) und die LKK (2,51 Euro je Versicherten).
- Insgesamt haben die Aufwendungen für Satzungsleistungen zwischen 2012 und 2017 bei allen Kassenarten zugenommen. Neben den Unterschieden zwischen den Kassenarten zeigt die zeitliche Entwicklung für die einzelnen Kassenarten gleichzeitig auch Veränderungen im Zeitablauf.
- Bei den AOK ist über den gesamten Betrachtungszeitraum eine Zunahme der Aufwendungen zu beobachten.
- Für die anderen Kassenarten ist die Entwicklung dagegen durch eine Stabilisierung oder einen Rückgang der Aufwendungen in den Jahren 2015 bzw. 2016 charakterisiert. Dies kann darauf hindeuten, dass einzelne Kassen ihr Angebot an Satzungsleistungen in diesen Jahren reduziert bzw. den Leistungsumfang eingeschränkt oder die Versicherten weniger Leistungen in Anspruch genommen haben.<sup>27</sup> Bei den EK und den IKK haben die Aufwendungen im Jahr 2017 jedoch wieder zugenommen.
- Auch im ersten Halbjahr 2018 sind die Aufwendungen – mit Ausnahme der LKK – bei allen Kassenarten gegenüber dem ersten Halbjahr 2017 weiter angestiegen.
- Die Unterschiede im Niveau der Aufwendungen je Versicherten spiegeln sich auch in der Bedeutung der Satzungsleistungen für die gesamten Leistungsausgaben nach Kassenarten wider. Für die BKK entsprechen die Aufwendungen für Satzungsleistungen im Jahr 2017 einem Anteil von 0,32 Prozent der Gesamtausgaben, für die IKK einem Anteil von 0,23 Prozent, für die AOK und die EK einem Anteil von 0,16 Prozent, für die KBS von 0,09 Prozent und für die LKK einem Anteil von 0,06 Prozent. Wie für die GKV insgesamt, haben die Aufwendungen für Satzungsleistungen allerdings auch nach Kassenarten bisher nur eine geringe Bedeutung für die Gesamtausgaben.

<sup>27</sup> In Zusammenhang mit der Verringerung des Angebots an Satzungsleistungen ist zu erwähnen, dass dies nicht zwangsläufig mit der vollständigen Abschaffung einhergehen muss, sondern auch die Einschränkung von Leistungen durch verschärfte Anspruchsvoraussetzungen oder auch die Einschränkung der Großzügigkeit der Leistungen beinhalten kann. Eine weitere Möglichkeit ist, dass Leistungen in andere Zusatzleistungsangebote, wie beispielsweise Bonusprogramme, verschoben wurden.

**Abbildung 15: Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V**

nach Kassenarten, 1. und 2. Quartal 2017 und 2018, je Versicherten in Euro



Quelle: KV45-Statistik

© Prognos AG 2019

Diese Unterschiede können bereits als ein erstes Indiz für die unterschiedlichen Wettbewerbsstrategien der einzelnen Kassenarten interpretiert werden. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass diese auch die unterschiedliche Finanzausstattung der Krankenkassen bzw. Kassenarten widerspiegeln können. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die in den Jahren 2017 und 2018 zu beobachtende Zunahme der Aufwendungen für Satzungsleistungen für die GKV insgesamt und nach Kassenarten, auch auf die insgesamt verbesserte Finanzlage der GKV und die damit einhergehende Zunahme des Finanzierungsspielraums für Satzungsleistungen zurückzuführen sein dürfte.

Schließlich ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die einzelnen Krankenkassen bzw. Kassenarten je nach regionaler Ausrichtung unterschiedlichen Aufsichtsbehörden unterliegen. So verweist die Monopolkommission in diesem Zusammenhang darauf, dass „die Aufsichtsbehörden den ihnen unterstehenden Kassen unterschiedliche Freiräume in Bezug auf bestimmte satzungsmäßige Leistungen einräumen“<sup>28</sup> und das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde der bundesweit tätigen Krankenkassen „eine strengere Verfahrensweise verfolgt als einzelne Landesaufsichtsbehörden“<sup>29</sup>. Auch in den Fachgesprächen wurde von den Vertreterinnen und Vertretern der bundesunmittelbaren Krankenkassen kritisch angemerkt, dass Mitbewerber unter Landesaufsicht teilweise Leistungen anbieten können, welche von der Bundesaufsicht nicht genehmigt würden. Weiterhin wurde in einem Einzelfall darauf verwiesen, dass zumindest der Eindruck bestehe, wonach selbst für die bundesunmittelbaren Krankenkassen im Genehmigungsverfahren unterschiedlich entschieden würde. Inwiefern diese Einschätzungen zutreffend sind, kann im Rahmen des Gutachtens nicht beantwortet werden. Allerdings wird in

<sup>28</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, S. 5.

<sup>29</sup> Vgl. Monopolkommission (2017), Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, S. 52.

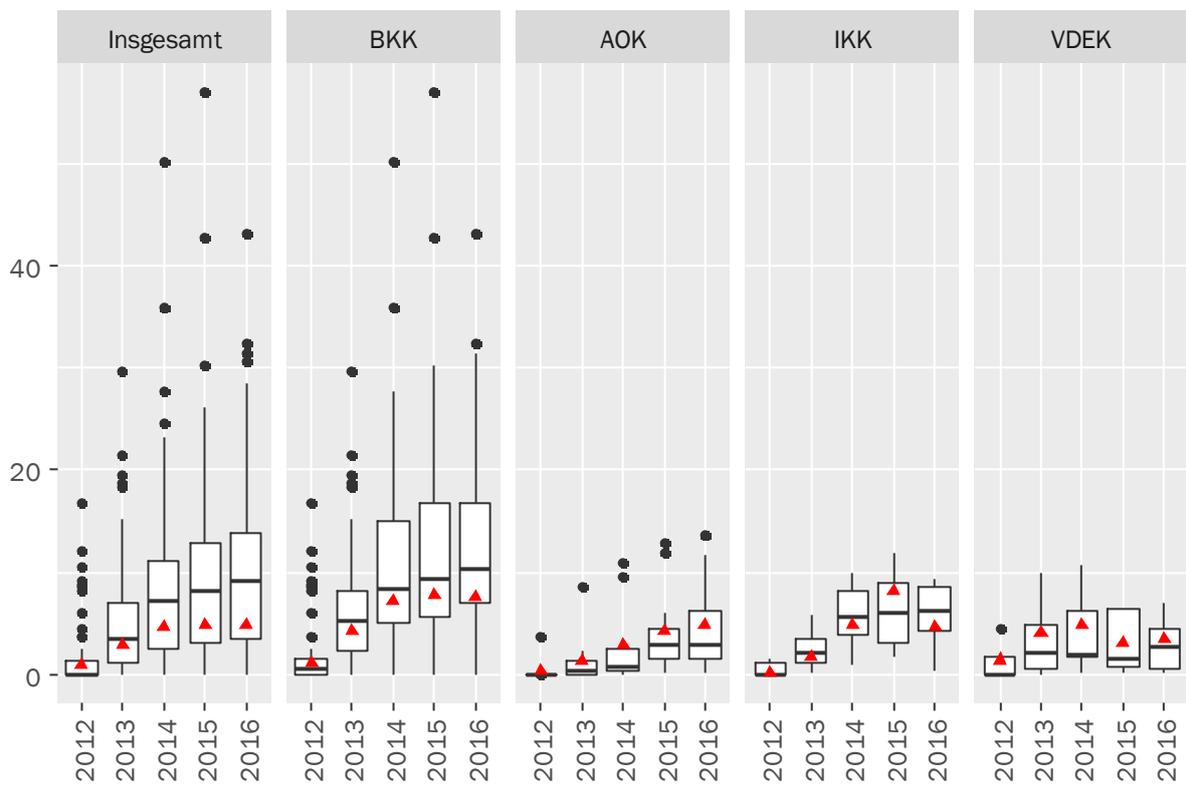
der weiteren Analyse auf Kassenebene anhand des Vergleichs zwischen bundes- und landesunmittelbaren Kassen geprüft, ob Unterschiede zwischen den Aufwendungen für Satzungsleistungen festzustellen sind, die auf einen möglichen Einfluss der Aufsichtsbehörde hindeuten könnten.

### Auswertung auf Kassenebene

Für die Stichprobe von 81 Krankenkassen ist die Verteilung der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V je Versicherten für die Jahre 2012 bis 2016 als sogenannter Box-Plot (siehe Infobox, Seite 39) in Abbildung 16 dargestellt.<sup>30</sup> Neben dem generellen Anstieg der Aufwendungen je Versicherten sowie den Unterschieden zwischen den Kassenarten, zeigen der Abstand zwischen dem ersten (unteres Ende der Box) und dem dritten Quartil (oberes Ende der Box), die Spannweite (vertikal verlaufende Linie) und die als schwarze Punkte dargestellten Ausreißer, dass die Verteilung der Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten sowohl in der Gesamtstichprobe als auch nach Kassenarten durch eine hohe Streuung charakterisiert ist.

### Abbildung 16: Box-Plot der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Kassenarten

2012 bis 2016, Aufwendungen je Versicherten in Euro, n = 81 Krankenkassen



Die als rote Dreiecke dargestellten Werte entsprechen für die Gesamtstichprobe (Insgesamt) den durchschnittlichen Aufwendungen je Versicherten für die GKV und für die Kassenarten dem jeweiligen Durchschnitt der Kassenart gemäß KJ1-Statistik.

<sup>30</sup> Für die Auswertung auf Kassenebene umfasst die Stichprobe von 81 Krankenkassen alle 80 Krankenkassen mit einer vollständigen Datenlieferung sowie eine Krankenkasse, welche den Datenabfragebogen, jedoch keine Satzungen übermittelt hat.

Beispielsweise liegen die Aufwendungen für Satzungsleistungen in der Stichprobe der Krankenkassen (mit positiven Aufwendungen) im Vergleich zum GKV-Durchschnitt von 4,78 Euro im Jahr 2016 zwischen 0,16 Euro und 43,10 Euro. Die größte Streuung haben dabei die BKK mit Aufwendungen je Versicherten zwischen 0,94 Euro und 43,10 Euro, gefolgt von den AOK (0,20 Euro/13,70 Euro), den IKK (0,39 Euro/9,38 Euro) und den EK (0,16 Euro/7,01 Euro). Sowohl in der Gesamtstichprobe als auch nach Kassenart sind deutliche Ausreißer (schwarze Punkte) von der Verteilung der Aufwendungen je Versicherten insbesondere unter den BKK und den AOK zu finden.

Die Lage des Medians (durchgezogene Linie) zeigt dabei, dass die BKK und die IKK im Vergleich zum Durchschnitt der Kassenart (rote Dreiecke) in der Mehrzahl überdurchschnittliche Aufwendungen je Versicherten haben. Dagegen haben die AOK und die EK im Vergleich zum Durchschnitt der Kassenart in der Mehrzahl nur unterdurchschnittliche Aufwendungen je Versicherten. Schließlich zeigt die Lage der Verteilung im Vergleich zu den anderen Kassenarten, dass die BKK in der großen Mehrzahl höhere Aufwendungen je Versicherten haben, als die anderen Kassenarten. Dies bedeutet, dass die aus der KJ1- und der KM6-Statistik ermittelten hohen Aufwendungen der BKK nicht allein auf einige wenige Ausreißer zurückzuführen sind.

Insgesamt ergibt sich aus der Analyse der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V ein sehr heterogenes Bild des „Satzungsleistungsmarktes“. Dies zeigt zunächst, dass das neue Wettbewerbsinstrument in den Jahren 2012 bis 2016 von den Krankenkassen sehr unterschiedlich genutzt wurde. Die Ursache dieser Unterschiede zwischen den Krankenkassen können sowohl in der Gestaltung des Angebots als auch der Inanspruchnahme durch die Versicherten zu finden sein, aber auch Maßnahmen betreffen, mit denen die Inanspruchnahme zumindest indirekt gesteuert wird (z. B. durch aktive Bewerbung des Satzungsleistungsangebots oder nur eine gezielte Kommunikation an bestimmte Versicherte).

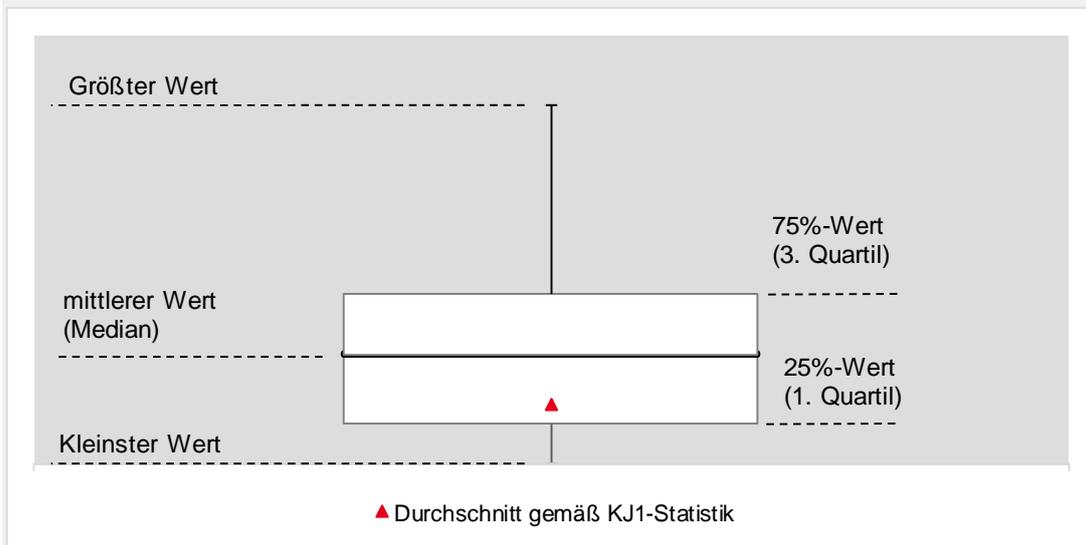
i

### Infobox Box-Plot

Ein Box-Plot ist eine grafische Darstellung einer Verteilung und ihrer zentralen Kennziffern.

Wie Abbildung 17 zeigt, entspricht die **weiße Box** dem Wertebereich zwischen dem Ende des 1. und dem Ende des 3. Quartils der Verteilung, d.h. den Aufwendungen je Versicherten für die 50 Prozent der Krankenkassen in der Mitte der Verteilung. Das **obere Ende** (75%-Wert) der weißen Box entspricht dem Niveau, welches von 25 Prozent der Krankenkassen überschritten wird, das **untere Ende** (25%-Wert) der weißen Box dagegen dem Niveau, welches von 25 Prozent der Krankenkassen unterschritten wird. Die **durchgezogene Linie** innerhalb der weißen Box entspricht dem Median oder den mittleren Aufwendungen je Versicherten.

**Abbildung 17: Box-Plot**



© Prognos AG 2019

Die vertikal verlaufende **schwarze Linie** entspricht im Normalfall der Spannweite der Verteilung der Aufwendungen je Versicherten. Das obere Ende der Linie entspricht der Krankenkasse mit den **höchsten Aufwendungen je Versicherten**, das untere Ende der Linie der Krankenkasse mit den **geringsten Aufwendungen je Versicherten**.

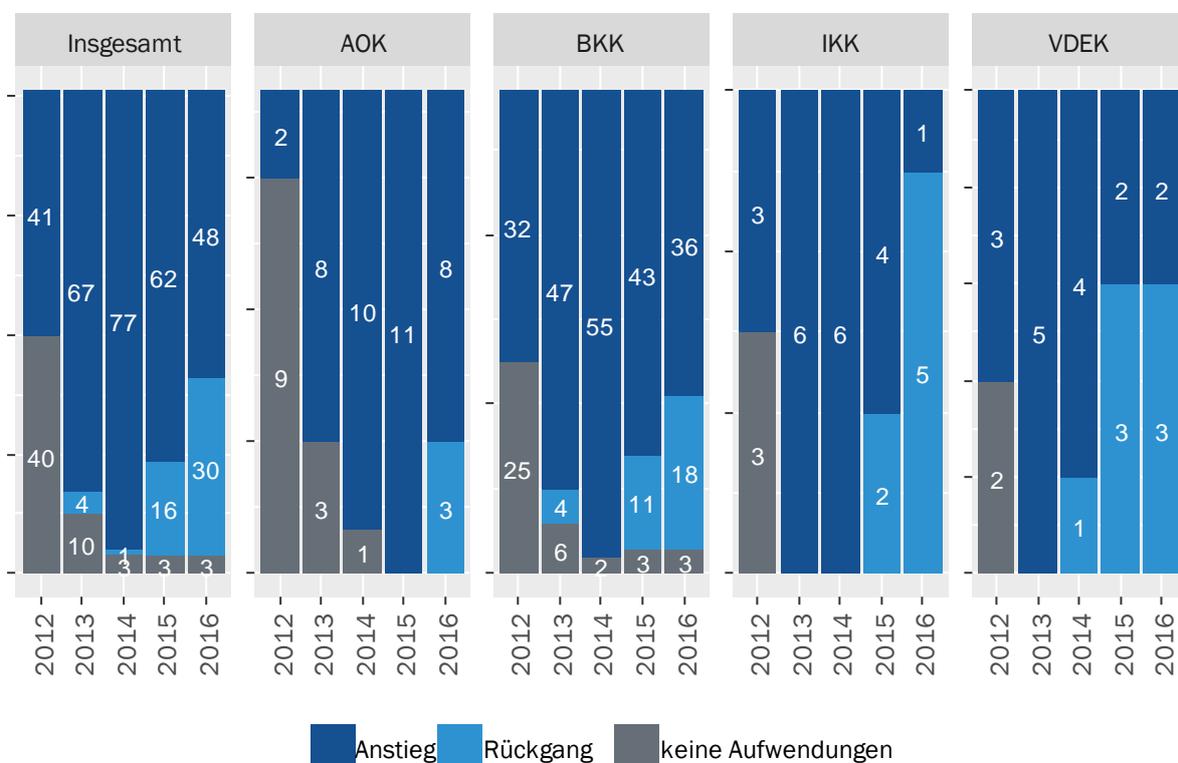
In Fällen, in denen die Verteilung durch Ausreißer mit deutlich unter- oder überdurchschnittlichen Aufwendungen charakterisiert ist, entspricht der Abstand des oberen bzw. unteren Endpunktes der schwarzen Linie vom Median dem 1,5-fachen des sogenannten Interquartilsabstands, d.h. dem Abstand zwischen dem oberen (3.Quartil) und dem unteren Ende (1.Quartil) der Box. Die **Ausreißer** selbst sind in diesem Fall als **schwarze Punkte** dargestellt.

Zusätzlich sind in Abbildung 16 die **durchschnittlichen Aufwendungen je Versicherten** für die GKV bzw. für die Kassenart gemäß K1-Statistik als **rote Dreiecke** dargestellt.

Für einen groben Überblick – über die Entwicklung des Angebots bzw. der Nachfrage nach Satzungsleistungen zwischen 2012 und 2016 – sind in Abbildung 18 die Anzahl der Krankenkassen dargestellt, welche keine Satzungsleistungen angeboten haben bzw. bei denen sich die Aufwendungen für Satzungsleistungen im Vergleich zum Vorjahr erhöht oder verringert haben. Im Jahr der Einführung (Jahr 2012) haben rund die Hälfte der Krankenkassen die Möglichkeiten der Regelungen des § 11 Abs. 6 SGB V genutzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Leistungen teilweise erst im Verlauf des Jahres 2012 in die Satzung aufgenommen und

erst dann ausgabenwirksam wurden. Neben der LKK haben anfänglich lediglich die AOK in der überwiegenden Mehrzahl keine Satzungsleistungen angeboten. Bereits im Jahr 2013 erhöht sich die Anzahl der Krankenkassen mit einem Angebot an Satzungsleistungen auf 67 und bis zum Jahr 2015 auf 78. Knapp die Hälfte der AOK bieten erst im Jahr 2015 erstmals Satzungsleistungen an. Bis einschließlich des Jahres 2016 haben, von den insgesamt 81 Krankenkassen in der Stichprobe, lediglich zwei Krankenkassen zwischen 2012 und 2016 in keinem Jahr Satzungsleistungen angeboten. Eine weitere Krankenkasse hat ihr Angebot an Satzungsleistungen zum Jahr 2015 wieder abgeschafft.

**Abbildung 18: Veränderung der Aufwendungen für Satzungsleistungen 2012 bis 2016, nach Kassenarten, Anzahl der Krankenkassen, n = 81 Krankenkassen**



Quelle: KJ1-Statistik, KM6-Statistik, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

In jedem Jahr ist dabei für mehr als die Hälfte der Krankenkassen ein Anstieg der Aufwendungen für Satzungsleistungen festzustellen. In Übereinstimmung mit der Stabilisierung der Aufwendungen für die GKV insgesamt, bzw. den Rückgängen bei einzelnen Kassenarten ab dem Jahr 2015, ist gleichzeitig festzustellen, dass die Aufwendungen für Satzungsleistungen in den Jahren 2015 und 2016 bei einer größeren Anzahl an Krankenkassen rückgängig sind. Diese Rückgänge können sowohl auf eine Anpassung des Angebots als auch einen Rückgang der Nachfrage zurückzuführen sein. Für eine Konsolidierung des Angebots spricht dabei zum einen, dass sich die Rückgänge vor allem auf die BKK, die EK und die IKK konzentrieren und damit auf die Kassenarten, die frühzeitig von den Möglichkeiten des § 11 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben. Zum anderen legen auch die Erkenntnisse aus den Fachgesprächen den Schluss nahe, dass der Rückgang der Aufwendungen weniger auf einen Rückgang der Nachfrage, sondern

vielmehr auf eine Konsolidierung des Angebots zurückzuführen sein könnte. Auch im Hinblick auf den Rückgang der Aufwendungen bei vier Krankenkassen im Jahr 2013 legen die Erkenntnisse aus den Fachgesprächen nahe, dass es sich dabei um erste Konsolidierungen des Angebots gehandelt haben könnte. So wurde in den Fachgesprächen zum einen darauf hingewiesen, dass man bei einzelnen Leistungen – mangels Erfahrungswerten – die Inanspruchnahme durch die Versicherten und die Kosten anfänglich unterschätzt habe. Eine Rolle spielte dabei auch, dass man die durch bestimmte Satzungsleistungen induzierten Zugewinne an Versicherten infolge von Kassenwechseln unterschätzt hat. Schließlich zeigen die Auswertungen auf Kassenebene auch, dass die Aufwendungen bei insgesamt 19 BKK und einer allgemeinen Ortskrankenkasse zwischen 2012 und 2016 in jedem Jahr zugenommen haben.

Insgesamt zeigt sich demnach für die Jahre 2012 bis 2016 für die meisten Krankenkassen eine stetige Erhöhung der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V, was sowohl auf einen sukzessiven Ausbau des Angebots als auch eine stetige Zunahme der Nachfrage hindeuten könnte. Umgekehrt weist der bei manchen Krankenkassen festzustellende Rückgang der Aufwendungen von einem Jahr zum anderen darauf hin, dass durch Einschränkungen im Leistungsumfang (Verringerung des Leistungsangebots, Einschränkungen der Häufigkeit der Inanspruchnahme bzw. der maximalen Erstattungsbeträge) einer zu hohen Inanspruchnahme der Versicherten bewusst entgegengewirkt wurde.

### **Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Kassenmerkmalen**

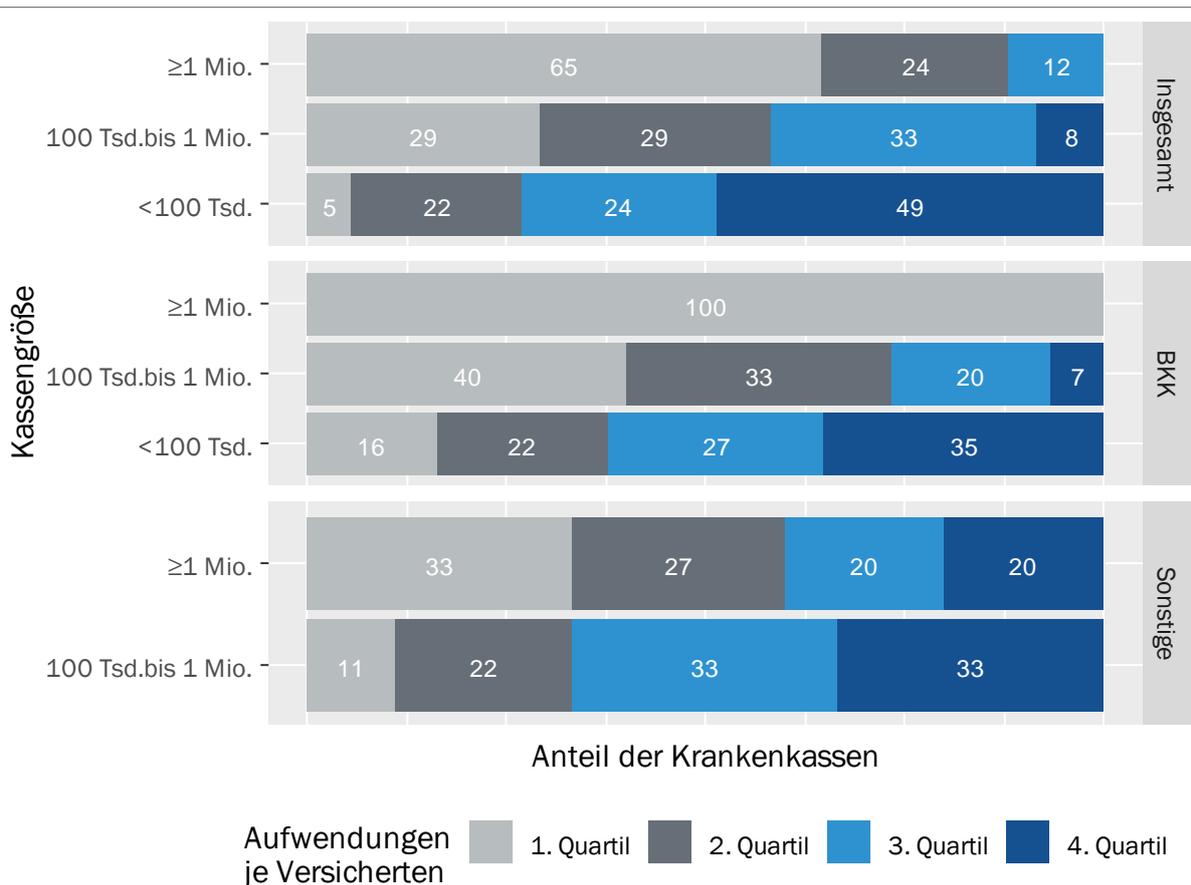
Die bisherige Analyse der Entwicklung und der Verteilung der Aufwendungen für Satzungsleistungen hat sich auf die Unterschiede nach Kassenarten konzentriert. Anhand weiterer Merkmale der Krankenkassen wird im Folgenden zusätzlich untersucht, welche weiteren Charakteristika der Krankenkassen möglicherweise einen Einfluss auf die Aufwendungen haben und somit zur Erklärung der Unterschiede sowohl zwischen als auch innerhalb der Kassenarten beitragen können. Auf Grundlage der im Rahmen der Datenabfrage erhobenen Daten und weiterer öffentlich verfügbarer Informationen werden hierbei die Unterschiede nach der Kassengröße, der Versichertenstruktur und dem Grad der regionalen Öffnung (bundes-/landesunmittelbar) dargestellt. Im Falle der BKK wird zusätzlich zwischen geöffneten und betriebsbezogenen Krankenkassen differenziert. Hierbei werden jeweils nur Krankenkassen mit positiven Aufwendungen für Satzungsleistungen (n = 79 Krankenkassen) berücksichtigt.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die BKK in den Jahren 2012 bis 2016 je Versicherten signifikant höhere Aufwendungen für Satzungsleistungen haben. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den BKK und den anderen Kassenarten ist die Kassengröße. Zur Analyse des Einflusses der Kassengröße ist die Verteilung der Krankenkassen nach Kassengröße und nach Höhe der Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten für das Jahr 2016 nach Kassenarten dargestellt. Bei der Unterscheidung nach Kassenarten ist zu berücksichtigen, dass lediglich die BKK gesondert betrachtet werden, während die anderen Kassenarten infolge der jeweils geringen Stichprobengröße zusammengefasst werden. Insgesamt zeigt Abbildung 19, dass der Anteil der Krankenkassen mit hohen Aufwendungen je Versicherten mit der Kassengröße abnimmt, der Anteil der Krankenkassen mit niedrigen Aufwendungen dagegen zunimmt. Im Jahr 2016 zählen in der Gesamtstichprobe 73 Prozent der Krankenkassen mit weniger als 100 Tsd. Versicherten zu den 50 Prozent der Krankenkassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten, während dies unter den Kassen mit mehr als 1 Mio. Versicherten nur bei 12 Prozent der Krankenkassen der Fall ist. Die Kassen mit mehr als 1 Mio. Versicherten zählen dagegen mit einem Anteil von 65 Prozent in der Mehrzahl zu den 25 Prozent der Krankenkassen mit den niedrigsten Aufwendungen je Versicherten, während dies unter den Kassen mit weniger als 100 Tsd. Versicherten nur bei 5 Prozent der Krankenkassen der Fall ist.

Darüber hinaus zeigt Abbildung 19, dass der negative Zusammenhang zwischen Kassengröße und der Höhe der Aufwendungen je Versicherten auch für die BKK und die sonstigen Kassenarten festzustellen ist. Dies könnte zum einen darauf hindeuten, dass insbesondere kleinere Krankenkassen versuchen, im Wettbewerb mit einem großzügigen Leistungsangebot „zu punkten“, um Nachteile bei anderen Wettbewerbsparametern (wie beispielsweise ein weniger dichtes Netz an Geschäftsstellen) zu kompensieren. Zum anderen könnte dies darauf hindeuten, dass es kleineren Krankenkassen aufgrund kürzerer interner Entscheidungsprozesse schneller gelang, das Angebot an Satzungsleistungen zu etablieren. Schließlich könnte der Zusammenhang zwischen Kassengröße und der Höhe der Aufwendungen auch darauf hinweisen, dass kleinere Krankenkassen über eine bessere Finanzausstattung verfügen, beispielsweise infolge höherer Rücklagen je Versicherten oder höherer Deckungsquoten bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

**Abbildung 19: Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Kassengröße**

Jahr 2016, Anteil der Krankenkassen in Prozent, Kassengröße in Anzahl der Versicherten, n = 78 Krankenkassen



Die Quartilsgrenzen entsprechen für die Gesamtstichprobe Aufwendungen je Versicherten im Jahr 2016 von rund 3,80 Euro (1. Quartil), 9,30 Euro (2. Quartil), 14,10 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil), für die BKK von rund 7,90 Euro (1. Quartil), 10,80 Euro (2. Quartil), 16,80 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil) sowie für die sonstigen Kassenarten von rund 1,60 Euro (1. Quartil), 3,30 Euro (2. Quartil), 6,50 Euro (3. Quartil) und 13,70 Euro (4. Quartil).

Neben der Kassengröße bestehen zwischen den Krankenkassen auch Unterschiede im Hinblick auf die Versichertenstruktur. Hierzu legen die Erkenntnisse aus den Fachgesprächen beispielsweise nahe, dass einzelne Kassen mit ihrem Angebot an Satzungsleistungen neue Versicherte in der Zielgruppe der Familien gewinnen möchten. Als mögliche Motive werden dabei zum einen die direkte Verjüngung des Versichertenbestandes durch jüngere Mitglieder genannt. Zum anderen verspreche man sich hiervon auch einen positiven Effekt auf die Kundenbindung und eine nachhaltige Verjüngung des Versichertenbestandes durch den Aufbau einer langfristigen Kundenbeziehung zu den heute noch als Familienangehörige mitversicherten Kindern, d.h. den „Kunden von morgen“. Weiterhin wird in einzelnen Fällen in den Fachgesprächen darauf verwiesen, dass bei jüngeren Versicherten eine höhere Inanspruchnahme von Satzungsleistungen festzustellen sei.

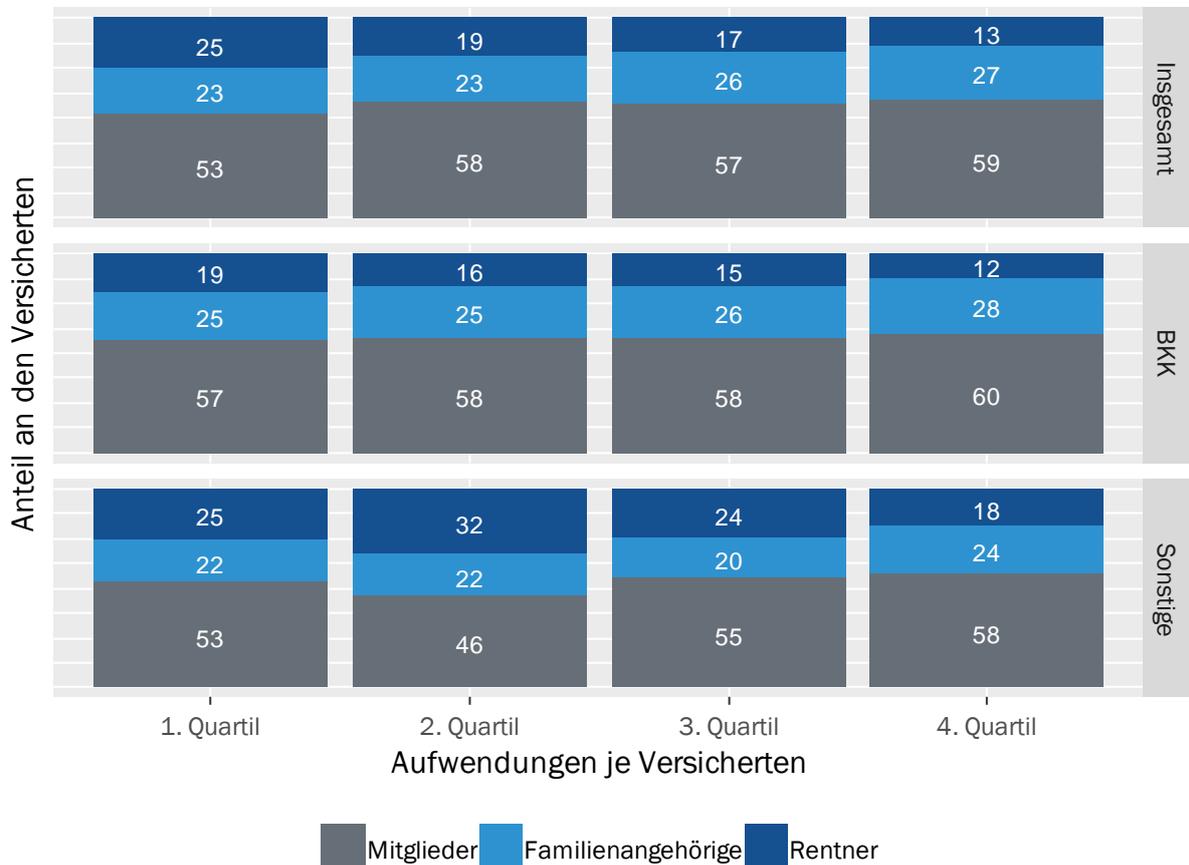
Schließlich beeinflusst die Versichertenstruktur auch die Finanzausstattung der Krankenkassen. Entsprechend dem Einkommensausgleich nach § 270a SGB V bestimmen sich die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag für eine Krankenkasse aus der Höhe ihres kassenindividuellen Zusatzbeitrags, der Anzahl ihrer Mitglieder und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV. Bei einer identischen Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags erhält eine Krankenkasse mit einem hohen Anteil an Familienversicherten je Versicherten allerdings einen geringeren Betrag aus den Einnahmen aus Zusatzbeiträgen als eine Krankenkasse mit einem geringen Anteil an Familienversicherten. Bei Vernachlässigung der sonstigen Unterschiede im Hinblick auf die Finanzausstattung der Krankenkassen (z. B. infolge von unterschiedlichen Rücklagen oder Deckungsquoten) verfügt eine Krankenkasse mit einem hohen Anteil an Familienversicherten folglich über einen geringeren Spielraum zur Finanzierung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V.

In Abbildung 20 ist der durchschnittliche Anteil der pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder, der Mitgliedsrentner und der Familienangehörigen nach Quartilen der Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten für das Jahr 2016 dargestellt. Für die Gesamtstichprobe zeigt Abbildung 20, dass der Anteil der Mitglieder und der Familienangehörigen mit der Höhe der Aufwendungen je Versicherten zunimmt, der Anteil der Rentner dagegen abnimmt. Im Durchschnitt zählen unter den 25 Prozent der Kassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten rund 59 Prozent zu den Mitgliedern und 27 Prozent zu den Familienangehörigen, während unter den 25 Prozent der Kassen mit den niedrigsten Aufwendungen je Versicherten nur 53 Prozent der Versicherten zu den Mitgliedern und nur 23 Prozent zu den Familienangehörigen zählen. Dagegen zählen unter den Kassen mit den geringsten Aufwendungen je Versicherten mit einem Anteil von 25 Prozent knapp doppelt so viele Versicherte zu den Mitgliedsrentnern als bei den Kassen mit den höchsten Aufwendungen. Gleichzeitig zeigt die Unterscheidung nach Kassenarten einen geringen Zusammenhang zwischen der Versichertenstruktur und den Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten.

Insgesamt können die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der Versichertenstruktur und den Aufwendungen je Versicherten zum einen als Beleg für die in den Fachgesprächen geäußerte Aussage interpretiert werden, wonach Satzungsleistungen von den Zielgruppen der Familien und der jüngeren Versicherten stärker in Anspruch genommen werden. Zum anderen stützen die Ergebnisse auch die Aussagen von einigen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, wonach das Satzungsleistungsangebot gezielt im Wettbewerb um die Zielgruppe der Familien eingesetzt und dieses entsprechend auf diese Gruppe ausgerichtet wird. Schließlich zeigen die Ergebnisse, dass der negative Einfluss eines hohen Anteils an Familienangehörigen in Zusammenhang mit dem Einkommensausgleich nach § 270a SGB V sich in der Praxis nicht in der Höhe der Aufwendungen je Versicherten widerspiegelt.

**Abbildung 20: Versichertenstruktur nach Aufwendungen für Satzungsleistungen**

Jahr 2016, Anteil an den Versicherten in Prozent, n = 78 Krankenkassen



Die Quartilsgrenzen entsprechen für die Gesamtstichprobe Aufwendungen je Versicherten im Jahr 2016 von rund 3,80 Euro (1. Quartil), 9,30 Euro (2. Quartil), 14,10 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil), für die BKK von rund 7,90 Euro (1. Quartil), 10,80 Euro (2. Quartil), 16,80 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil) sowie für die sonstigen Kassenarten von rund 1,60 Euro (1. Quartil), 3,30 Euro (2. Quartil), 6,50 Euro (3. Quartil) und 13,70 Euro (4. Quartil).

Quelle: Datenabfrage Prognos AG, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen den Krankenkassen ist die regionale Öffnung. Zum einen wurde bereits auf Seite 37 auf die möglichen Auswirkungen infolge der unterschiedlichen Genehmigungspraxis der Aufsichtsbehörden bei den bundes- und den landesunmittelbaren Krankenkassen verwiesen. Zum anderen haben auch die Ergebnisse zur Entwicklung des Angebots an und der Aufwendungen für Satzungsleistungen gezeigt, dass insbesondere die AOK als Kassenart mit ausschließlich landesunmittelbaren Krankenkassen die Möglichkeiten des § 11 Abs. 6 SGB V erst mit einer gewissen Verzögerung genutzt haben, die EK als Kassenart mit ausschließlich bundesunmittelbaren Krankenkassen dagegen bereits kurz nach Einführung entsprechende Angebote aufgebaut haben. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass die bundesmittelbaren Krankenkassen als zumeist bundesweit geöffnete Krankenkasse einem intensiveren Wettbewerb ausgesetzt sind. Hierzu zeigt die Auswertung der Gesamtstichprobe, dass unter den landesunmittelbaren Krankenkassen im Jahr 2016 ein Anteil von rund 33 Prozent zu den Krankenkassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten

zählt, während dies unter den bundesunmittelbaren Krankenkassen lediglich auf 20 Prozent der Kassen zutrifft. Die Unterscheidung nach Kassenarten zeigt, dass dieser negative Zusammenhang zwischen den Aufwendungen je Versicherten und dem Grad der regionalen Öffnung insbesondere auf die Unterschiede zwischen den bundes- und den landesunmittelbaren BKK zurückzuführen ist. Für die sonstigen Kassenarten zeigt sich dagegen, dass die landesunmittelbaren Kassen in größerem Umfang zu den Kassen mit geringeren Aufwendungen je Versicherten zählen. Insgesamt kann daher kein eindeutiger Trend in Bezug auf den Einfluss der regionalen Öffnung auf das Niveau der Aufwendungen für Satzungsleistungen ausgemacht werden.

Neben dem Grad der regionalen Öffnung kann für die BKK auch nach dem Grad der Offenheit zwischen geöffneten und betriebsbezogenen Krankenkassen differenziert werden. Hierbei zeigt sich einerseits, dass unter den betriebsbezogenen BKK ein Anteil von rund 45 Prozent zu den BKK mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten zählt, während dies unter den geöffneten BKK nur für 21 Prozent der Kassen der Fall war. Dies lässt den Schluss zu, dass Satzungsleistungen insbesondere bei den betriebsbezogenen BKK Satzungsleistungen als Kundenbindungsinstrument für ihre bestehenden Versicherten eingesetzt wird. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die betriebsbezogenen Krankenkassen nur über ein sehr eingeschränktes Potential zur Gewinnung von Neukunden verfügen.

### **Auswirkungen der Satzungsleistungen auf die Marktposition**

Mit den Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V hat der Gesetzgeber den Krankenkassen zum Jahresanfang 2012 ein weiteres Instrument an die Hand gegeben, um sich im Wettbewerb auf dem gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt voneinander abzugrenzen. In den Fachgesprächen wurden dabei als Hauptziele der Wettbewerbsstrategien unter anderem die Erhöhung der Zufriedenheit und Sicherstellung des Verbleibs der eigenen Versicherten, die Positionierung als leistungsstarke Krankenkasse im Wettbewerb sowie die Gewinnung von Neukunden genannt (siehe Kapitel 3.2). Auch zeigen die Ergebnisse der Versichertenbefragung, dass Zusatz- und Satzungsleistungen neben dem Zusatzbeitrag und dem Service ein bedeutendes Kriterium für die Wahl der Krankenkasse sind. Im Folgenden wird daher der Einfluss der Aufwendungen für Satzungsleistungen auf die Marktposition untersucht.

Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass der gesetzliche Krankenversicherungsmarkt zwischen 2012 und 2016 mit einer Zunahme der Versicherten von 69,7 Mio. Personen auf 71,4 Mio. Personen (+1,7 Mio. Versicherte, +2,5%) insgesamt gewachsen ist. Neben anderen Einflussfaktoren, wie beispielsweise dem Arbeitsmarkt, der Demografie, Wechsel zwischen GKV und PKV oder auch Gesetzesänderungen, ist diese Entwicklung wesentlich auf die hohe Zuwanderung aus dem Ausland zurückzuführen. Nach Kassenarten hat sich das Wachstum der GKV insbesondere bei den EK und den AOK in einer Zunahme der Versicherten niedergeschlagen. Gemessen am Anteil der GKV-Versicherten konnten diese beiden Kassenarten ihren Marktanteil zwischen 2012 und 2016 weiter ausbauen, während alle anderen Kassenarten an Marktanteilen und mit Ausnahme der BKK auch an Versicherten verloren haben.<sup>31</sup>

In der Stichprobe von 81 Krankenkassen konnte die überwiegende Mehrzahl der BKK ihren Marktanteil zwischen 2012 und 2016 (38 von 57 ) steigern, während dies bei den IKK der Hälfte

<sup>31</sup> Neben dem Wettbewerb um Versicherte könnten Verschiebungen auch auf kassenartenübergreifende Fusionen zurückzuführen sein. Im Zeitraum 2012 bis 2016 gab es diesbezüglich jedoch nur Fusionen von kleineren BKK zur DAK-Gesundheit. Die letzte „große“ kassenartenübergreifende Fusion fand dagegen erst zum 1.1.2017 zwischen Barmer GEK und der Deutschen BKK statt. Siehe hierzu auch Fußnote 32.

(3 von 6), bei den EK (2 von 5) und den AOK (5 von 11) dagegen nur weniger als der Hälfte der Kassen gelungen ist.<sup>32</sup> Bei den AOK und den BKK fällt die Zunahme des Marktanteils in der Mehrzahl der Krankenkassen vor allem auf die Jahre 2015 und 2016. In den Jahren 2013 und 2014 haben die AOK und die BKK dagegen in der (überwiegenden) Mehrzahl an Marktanteilen verloren. Insgesamt konnten 21 Krankenkassen ihren Marktanteil zwischen 2012 und 2016 in jedem Jahr und weitere 17 Krankenkassen in drei von vier Jahren steigern. Hingegen haben 19 Krankenkassen in jedem Jahr des Betrachtungszeitraums und weitere 11 Kassen in drei von vier Jahren an Marktanteilen verloren.

Zur Analyse eines möglichen Zusammenhangs zwischen den Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und der Entwicklung der Marktposition ist in Abbildung 21 die Verteilung der Krankenkassen nach Veränderung des Marktanteils zwischen 2012 und 2016 und den Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2016 dargestellt. Wie Abbildung 21 zeigt, zählen die Krankenkassen, welche ihren Marktanteil zwischen 2012 und 2016 ausbauen konnten, mit einem Anteil 35 Prozent in größerem Umfang zu den 25 Prozent der Kassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten. Die Kassen, welche Marktanteile verloren haben, zählen dagegen mit einem Anteil von 42 Prozent in größerem Umfang zu den 25 Prozent der Kassen mit den niedrigsten Aufwendungen je Versicherten. Gleichzeitig zeigt sich allerdings, dass in beiden Gruppen jeweils ähnlich hohe Anteile zu den Kassen mit mittleren Aufwendungen zählen. Auch die Unterscheidung nach Kassenarten zeigt, dass Krankenkassen mit Zugewinnen an Marktanteilen zu einem größeren Anteil zu den Kassen mit höheren Aufwendungen zählen. Für die BKK ist der Zusammenhang schwächer, für die sonstigen Kassenarten dagegen stärker ausgeprägt. Unter den sonstigen Kassenarten zählte die Hälfte der Krankenkassen mit einem Zugewinn an Marktanteilen zu den 25 Prozent der Kassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten. Dagegen zählen die Krankenkassen, welche unter den sonstigen Kassenarten zwischen 2012 und 2016 an Marktanteilen verloren haben, mehrheitlich zu den 50 Prozent der Kassen mit den niedrigsten Aufwendungen je Versicherten.

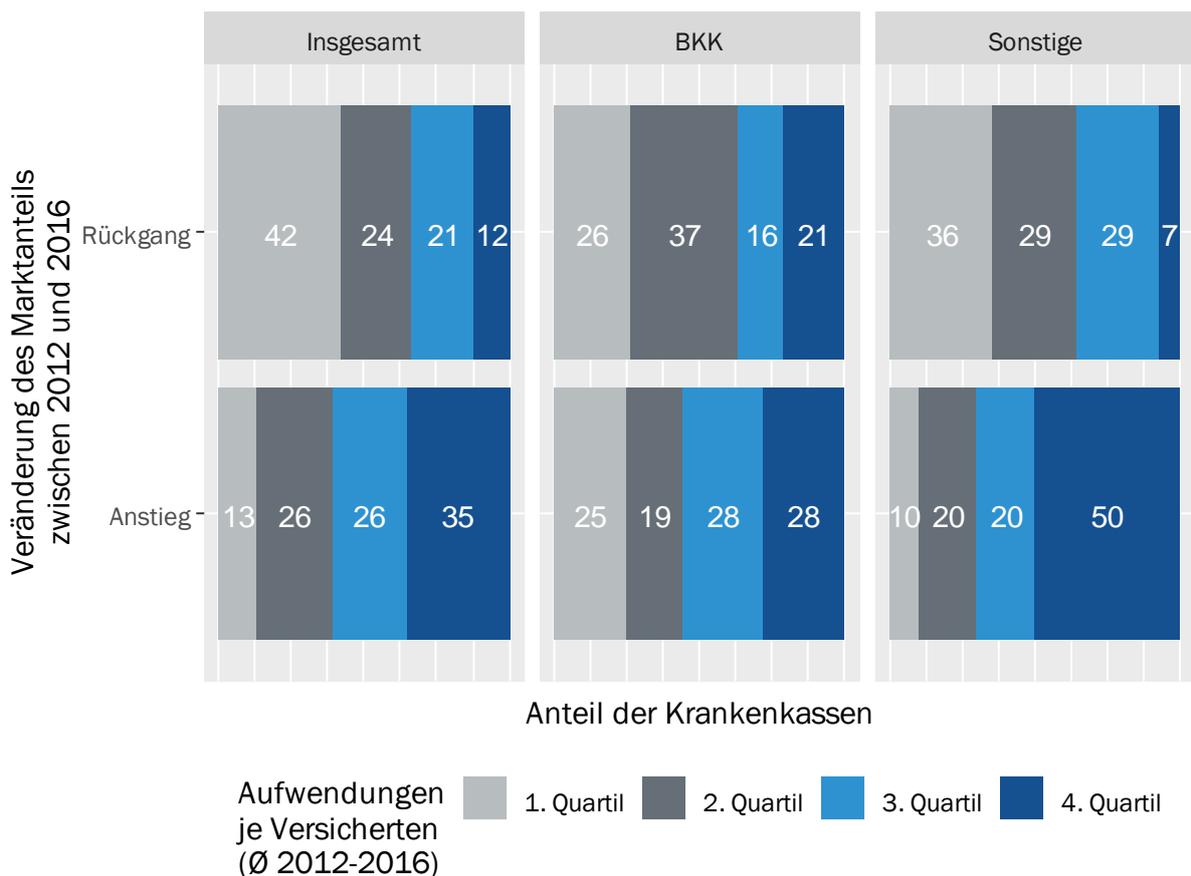
Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass hohe Aufwendungen je Versicherten mehrheitlich mit einer positiven Entwicklung der Marktposition einhergegangen sind. Dies kann einerseits als Beleg für die These herangezogen werden, wonach die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V ein relevanter Faktor im Wettbewerb um die Versicherten sind. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V nur ein Wettbewerbsparameter sind und die Marktposition auch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag, die Servicequalität oder die sonstigen Zusatzleistungen widerspiegelt. Insbesondere zeigt beispielsweise die nachfolgende Analyse zum Einfluss der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Zusatzbeitrag, dass hohe Aufwendungen je Versicherten im Durchschnitt auch mit einem geringeren Zusatzbeitrag einhergehen (Seite 51). Auch ist zu berücksichtigen, dass das Wachstum des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes, aber auch die Zugewinne bei den Marktanteilen, wesentlich auf die hohe Zuwanderung aus dem Ausland zurückzuführen sind. Insbesondere für die aus dem Ausland zugewanderten Neuversicherten ist davon auszugehen, dass die Unterschiede im Leistungsangebot der Krankenkassen infolge der Satzungsleistungen nach § 11 Abs.6 SGB V,

<sup>32</sup> Auf Kassenebene ist zu berücksichtigen, dass im Zeitraum 2012 bis 2016 neun BKK innerhalb der Stichprobe durch Fusionen gewachsen sind, wobei eine BKK im Betrachtungszeitraum zweimal fusioniert ist. Hiervon entfallen vier Fusionen auf den 01.01.2012, weshalb die hierdurch erfolgte Zunahme der Versicherten bereits in den hier zugrundeliegenden Versichertenzahlen zum 01.07.2012 enthalten sind. In allen anderen Fällen konnten die betroffenen Krankenkassen ihren Marktanteil in der Regel sowohl im Jahr der Fusion als auch im Gesamtzeitraum 2012 bis 2016 steigern. Die Entwicklung im Zeitraum nach der Fusion lässt dabei den Schluss zu, dass die Zunahme des Marktanteils über den gesamten Betrachtungszeitraum in fünf von sechs Fällen auf die Fusion mit anderen Krankenkassen zurückgeführt werden kann.

aber auch der weiteren kassenindividuellen Zusatzleistungen, bei deren Entscheidung für eine Krankenkasse vermutlich nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben.

### Abbildung 21: Aufwendungen für Satzungsleistungen nach Veränderung des Marktanteils

2012 bis 2016, Anteil der Krankenkassen in Prozent, n = 78 Krankenkassen



Die Quartilsgrenzen entsprechen für die Gesamtstichprobe Aufwendungen je Versicherten im Jahr 2016 von rund 3,80 Euro (1. Quartil), 9,30 Euro (2. Quartil), 14,10 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil), für die BKK von rund 7,90 Euro (1. Quartil), 10,80 Euro (2. Quartil), 16,80 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil) sowie für die sonstigen Kassenarten von rund 1,60 Euro (1. Quartil), 3,30 Euro (2. Quartil), 6,50 Euro (3. Quartil) und 13,70 Euro (4. Quartil).

Quelle: KM6-Statistik, Datenabfrage Prognos AG, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

### Auswirkungen der Satzungsleistungen auf den Zusatzbeitrag

Zur Finanzierung der Mehrausgaben infolge des Angebots an Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V sah der Gesetzgeber eine Finanzierung aus dem Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V vor, „sofern sie jeweils nicht aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds oder vorhandenen Finanzreserven abgedeckt werden können“.<sup>33</sup> Mit der im Zuge des GKV-VStG beschlossenen Änderung des § 270 SGB V stellte der Gesetzgeber dabei klar, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für

<sup>33</sup> Vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 6

Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 nicht aus den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, sondern „vollständig aus den Eigenmitteln der jeweiligen Krankenkasse finanziert werden“ müssen.<sup>34</sup>

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V soll es den Krankenkassen ermöglichen, ihren Finanzbedarf zu decken, falls die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht genügen. Zusatzbeiträge wurden in der GKV zum 01.01.2009 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt. Von 2011 bis 2014 konnten die Krankenkassen Zusatzbeiträge einkommensunabhängig in festen Euro- und Cent-Beträgen von ihren Mitgliedern erheben oder sie konnten eine Prämienausschüttung vornehmen. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Zusatzbeitrag zum 01.01.2015 auf einen einkommensabhängigen Betrag in Prozent umgestellt. Prämienausschüttungen sind seither nicht mehr möglich.

Der Bruch in der Erhebung der Zusatzbeiträge erschwert es, die Entwicklung des Zusatzbeitrags in den letzten Jahren zwischen den Kassen zu vergleichen. Im Folgenden werden die Zeiträume zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12. 2014 sowie zwischen dem 01.01.2015 und dem 31.12.2016 getrennt betrachtet. Zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12. 2014 wurde im Jahr 2012 von acht Krankenkassen ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag zwischen 6,50 Euro monatlich und 15 Euro monatlich erhoben. Zwischen dem 01.01.2013 und dem 31.12. 2014 wurde dagegen von keiner Krankenkasse ein Zusatzbeitrag erhoben.

Mit der Einführung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge zum 01.01.2015 und der gleichzeitigen Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent haben – mit Ausnahme von zwei kleineren BKK – nahezu alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erhoben. Im Durchschnitt über alle Krankenkassen liegt der Zusatzbeitrag im Jahr 2015 sowohl für die GKV insgesamt als auch nach Kassenarten bei durchschnittlich etwa 0,8 Prozent. Die Verteilung der Zusatzbeiträge ist dabei sowohl für die GKV insgesamt als auch nach Kassenarten durch eine hohe Streuung charakterisiert. Die größte Spannweite haben die BKK (0,3%/1,3%), gefolgt von den IKK (0,6%/1,3%), den AOK (0,3%/0,9%) und den EK (0,4%/0,9%). Im Jahr 2016 hat sich der kassenindividuelle Zusatzbeitrag im Durchschnitt auf 1,0 Prozent und dessen Spannweite auf 0,3 bis 1,9 Prozent erhöht. Die größte Spannweite hatten dabei wiederum die BKK (0,3%/1,9%), gefolgt von den AOK (0,3%/1,4%), den EK (0,6%/1,5%) und den IKK (0,6%/1,4%). Im Durchschnitt des Jahres 2016 ergibt sich für die AOK ein Zusatzbeitrag von durchschnittlich 0,9 Prozent, für die BKK und die IKK von 1,0 Prozent, für die EK von 1,1 Prozent und für die KBS von 1,3 Prozent.

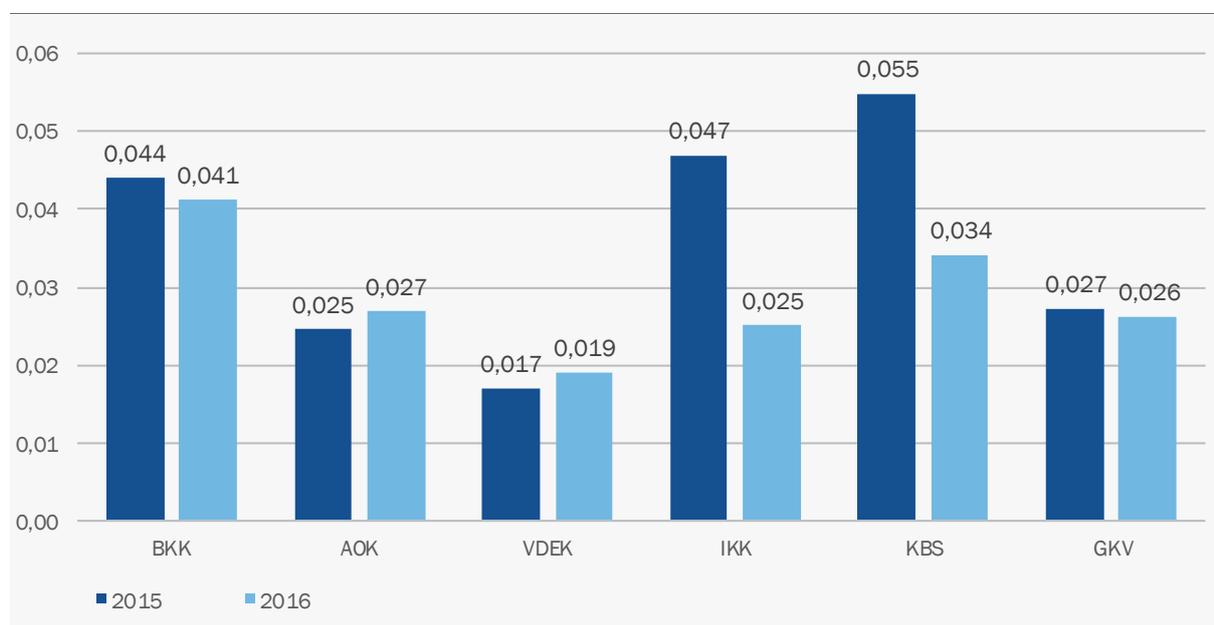
Angesichts der geringen Bedeutung der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V für die Gesamtausgaben der GKV kann für die GKV insgesamt festgestellt werden, dass die Aufwendungen für Satzungsleistungen in den Jahren 2015 und 2016 einen geringen Einfluss auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag hatten. Gemäß den vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Kennzahlen für die GKV entsprach ein Beitragssatzpunkt im Jahr 2015 Beitragseinnahmen von 12,4 Mrd. Euro und von 13,0 Mrd. Euro im Jahr 2016.<sup>35</sup> Gemessen an den Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V von rund 340 Mio. Euro in den Jahren 2015 und 2016 ergibt sich damit ein potenzieller Effekt auf den Zusatzbeitrag von

<sup>34</sup> Vgl. BT-Drucksache 17/6906, S. 97. Zur Umsetzung der geänderten Zuweisungssystematik verpflichtet § 11 Abs. 6 S. 3 SGB V die Krankenkassen dazu, die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V in ihrer Rechnungslegung getrennt auszuweisen.

<sup>35</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017), Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin. Je Versicherten entsprach ein Beitragssatzpunkt im Jahr 2015 damit Beitragseinnahmen von 175 Euro und im Jahr 2016 von 182 Euro.

rein rechnerisch weniger als 0,03 Beitragssatzpunkten (Abbildung 22). Auch nach Kassenarten ergibt sich im Durchschnitt nur ein geringer Einfluss der Aufwendungen für Satzungsleistungen auf den Zusatzbeitrag. Gemessen an den Aufwendungen je Versicherten ergibt sich für die IKK und die KBS ein potenzieller Effekt auf den Zusatzbeitrag im Jahr 2015 von rund 0,05 Beitragssatzpunkten für die IKK und die KBS, von rund 0,04 Beitragssatzpunkten für die BKK sowie von rund 0,02 Beitragssatzpunkten für die AOK und die EK bzw. im Jahr 2016 von rund 0,04 Beitragssatzpunkten für die BKK, von 0,03 Beitragssatzpunkten für die AOK, die IKK und die KBS sowie von 0,02 Beitragssatzpunkten für die EK.

**Abbildung 22: Potenzieller Effekt der Aufwendungen für Satzungsleistungen auf den Zusatzbeitrag**  
2015 und 2016, nach Kassenarten, in Beitragssatzpunkten



Quelle: KJ1-Statistik, KM6-Statistik, Bundesministerium für Gesundheit, eigene Berechnungen

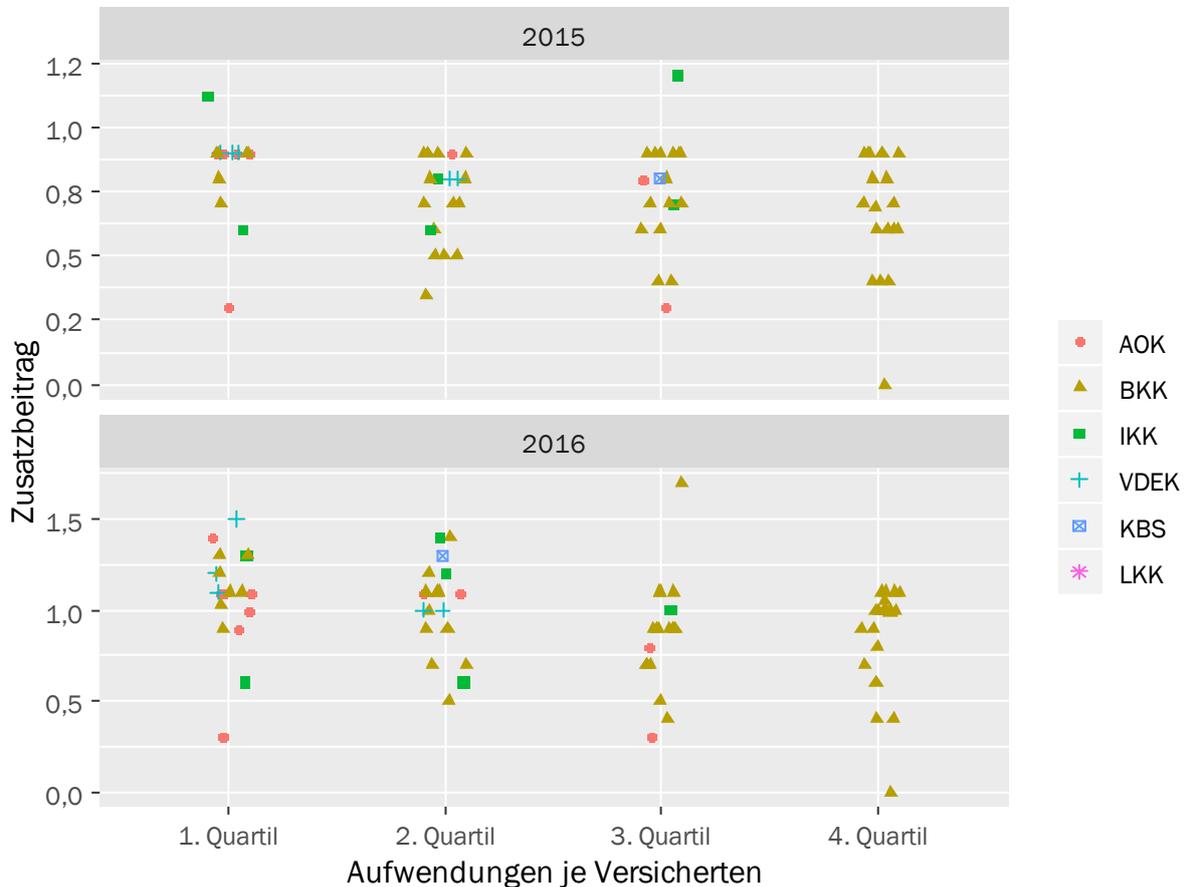
© Prognos AG 2019

Im Durchschnitt der GKV und nach Kassenarten ist rein rechnerisch nur ein geringer Einfluss auf den Zusatzbeitrag festzustellen. Entsprechend der hohen Streuung der Aufwendungen je Versicherten auf Kassenebene ergibt sich für einzelne Krankenkassen dagegen ein größerer potenzieller Effekt auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Insbesondere für die in der Stichprobe erfassten BKK ergibt sich für die Kassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten im Maximum ein potenzieller Effekt auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 0,33 Beitragssatzpunkten im Jahr 2015 und von 0,24 Beitragssatzpunkten im Jahr 2016. Neben diesen Ausreißern zeigt die Auswertung der Krankenkassenstichprobe für das Jahr 2016, dass der potenzielle Effekt auf den Zusatzbeitrag auch in der Mehrzahl der BKK über dem GKV-Durchschnitt lagen. Für die anderen Kassenarten beläuft sich der potenzielle Effekt der Aufwendungen für Satzungsleistungen dagegen selbst im Maximum auf weniger als 0,1 Beitragssatzpunkte. Für die AOK mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten ergibt sich für die Jahre 2015 und 2016 im Maximum ein potenzieller Effekt auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 0,08 Beitragssatzpunkten, für die IKK von 0,07 Beitragssatzpunkten und für die EK von 0,04 Beitragssatzpunkten. Insgesamt lässt sich mit Ausnahme der BKK damit auch

auf Kassenebene nur ein geringer potenzieller Effekt der Aufwendungen auf Satzungsleistungen feststellen.

In einer hypothetischen Situation, in der die Krankenkassen sich lediglich im Hinblick auf ihr Angebot an Satzungsleistungen unterscheiden, d.h. bei Vernachlässigung aller sonstigen Unterschiede in der Finanzausstattung der Krankenkassen (z. B. infolge von Finanzreserven oder infolge unterschiedlicher Deckungsquoten der Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds), sollten die Unterschiede bei den Aufwendungen für Satzungsleistungen sich dennoch in der Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge widerspiegeln. Wie Abbildung 23 zeigt, ist für das Jahr 2015 jedoch kein und für das Jahr 2016 nur ein geringer Zusammenhang zwischen den Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag festzustellen. Entgegen dem zu erwartenden Effekt zeigt sich auch, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag für die 50 Prozent der Kassen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten im Durchschnitt um rund 0,2 Beitragssatzpunkte geringer ist als für die 50 Prozent der Krankenkassen mit den geringsten Aufwendungen je Versicherten.

**Abbildung 23: Zusatzbeitrag und Aufwendungen für Satzungsleistungen**  
2015 und 2016, Aufwendungen je Versicherten in Euro, Zusatzbeitrag in Prozent, n = 79  
Krankenkassen



Die Quartilsgrenzen entsprechen den Quartilen der Verteilung der Aufwendungen je Versicherten in der Gesamtstichprobe. Für das Jahr 2015 entsprechen die Quartilsgrenzen Aufwendungen je Versicherten von rund 3,80 Euro (1. Quartil), 8,50 Euro (2. Quartil), 13 Euro (3. Quartil) und 57 Euro (4. Quartil) und für das Jahr 2016 von rund 3,80 Euro (1. Quartil), 9,30 Euro (2. Quartil), 14,10 Euro (3. Quartil) und 43,10 Euro (4. Quartil).

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

Infolge des in der Mehrzahl der Krankenkassen lediglich geringen (potenziellen) Beitragssatzeffekts der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V ist der geringe Einfluss der Aufwendungen je Versicherten auf die Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags wenig überraschend. Auch in den Fachgesprächen wurde von der Mehrzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen bestätigt, dass die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V bisher keinen nennenswerten Einfluss auf den Zusatzbeitrag hatten. Darüber hinaus lassen Aussagen aus den Fachgesprächen darauf schließen, dass eine Krankenkasse in der Regel keine Erhöhung des Zusatzbeitrages zur Finanzierung der Satzungsleistungen in Kauf nehmen wird. Stattdessen würde man bei einer drohenden Erhöhung des Zusatzbeitrags ggf. den Umfang der Satzungsleistungen anpassen. Dagegen wurde zumindest im Falle einer Krankenkasse darauf verwiesen, dass ein umfangreiches Leistungsangebot durchaus als eine Strategie angesehen wird, um sich auf dem Markt als leistungsstarke Krankenkasse zu

positionieren und um damit den negativen Effekt eines im Vergleich zu den Mitbewerbern höheren Zusatzbeitrags zumindest teilweise zu kompensieren.

Dennoch wäre zumindest für die Krankenkassen mit deutlich überdurchschnittlichen Aufwendungen je Versicherten ein größerer Einfluss auf den Zusatzbeitrag zu erwarten gewesen. Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag auch für diese Kassen bisher nur eine geringe Rolle zur Finanzierung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V gespielt hat. Ein Grund dürfte sein, dass die Krankenkassen zur Finanzierung ihrer Satzungsleistungsangebote auch auf Finanzreserven zurückgegriffen haben. Dies dürfte insbesondere für die Krankenkassen gelten, welche sowohl durch überdurchschnittliche Aufwendungen je Versicherten und einen gleichzeitig unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag charakterisiert sind. Daneben wurden in den Fachgesprächen insbesondere Einsparungen bei den Verwaltungsausgaben als eine weitere wichtige Möglichkeit genannt, um sich zusätzliche Spielräume zur Finanzierung des Satzungsleistungsangebots zu schaffen. Weiterhin wurde von einigen Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen auch darauf verwiesen, dass durch eine entsprechende Gestaltung des Angebots an Satzungsleistung nach § 11 Abs. 6 SGB V auch Einsparungen in der Regelversorgung erzielt werden können, welche wiederum Finanzierungsspielräume für Satzungsleistungen eröffnen.

### **3.5 Zwischenfazit: Satzungsleistungen als Wettbewerbsfaktor innerhalb der GKV**

Die Analyse der Satzungsleistungsangebote nach § 11 Abs. 6 SGB V von insgesamt 83 erfassten Krankenkassen liefert folgende Befunde:

- In den Jahren 2012 bis 2014 haben die Krankenkassen ihr Angebot an Satzungsleistungen sukzessive ausgeweitet. Seit dem Jahr 2015 ist eine kontinuierliche Entwicklung zu beobachten. Im Durchschnitt stieg bis 2016 die Zahl angebotener Leistungsbereiche von etwa zwei auf rund sechs Bereiche je Krankenkasse.
- Seit dem Jahr 2015 nutzen nahezu alle Krankenkassen die Möglichkeiten des § 11 Abs. 6 SGB V, um ihren Versicherten Satzungsleistungen anzubieten. Lediglich in Ausnahmefällen werden keine Satzungsleistungen angeboten.
- Die Krankenkassen nutzen die verfügbaren Leistungsbereiche in unterschiedlichem Umfang. Im Jahr 2016 hatten in sieben von elf Leistungsbereichen jeweils mehr als die Hälfte, in manchen Leistungsbereichen bis über 80 Prozent der Krankenkassen ein entsprechendes Leistungsangebot in ihre Satzung aufgenommen, während andere Leistungsbereiche (z. B. Leistungen zur Haushaltshilfe oder häuslichen Krankenpflege) nur vereinzelt oder gar nicht (medizinische Rehabilitationsleistungen) genutzt wurden.
- In einigen Leistungsbereichen dominieren einzelne Leistungen, die in ähnlicher Weise von den Krankenkassen angeboten werden (z. B. Osteopathie im Bereich Heilmittel oder Hebammenrufbereitschaft im Bereich der Leistungen von Hebammen bei Mutterschaft und Schwangerschaft). In anderen Bereichen besteht eine größere Leistungsvielfalt (z. B. medizinische Vorsorge).

Die Angebotsstrategien der Krankenkassen sind durch vielfältige Zielsetzungen, unterschiedliche Gewichtungen von Kriterien und diverse Rahmenbedingungen geprägt. Im Zeitraum seit der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V im Jahr 2012 bis heute, haben die Krankenkassen zudem ihre verfolgten Strategien teilweise weiterentwickelt und mitunter auch deutliche Neuausrichtungen vorgenommen. Die Strategien berücksichtigen neben dem jeweiligen Leistungsportfolio auch spezifische Bedingungen und Voraussetzungen, unter denen die Erstattung der Leistungen gewährt wird, sowie die Kommunikation des Satzungsleistungsangebots gegenüber den

Versicherten. Mit Blick auf den Grad der Wettbewerbsorientierung zeigen sich tendenziell drei strategische Schwerpunkte:

- 1. Schließung von Versorgungslücken:**  
Einige Krankenkassen zielen schwerpunktmäßig auf Verbesserungen der Versorgung und die Einführung von Innovationen für die eigenen Versicherten ab.
- 2. Erhöhung der Kundenzufriedenheit und -bindung:**  
Für andere Krankenkassen stehen die unmittelbaren Bedürfnisse und Wünsche sowie die Zufriedenheit der eigenen Versicherten als Bestandskunden im Mittelpunkt. Wettbewerbseffekte beziehen sich hier in erster Linie auf die Sicherung der eigenen Marktposition durch die Vermeidung von Kündigungen.
- 3. Gewinnung von Neukunden:**  
Für wiederum andere Krankenkassen steht der unmittelbare Wettbewerb um Neukunden im Vordergrund.

Den zentralen Vorteil des § 11 Abs. 6 SGB V sehen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen vor allem darin, dass dieser den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, das eigene Leistungsportfolio weiterzuentwickeln und sich damit im Wettbewerb von anderen Krankenkassen abzugrenzen. Gleichzeitig sehen sie sich aber auch mit diversen Herausforderungen konfrontiert, u. a. bezüglich der Leistungsgestaltung und -erstattung, des Kostenmanagements, erhöhter Kundenansprüche und dem Wettbewerbsdruck. Dennoch fällt ihre Gesamtbewertung des § 11 Abs. 6 SGB V überwiegend positiv aus, es wird aber vereinzelt auch Kritik und Anpassungsbedarf geäußert:

- Überwiegend sind die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen der Auffassung, dass die Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V den Wettbewerb innerhalb der GKV gestärkt habe. Einzelne sind aber auch gegensätzlicher Ansicht: das Instrument werde zwar genutzt, um das Leistungsportfolio zu gestalten, habe jedoch keine nennenswerten Auswirkungen auf den Wettbewerb.
- Mehrere Vertreterinnen und Vertreter meinen zudem, der Wettbewerbseffekt des § 11 Abs. 6 SGB V verringere sich im Zeitverlauf: Bestimmte Satzungsleistungen hätten sich etabliert und die Angebote der Krankenkassen glichen sich aneinander an.
- Uneinig waren sich die Fachvertreterinnen und Fachvertreter deshalb auch bei der Frage, ob Anpassungen notwendig seien, um den Wettbewerbseffekt aufrechtzuerhalten. Nur wenige plädieren etwa für die Ergänzung der Leistungsbereiche oder die Erhöhung der Transparenz der Angebote. Andere meinen, auch unter den jetzigen Bedingungen würden stets innovative Leistungen entwickelt.
- Eine mehrfach geäußerte Kritik betrifft die unterschiedliche Genehmigungspraxis seitens der zuständigen Aufsichtsbehörden, die den Wettbewerb beeinflussen könne.
- Teilweise werden die Versorgungseffekte der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V und deren Etablierung im GKV-System als fragwürdig beschrieben. Eine entsprechende Evaluation der einzelnen Satzungsleistungen, die sich im GKV-System etabliert haben, etwa in Bezug auf den Nutzen für die Versicherten oder die Kosten für die GKV, könne diesbezüglich hilfreich sein.

Die Entwicklung der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V wie auch die Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen weisen auf eine steigende Nachfrage hin. Demnach haben sich die Satzungsleistungen etabliert und sind bekannter geworden. Die Inanspruchnahme variiert dabei zwischen den Satzungsleistungen und auch zwischen Versichertengruppen:

- Einige Leistungen würden häufig und mitunter auch regelmäßig von den gleichen Versicherten in Anspruch genommen, während andere von bestimmten Versicherten nur gewünscht würden, obwohl sie in der Realität nur selten genutzt würden.
- Laut Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen fällt die Inanspruchnahme mit Blick auf einzelne Versichertengruppen je nach Krankenkasse unterschiedlich aus: Teilweise könnten keine bestimmten Gruppen ausgemacht werden, teilweise schon.
- Die Versichertenbefragung zeigt tendenziell nur geringe Unterschiede bei der Inanspruchnahme hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale der befragten Personen. Am deutlichsten scheint der Einfluss des Alters zu sein: Je älter die befragten Personen, desto höher ist die Inanspruchnahme.

Die generelle Meinung der Versicherten bezüglich Zusatzleistungen von Krankenkassen fällt überwiegend positiv aus. Befürwortet werden diese besonders häufig von Jüngeren, Männern sowie befragten Personen mit höherem Bildungsgrad und solchen mit mittlerem Einkommen. Auch bei der Wahl einer Krankenkasse stellen die Zusatzleistungen neben dem Zusatzbeitrag und der Servicequalität ein nahezu gleichwertiges Entscheidungskriterium dar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse der Versichertenbefragung auf alle Zusatzleistungsangebote beziehen können, da aus methodischen Gründen keine Beschränkung auf die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V vorgenommen werden konnte. Zudem ist der Kenntnisstand der Versicherten bezüglich Zusatzleistungen von Krankenkassen im Allgemeinen und Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V im Besonderen nach Ergebnissen der Versichertenbefragung und laut der Vertreterinnen und Vertreter der Patienten- und Versichertenvertretungen als eher gering einzustufen:

- Rund ein Viertel der Versicherten weiß nicht (sicher), dass sich die Leistungsangebote der Krankenkassen unterscheiden können bzw. ob die eigene Krankenkasse Zusatzleistungen anbietet. Besonders häufig sind hierunter Versicherte mit niedrigem Einkommen und jüngere Versicherte.
- Laut der Vertreterinnen und Vertreter der Patienten- und Versichertenvertretungen mangle es insgesamt an Transparenz bezüglich der Satzungsleistungen, da die Krankenkassen mitunter nicht umfassend genug über ihre Angebote und die Bedingungen der Inanspruchnahme informierten. Auch mehrere Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen schilderten, dass mitunter versucht werde, die Inanspruchnahme mithilfe gezielter Kommunikationsmaßnahmen zu beeinflussen.

Die Ergebnisse der quantitativen Analyse zeigen, dass die empirischen Befunde zur Entwicklung der Leistungsangebote der Krankenkassen sich in der Entwicklung der Aufwendungen für Satzungsleistungen widerspiegeln:

- Die Analyse auf Kassenebene zeigt, dass unter den Krankenkassen große Unterschiede im Umfang der Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten bestehen. Im Vergleich zum GKV-Durchschnitt von 4,78 Euro im Jahr 2016 lagen die Aufwendungen für Satzungsleistungen je Versicherten unter den Krankenkassen zwischen 0,16 Euro und 43,10 Euro. Die größte Streuung ist dabei für die BKK festzustellen.
- Die Unterscheidung nach den Merkmalen Kassengröße und Versichertenstruktur zeigt, dass kleinere und mittlere sowie Krankenkassen mit einem höheren Anteil an Familienangehörigen und/oder Mitgliedern höhere Aufwendungen für Satzungsleistungen haben.

Infolge ihrer geringen Bedeutung für die Gesamtausgaben ist in den Jahren 2015 und 2016 nur ein geringer Einfluss der Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag festzustellen.

- Im GKV-Durchschnitt ergibt sich für die Satzungsleistungen im Jahr 2016 ein potenzieller Effekt auf den Zusatzbeitrag von rund 0,03 Beitragssatzpunkten.
- Eine Ausnahme sind die BKKen mit den höchsten Aufwendungen je Versicherten. Mit einem potenziellen Effekt von 0,24 Beitragssatzpunkten (2016) ergibt sich für diese ein durchaus spürbarer Einfluss auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Dieser spiegelt sich jedoch nicht in der Höhe des tatsächlichen Zusatzbeitrags wider.
- Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag bisher nur eine geringe Rolle zur Finanzierung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V gespielt hat. Ein Grund dürfte sein, dass die Krankenkassen zur Finanzierung ihrer Satzungsleistungsangebote auch auf Finanzreserven zurückgegriffen haben. Darüber hinaus legen die Erkenntnisse aus den Fachgesprächen nahe, dass die Krankenkassen beispielsweise Einsparungen bei den Verwaltungsausgaben nutzen, um sich zusätzliche Spielräume zur Finanzierung des Satzungsleistungsangebots zu schaffen.

Schließlich zeigt die quantitative Analyse, dass hohe Aufwendungen je Versicherten mehrheitlich mit einer positiven Entwicklung der Marktposition einhergegangen sind.

---

## **4 Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen**

---

Der Evaluationsauftrag umfasst eine Prüfung der Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Krankenzusatzversicherungen. Eine denkbare Auswirkung besteht in einer (negativen) Beeinflussung der Nachfrage für private Zusatzversicherungen, weil Satzungsleistungen in Konkurrenz zu privaten Zusatzversicherungen treten. Weiterhin könnte die Ausweitung von Satzungsleistungen mittels des § 11 Abs. 6 SGB V die Ausgestaltung der Zusatzversicherungen verändern und die Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen beeinflusst haben. Diese möglichen Auswirkungen werden in diesem Kapitel untersucht und die wesentlichen Erkenntnisse hierzu in einem Zwischenfazit (Kapitel 4.3) zusammengefasst.

### **4.1 Auswirkungen auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen**

Der § 11 Abs. 6 SGB V lässt Überschneidungen von Satzungsleistungen zu privaten Zusatzversicherungen in mehreren Bereichen zu. Nach Ansicht der Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und privater Krankenversicherungen bestünden einzelne Überschneidungen insbesondere in folgenden Leistungsbereichen der erweiterten Satzungsleistungen:

- Zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V), z. B. bei der professionellen Zahnreinigung,
- Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V), z. B. bei der Osteopathie,
- Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), z. B. bei Seh- und Hörhilfen,

- Medizinische Vorsorge (§ 23 SGB V), z. B. bei Vorsorgeuntersuchungen sowie
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern, z. B. bei Behandlung durch Privatärzte.

Trotz dieser möglichen Überschneidungen in einzelnen Leistungsbereichen stünden die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V laut den Aussagen der Fachvertreterinnen und Fachvertreter (zumindest bisher) nicht in Konkurrenz zu privaten Zusatzversicherungen: Der PKV-Verband sowie fast alle Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner privater Krankenversicherungen und Krankenkassen sind sich einig, dass die Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V (bislang) keine oder allenfalls geringe Auswirkungen auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen gehabt habe. Auch für einzelne Regionen Deutschlands ergäben sich bisher keine Auswirkungen: Regionale Auswirkungen auf die Nachfrage nach Zusatzversicherungen, denkbar etwa aufgrund von regional angebotenen Satzungsleistungen (z. B. durch landesunmittelbare Krankenkassen), seien laut den Fachvertreterinnen und Fachvertretern nicht feststellbar.

Hinweise auf mögliche Auswirkungen der Erweiterung der Satzungsleistungen auf die Nachfrage nach privaten Krankenversicherungen könnte auch die generelle Marktentwicklung für Zusatzversicherungen in der PKV im Zeitraum 2012 bis 2016 geben. Im Jahr 2016 hatte das private Zusatzversicherungsgeschäft zur GKV einen Anteil von 14,5 Prozent an allen Beitragseinnahmen der PKV. Gemessen an den Kundenzahlen haben die Zusatzversicherungen hingegen eine größere Bedeutung innerhalb der PKV. Ein PKV-Branchenüberblick des Jahres 2016 zeigt, dass die privaten Krankenversicherungsunternehmen insbesondere im Zusatzversicherungsgeschäft positive Entwicklungen erzielen können, während andere Marktsegmente aktuell eher stagnieren oder sich rückläufig entwickeln.<sup>36</sup> Unternehmen mit starkem Zusatzversicherungsgeschäft und reine Zusatzversicherer verzeichneten 2016 die höchsten Beitragszuwächse und vergleichsweise viele Neukunden.

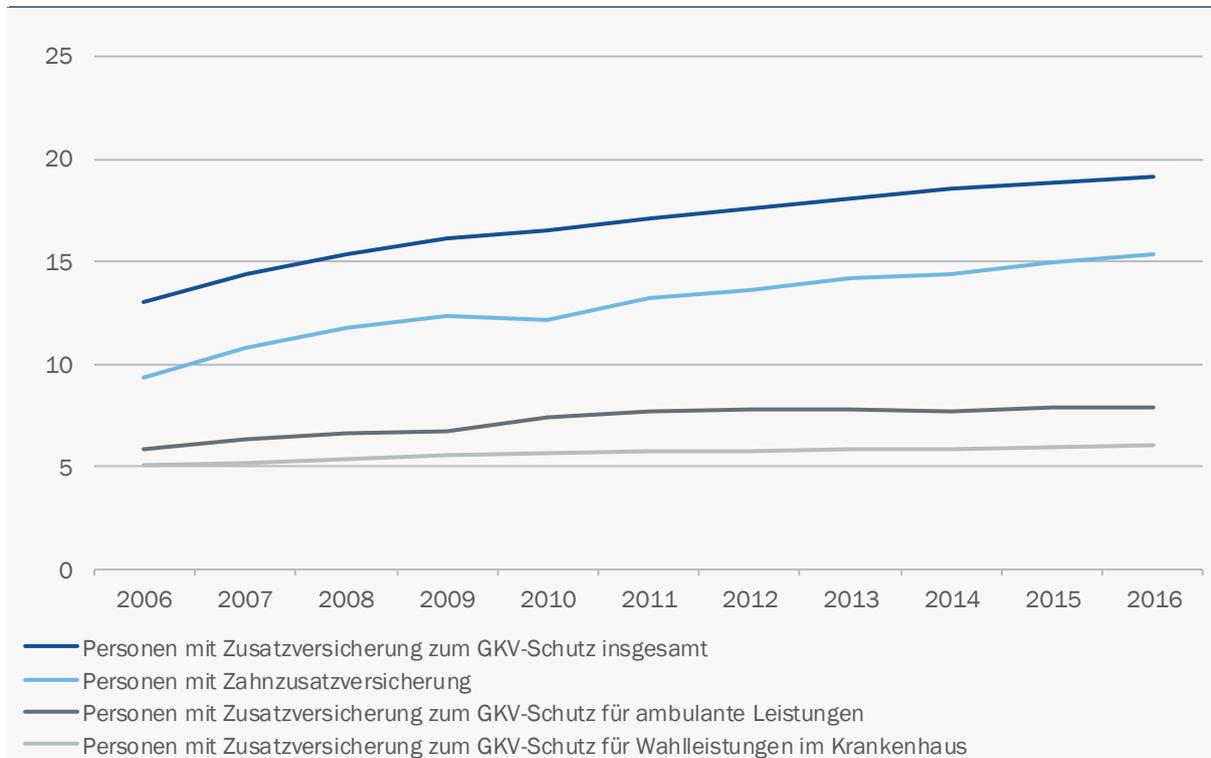
Die generelle Entwicklung des Marktes für private Krankenzusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte lässt sich anhand von Statistiken des PKV-Verbandes nachvollziehen. Verfügbar sind bundesweite Daten zur Anzahl der Personen mit einer Zusatzversicherung zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz, differenziert nach Frauen, Männern und Kindern, sowie den Leistungsbereichen „Wahlleistungen im Krankenhaus“, „ambulante Leistungen“ und „Zahnezusatzversicherung“. Abbildung 24 zeigt die Entwicklung der gesamten Personen mit einer privaten Krankenzusatzversicherung zur GKV von 2006 bis 2016.

Der stetige Wachstumstrend in diesem PKV-Bereich ist im gesamten Betrachtungszeitraum erkennbar und wurde insbesondere auch nicht ab dem Jahr 2012 (das Inkrafttreten des § 11 Abs. 6 SGB V) maßgeblich beeinflusst. Selbiges gilt für die untergeordneten Leistungsbereiche, die laut PKV-Verband überwiegend durch GKV-Versicherte in Anspruch genommen werden. Folglich liefert die Gesamtentwicklung der Personen mit privater Zusatzversicherung keine Hinweise dafür, dass die Entwicklung der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V im Zeitraum 2012 bis 2016 einen Einfluss auf das Zusatzversicherungsgeschäft hatte.

<sup>36</sup> Surminski, M. (2017). Die PKV im Jahre 2016. Zeitschrift für Versicherungswesen, Vol. 19, S. 576-594

## Abbildung 24: Entwicklung der Personen mit privater Krankenzusatzversicherung

in Mio. Personen



Quelle: PKV-Zahlenportal, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

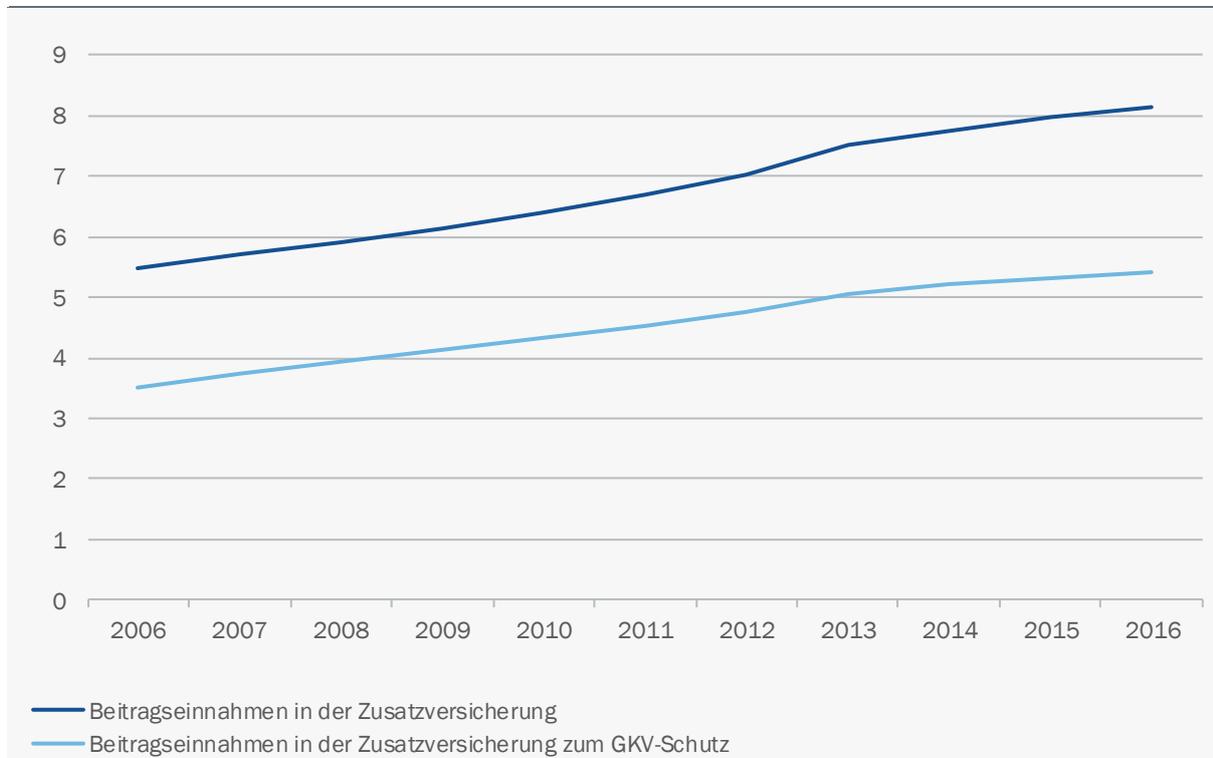
Die zusätzliche differenzierte Analyse der Entwicklung des GKV-Zusatzgeschäfts sechs großer privater Krankenversicherungen<sup>37</sup> bestätigt diesen Befund. In der Summe entwickelten sich die Bestände an Versicherungsverträgen dieser Krankenversicherungen von 2012 bis 2016 sowohl insgesamt als auch in den Bereichen „ambulante Leistungen“ und „Zahnzusatzversicherung“ positiv. Dabei zeigen sich allerdings auch Unterschiede in der Entwicklung der einzelnen Versicherungsbereiche bzw. Tarife im betrachteten Zeitraum. Während sich die Vertragszahlen bestimmter Tarife positiv entwickelten, verzeichneten andere Tarife auch Rückgänge.

Neben der Entwicklung des Versichertenbestandes haben auch die Beitragseinnahmen in der privaten Krankenzusatzversicherung insgesamt und den Zusatzversicherungen zur GKV von 2006 bis 2016 stetig zugenommen (Abbildung 25). Auffällig ist allerdings das Abflachen des Wachstumstrends ab dem Jahr 2013. Trotz der zeitlichen Überschneidung ist gemäß den Ergebnissen der Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der PKV dabei jedoch nicht von einem Zusammenhang mit der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V im Jahr 2012 auszugehen. Sowohl laut Aussage des PKV-Verbands als auch weiteren Vertreterinnen und Vertretern privater Krankenversicherungen kommen hingegen eine Vielzahl anderer Einflussfaktoren infrage, um derartige Marktentwicklungen bei den privaten Zusatzversicherungen zu erklären.

<sup>37</sup> Siehe Kapitel 2.3 für eine Darstellung der Auswahl und Marktabdeckung der einbezogenen Krankenversicherungen.

**Abbildung 25: Entwicklung der Beitragseinnahmen in der privaten Krankenzusatzversicherung**

in Mrd. Euro



Quelle: PKV-Zahlenportal, eigene Berechnungen

© Prognos AG 2019

Die Hauptgründe dafür, dass die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V keine Auswirkungen auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen hatten, liegen nach Meinung der Vertreterinnen und Vertreter der privaten Krankenversicherungen und der Krankenkassen insbesondere in den grundsätzlichen Unterschieden in der Ausrichtung und Gestaltung privater Zusatzversicherungen und der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Unterschiede zwischen privaten Zusatzversicherungen und Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V aus Sicht von Fachvertreterinnen und Fachvertretern**

privaten Zusatzversicherungen	Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
...decken zumeist breite Leistungsbereiche ab, häufig sogar leistungsbereichsübergreifend (z. B. Kombinationstarif Naturheilverfahren, Zahnvorsorge und -behandlung).	...gewähren einzelne spezifische Leistungen.
...sind langfristig ausgerichtet.	...können angepasst, gekürzt oder gestrichen werden.
...bieten in der Regel eine Vollkostenerstattung.	...bieten in der Regel nur anteilige Kostenerstattungen.

...liegen individuelle Verträge und bewusste Entscheidungen der Versicherten zugrunde.

...stehen allen Versicherten einer Krankenkasse zur Verfügung.

...beziehen sich immer auf versicherbare Risiken.

...stellen nicht immer versicherbare Risiken dar, sondern werden teilweise von allen Versicherten nachgefragt.

...müssen immer auf gesicherten Kalkulationsgrundlagen basieren.

...können mitunter nicht gesichert kalkuliert werden, da hierfür keine Grundlagen verfügbar sind.

Quelle: Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der PKV und GKV

© Prognos AG 2019

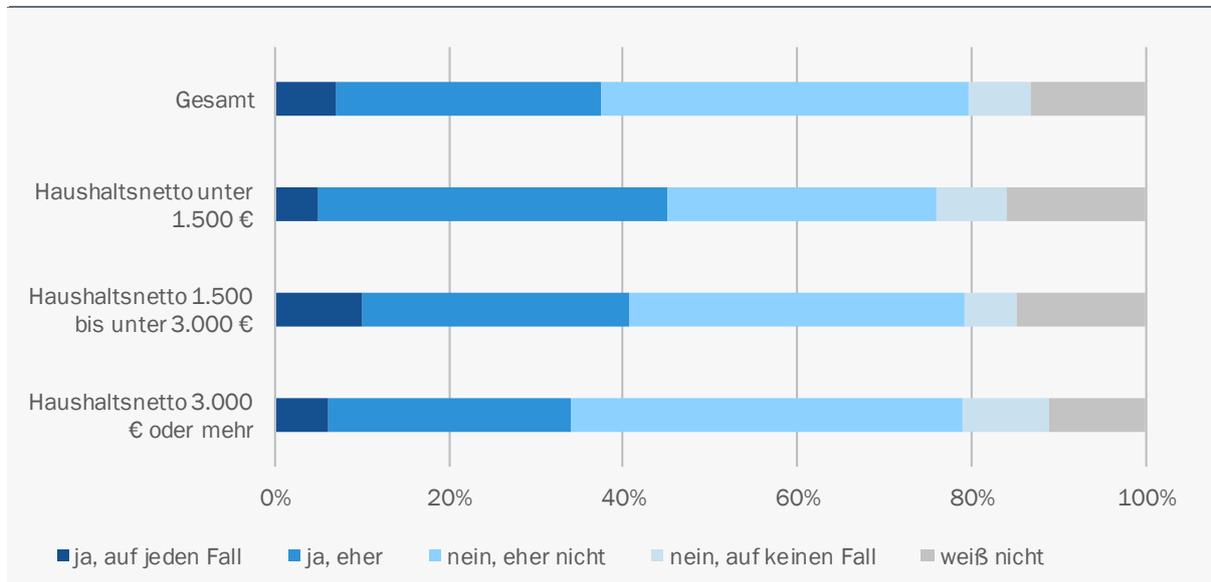
Wenngleich das private Zusatzversicherungsgeschäft nach Meinung der Fachvertreterinnen und Fachvertreter und auf Basis der zahlenmäßigen Marktentwicklung bisher nicht maßgeblich beeinflusst wurde, sehen vereinzelte Anbieter privater Krankenversicherungen (mögliche) Auswirkungen auf den Markt für private Zusatzversicherungen, die insbesondere im Falle einer zukünftigen Ausweitung der gesetzlichen Möglichkeiten für Satzungsleistungen an Bedeutung gewinnen könnten: Unter den Versicherten könne der Eindruck entstehen, dass die GKV ein umfassendes Leistungsspektrum bietet, weshalb private Zusatzversicherungen oder ein Wechsel in die private Krankenvollversicherung möglicherweise seltener in Betracht gezogen würden. Auch könnten Anpassungen bei der privaten Krankenvollversicherung notwendig werden, um neue Satzungsleistungsangebote der Krankenkassen ebenfalls abzudecken. Zudem bestehen Vermutungen bezüglich einzelner leichter Konkurrenzeffekte, derzeit beispielsweise im zahnmedizinischen Leistungsbereich durch die Verbreitung der professionellen Zahnreinigung als Satzungsleistung. Gleichzeitig seien aber auch gegenteilige Effekte zu beobachten, da eine starke Nachfrage nach Tarifen festzustellen sei, deren Leistungsbereiche auch im Rahmen von Satzungsleistungen angeboten werden. Demnach könnten bestimmte private Zusatzversicherungen von einer erhöhten Wahrnehmung unter den gesetzlich Versicherten infolge der Satzungsleistungen profitieren. Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner erklären allerdings, dass diese vermuteten bzw. für die Zukunft befürchteten Auswirkungen (bisher) nicht messbar bzw. nicht kausal nachweisbar seien, u. a. weil das Zusatzversicherungsgeschäft zahlreichen weiteren Einflussfaktoren unterliege und deutliche Schwankungen aufweise. Dies zeigt sich auch in den ähnlichen Marktentwicklungen im Zusatzversicherungsgeschäft der sechs privaten Krankenversicherungen.

Die bevölkerungsrepräsentative Befragung zeigt die Einstellungen der gesetzlich Versicherten bezüglich privater Zusatzversicherungen und Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V:

- 39 Prozent der befragten Personen geben an, eine private Zusatzversicherung abgeschlossen zu haben und weitere 14 Prozent haben bereits über den Abschluss nachgedacht. 43 Prozent haben hingegen weder eine Zusatzversicherung abgeschlossen noch darüber nachgedacht.
- 37 Prozent der befragten Personen glauben, dass Zusatzleistungen eine private Zusatzversicherung ersetzen können, diese also sozusagen überflüssig werden (Abbildung 26). Die Mehrheit der befragten Personen ist allerdings nicht dieser Ansicht. 14 Prozent sind bei dieser Frage unschlüssig.
- Je höher das Haushaltsnettoeinkommen der befragten Personen, desto seltener gehen sie davon aus, dass Zusatzleistungen der Krankenkassen private Zusatzversicherungen ersetzen können. Andere soziodemographische Merkmale der befragten Personen hatten dagegen keinen Einfluss auf die Beantwortung dieser Frage.

**Abbildung 26: Wenn man eine Krankenkasse entsprechend ihrer Zusatzleistungen auswählt, kann man dadurch private Zusatzversicherungen ersetzen?**

Anteil der befragten Personen, nach Haushaltsnettoeinkommen, in Prozent



Quelle: Versichertenbefragung

© Prognos AG 2019

**4.2 Auswirkungen auf die Ausgestaltung privater Zusatzversicherungen und das Verhältnis zu den Krankenkassen**

Für maßgebliche Auswirkungen der Satzungsleistungen auf die inhaltliche Gestaltung der privaten Zusatzversicherungen gibt es keine Hinweise in den Fachgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der PKV und GKV. Mit Blick auf Teilaspekte der Ausgestaltung privater Zusatztarife sowie das Verhältnis zwischen PKV und GKV zeigt sich hingegen ein vielfältigeres Meinungsbild. So gaben mehrere Vertreterinnen und Vertreter von privaten Krankenversicherungen an, die eigenen Zusatztarife im Hinblick auf die erweiterten Satzungsleistungen zwar geprüft, letztlich jedoch keine Anpassungen vorgenommen zu haben. Die Gründe hierfür seien insbesondere, dass Zusatzversicherungen ein langfristiges Leistungsversprechen beinhalteten, das auf entsprechenden Kalkulationsvorschriften und einer Bestandsgarantie basiere. Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V könnten hingegen nicht dauerhaft garantiert werden, weshalb eine enge Ausrichtung an diesen nicht infrage käme. Des Weiteren seien die Satzungsleistungsangebote in der Krankenkassenlandschaft äußerst heterogen und unübersichtlich, was die Entwicklung eines einheitlichen Tarifs für alle gesetzlich Versicherten erschwere.

Dennoch liefern die Fachgespräche auch Hinweise dafür, dass § 11 Abs. 6 SGB V zumindest vereinzelte Auswirkungen auf die inhaltliche Gestaltung der Zusatzversicherungen hatte: So sei im Zuge des § 11 Abs. 6 SGB V eine beiderseitig erfolgte Schärfung der Profile der Leistungsangebote der GKV und PKV beobachtet worden. Seitens der privaten Krankenversicherungen gäbe es daher mitunter eine verstärkte Ausrichtung der privaten Zusatztarife auf die Leistungen, die nicht als erweiterte Satzungsleistungen angeboten werden (z. B. Einzelzimmer oder Chefarztbehandlung im Krankenhaus). Die beschriebenen Auswirkungen

beziehen sich damit in erster Linie auf das Verhältnis von Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen.

Mit Blick auf Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V sind folglich die Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen relevant. Grundsätzlich können die Kooperationen unterschiedlich gestaltet sein und diverse Vorteile bieten. Aus Sicht der Krankenkassen bestehe der Vorteil an Kooperationen, ihren Versicherten passende Zusatzversicherungen als Ergänzung des eigenen Leistungsspektrums anbieten zu können. Einige Kooperationen seien durch einen engen Austausch geprägt und es würden mitunter maßgeschneiderte Zusatzversicherungen für die Versicherten der Partnerkrankenkassen angeboten. Einige private Krankenversicherungen böten den Versicherten der Partnerkrankenkassen ihre Zusatztarife auch zu besonderen Konditionen und teilweise exklusiv (Tarife nur für Versicherte der Partnerkasse) an. In einigen Fällen fände außerdem eine gegenseitige Unterstützung im Vertrieb und Marketing statt. Den PKV-Unternehmen böten die Kooperationen mit den Krankenkassen ebenfalls Vorteile. Sie hätten ein Interesse daran, die Leistungsangebote der Krankenkassen im Detail zu beobachten, um interessierten Versicherten darlegen zu können, was die Krankenkassen leisten und inwiefern ein ergänzender PKV-Schutz greife. Passende, auf die Lücken der Krankenkassenleistungen abgestimmte Zusatztarife und der Zugang zu den Versicherten – insbesondere größerer Krankenkassen – böten demzufolge attraktive Vertriebsmöglichkeiten.

Die befragten Vertreterinnen und Vertreter sowohl von Krankenkassen als auch privaten Krankenversicherungen sind der Meinung, dass der § 11 Abs. 6 SGB V keine oder nur geringe Auswirkungen auf die Kooperationen habe. Die Bewertung der Auswirkungen der Satzungsleistungen erfolgte dabei unabhängig von der Intensität der jeweiligen Kooperation (z. B. mit oder ohne enge Abstimmung, exklusiven Tarifen oder gemeinsamen Vertriebsbemühungen).

Es gibt allerdings auch mehrere Beispiele dafür, wie die Einführung der Satzungsleistungen zu Veränderungen einzelner Kooperationsbeziehungen führte. Teilweise sei die Kooperation intensiviert worden, beispielsweise die Abstimmung von Leistungsangeboten, um passgenaue private Ergänzungstarife anbieten zu können. In einigen Fällen wurden zur Ergänzung der angebotenen Satzungsleistungen gemeinsam spezielle Tarife entwickelt. Dies führe zu einer besseren Verzahnung der Angebote der GKV und PKV im Sinne einer gegenseitigen Ergänzung. Da Satzungsleistungen oftmals nur anteilig erstattet werden, spielen im Rahmen mehrerer Kooperationen seit der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V zudem Prozesse zur Klärung der anteiligen Kostenerstattung bei vorliegenden Leistungsüberschneidungen mit Zusatzversicherungen eine Rolle. Nehmen Versicherte eine Leistung in Anspruch, die sowohl über eine Satzungsleistung als auch über eine private Zusatzversicherung erstattet werden kann, so soll die Erstattung zunächst über das Satzungsleistungsangebot der Krankenkasse erfolgen, während die Zusatzversicherung nur den Differenzbetrag erstattet. Die private Krankenversicherung profitiert also ggf. durch die Vorleistung der Krankenkasse. Diese anteilige Erstattung ist in der Praxis jedoch teilweise mit großem Verwaltungsaufwand verbunden bzw. nur eingeschränkt möglich. Kooperationspartner können diese Prozesse vereinheitlichen, was eine korrekte Umsetzung fördert und den Aufwand reduziert.

#### **4.3 Zwischenfazit: Satzungsleistungen im Kontext der Beziehungen zwischen GKV und PKV**

Es existieren zwar bestimmte Leistungen, die mitunter sowohl über Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V als auch in Form privater Zusatzversicherungen erstattet werden, diese treten

aber alles in allem nicht unmittelbar in Konkurrenz zueinander. Die Gründe hierfür liegen in der generellen Verschiedenheit von Satzungsleistungen und privaten Zusatzversicherungen:

- Private Zusatzversicherungen umfassen ein breites Leistungspaket, sind langfristig ausgerichtet und kalkuliert und bieten in der Regel eine Vollkostenerstattung.
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V gewähren hingegen einzelne spezifische Leistungen, können angepasst, gekürzt oder gestrichen werden und bieten meist nur anteilige Kostenerstattungen.
- Privaten Zusatzversicherungen liegen zudem individuelle Verträge und bewusste Entscheidungen der Versicherten zugrunde und beziehen sich daher immer auf versicherbare Risiken.
- Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V stehen dagegen allen Versicherten einer Krankenkasse automatisch zur Verfügung und stellen nicht immer versicherbare Risiken dar, da sie von allen oder vielen Versicherten nachgefragt werden.

Die Analyse der Entwicklungen des Marktes für private Zusatzversicherungen konnte keine Hinweise auf einen (negativen) Effekt des § 11 Abs. 6 SGB V auf die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen liefern:

- Weder die Gesamtentwicklung der Personen mit privater Zusatzversicherung noch die entsprechenden Beitragseinnahmen der PKV liefern Anhaltspunkte dafür, dass die Erweiterung der Satzungsleistungen Einflüsse auf das Zusatzversicherungsgeschäft hatte.
- Auch die Untersuchung von Geschäftsdaten einzelner privater Krankenversicherungen und die Einschätzungen von Fachvertreterinnen und Fachvertretern zeigen, dass es bisher keine nennenswerten negativen Auswirkungen auf die Nachfrage gab.

Gleichzeitig wurde in den Fachgesprächen jedoch auf mögliche Rückwirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen verwiesen. Teilweise seien die Effekte bereits jetzt beobachtbar und könnten insbesondere im Falle einer zukünftigen Ausweitung der Satzungsleistungen an Bedeutung gewinnen. Diese vermuteten Wettbewerbseffekte sind allerdings (bisher) nicht nachweisbar, u. a. weil das Zusatzversicherungsgeschäft zahlreichen weiteren Einflussfaktoren unterliegt und deutliche Schwankungen aufweist. Dies wird durch die Analyse ausgewählter Geschäftsdaten von privaten Krankenversicherungen bestätigt. Einzelne Fachvertreterinnen und Fachvertreter äußerten folgende Vermutungen:

- Leichte Konkurrenzeffekte beständen in Leistungsbereichen mit Überschneidungen zwischen den Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 und privaten Zusatzversicherungen, beispielsweise im zahnmedizinischen Leistungsbereich durch die Verbreitung der professionellen Zahnreinigung im Satzungsleistungsangebot der Krankenkassen.
- Gleichzeitig würden aber auch gegensätzliche Effekte beobachtet, wonach bestimmte private Zusatzversicherungen von der erhöhten Aufmerksamkeit unter gesetzlich Versicherten durch Satzungsleistungen profitieren könnten.
- Es könne durch die erweiterten Satzungsleistungen unter den Versicherten zudem der Eindruck entstehen, dass die GKV ein umfassendes Leistungsspektrum biete und private Zusatzversicherungen oder ein Wechsel in die private Krankenvollversicherung würden deshalb möglicherweise seltener in Betracht gezogen.

Die Versichertenbefragung deutet darauf hin, dass die Zusatzleistungen der GKV das Meinungsbild bezüglich privater Zusatzversicherungen tatsächlich beeinflussen könnten: Über ein Drittel der befragten Versicherten nimmt an, dass die Satzungsleistungen eine private Zusatzversicherung überflüssig machen könnten, wenn man eine Krankenkasse anhand ihrer

Zusatzleistungen auswählt. Rund die Hälfte der befragten Personen – also die Mehrheit – ist aber gegensätzlicher Meinung.

Auch im Hinblick auf die inhaltliche Gestaltung privater Zusatzversicherungstarife oder die Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen konnten keine Hinweise auf eine maßgebliche Auswirkung durch den § 11 Abs. 6 SGB V gefunden werden:

- Vereinzelt dokumentierte Auswirkungen beziehen sich in erster Linie auf eine beiderseitig erfolgte Schärfung der Profile der Leistungsangebote. Eine explizite Ausrichtung einzelner Zusatzversicherungstarife an Satzungsleistungen erfolgte dabei allerdings nur in Ausnahmefällen.
- Für die Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen ergeben sich nur geringe Auswirkungen, überwiegend in Form einer Intensivierung der Abstimmung von Leistungsangeboten und bei der Leistungserstattung.

---

## **5** Schlussfolgerungen

---

Die Regelungen des § 11 Abs. 6 SGB V wurden zum 01.01.2012 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in das SGB V aufgenommen. Mit dem neuen § 11 Abs. 6 SGB V wollte der Gesetzgeber die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stärken.

Die Erweiterung der Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen durch den § 11 Abs. 6 SGB V hat die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen vergrößert und allen Hinweisen zufolge zu einer Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV geführt. Für bestimmte Leistungen hat der Wettbewerb dazu geführt, dass diese in ähnlicher Form mittlerweile von vielen Krankenkassen angeboten werden und auf breiter Basis von den Versicherten genutzt werden können. Gleichzeitig sind durch den § 11 Abs. 6 SGB V aber auch Spielräume für die Krankenkassen entstanden, um sich voneinander abzugrenzen, eigene Schwerpunkte zu setzen und ihre Leistungsangebote an den individuellen Bedarfen ihrer Versicherten oder einzelner Versichertengruppen auszurichten. Für den Wettbewerb auf dem gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt bedeutet dies, dass für die Versicherten die Möglichkeit gegeben ist, aus verschiedenen Leistungspaketen zu wählen und sich entsprechend ihrem individuellen Bedarf für eine Krankenkasse oder für ein Leistungspaket zu entscheiden. Schließlich ist festzustellen, dass die Krankenkassen die Möglichkeiten des § 11 Abs. 6 SGB V auch dazu nutzen, um Versorgungslücken zu schließen sowie ihren Versicherten den Zugang zu neuen oder innovativen Versorgungsangeboten zu ermöglichen. Insoweit kann § 11 Abs. 6 SGB V als Wettbewerbsinstrument zumindest in Teilen auch dazu beigetragen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Insgesamt lässt sich auf Grundlage des Forschungsgutachtens daher feststellen, dass die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V ein sinnvolles Wettbewerbsinstrument sind.

Mit Blick auf den Markt für private Zusatzversicherungen ist festzustellen, dass die Leistungsangebote nach § 11 Abs. 6 SGB V grundsätzlich nicht mit privaten Zusatzversicherungsangeboten vergleichbar sind und daher nicht in direkter Konkurrenz zu diesen stehen. Daher sind nennenswerte Auswirkungen auf den Umfang des privaten Zusatzversicherungsgeschäfts oder die Ausgestaltung privater Zusatzversicherungstarife bisher nicht zu beobachten. Festzustellen ist, dass zwischen einzelnen Angeboten an privaten Zusatzversicherungen und den Leistungsangeboten nach § 11 Abs. 6 SGB V gewisse Überschneidungen bestehen. Für die Anbieter von privaten Zusatzversicherungen bedeutet dies, dass bei der Produktgestaltung neben den Angeboten von privaten Mitbewerbern auch die Leistungsangebote der gesetzlichen Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Daher kann der § 11 Abs. 6 SGB V zumindest indirekt zu einem intensiveren Wettbewerb auf dem Markt für private Zusatzversicherungen führen. Darüber hinaus besteht für den Fall einer weiteren Ausweitung des Leistungsumfangs an den inhaltlichen Schnittstellen zu privaten Zusatzversicherungen – sei es innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens wie insbesondere auch bei einer weiteren gesetzlichen Ausweitung auf weitere Leistungsbereiche - die Möglichkeit, dass der § 11 Abs. 6 SGB V künftig direkt spürbare Auswirkungen auf den Markt für Zusatzversicherungen hat. Für das bislang analysierte Geschehen ist aber festzustellen, dass der § 11 Abs. 6 SGB V keine spürbaren Auswirkungen auf den Wettbewerb mit Anbietern privater Zusatzversicherungen hatte.

---

# Anhang

---

## A.1 Befragung aller Krankenkassen

Mit der Befragung der Krankenkassen wurde im Rahmen des Gutachtens das Ziel verfolgt, die Entwicklung des Angebots und der Nachfrage nach Satzungsleistungen gemäß § 11 Abs. 6 SGB V in den Jahren 2012 bis 2016 nachzuvollziehen. Die amtliche KJ1- und die KM6-Statistik erlauben dies lediglich für die GKV insgesamt bzw. nach Kassenarten. Daher können mit der KJ1- und der KM6-Statistik keine Zusammenhänge zwischen den Wettbewerbsparametern (z. B. Zusatzbeitrag) und dem Leistungsangebot untersucht werden. Die Befragung aller Krankenkassen soll diese Mängel beseitigen und weitergehende Untersuchungen ermöglichen.

Hierzu wurden zunächst drei Vorgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern einzelner Krankenkassen geführt. Darin wurde gefragt, welche Elemente bei den Krankenkassen abgefragt werden können und in welcher Form. Es wurde zudem thematisiert, welche Maßnahmen einen möglichst hohen Rücklauf erwarten lassen würden. Aus den Gesprächen wurden folgende Schlussfolgerungen für die Befragung gezogen:

- Ein Begleitschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit wurde der Befragung beigelegt, um den Absender gegenüber den Kassen zu validieren und den Hintergrund der Befragung zu erläutern.
- In der Befragung wurden die Satzungen und deren Änderungen, die Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V der Kasse sowie die Zahl der Versicherten getrennt nach Mitgliedern, Rentnern und Familienangehörigen für die Jahre 2012 bis 2016 abgefragt. Der Fragebogen ist in Abbildung 6 dargestellt.

## Abbildung 27: Datenabfragebogen zur Erhebung der Versicherten und der Aufwendungen für Satzungsleistungen in den Jahren 2012 bis 2016

### Datenabfragebogen

Ehren Forschungspartnern zur  
 Evaluierung der Auswirkungen des § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb der GKV und zur PKV  
 im Auftrag des  
 Bundesministeriums für Gesundheit

#### Ansprechpartner:

##### Prognos AG

Name: Dr. Stefan Morig  
 eMail: [stefan.morig@prognos.de](mailto:stefan.morig@prognos.de)

##### Bundesministerium für Gesundheit

Name: Alexander Trappschuh  
 eMail: [alexander.trappschuh@bmg.bund.de](mailto:alexander.trappschuh@bmg.bund.de)

Name der Krankenkasse

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	Ergänzende Kommentare
Aufwendungen für Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V						
In Euro						
Versicherte zum 1. Juli						
insgesamt	Anzahl					
daneben:						
Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder	Anzahl					
Rentner	Anzahl					
Familienangehörige	Anzahl					
Fusion mit anderen Krankenkassen						
Ist Ihre Kasse im Jahr 2012 mit einer anderen Krankenkasse fusioniert?						
	<input type="checkbox"/>					

Quelle: eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG 2019

- Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner hatten in den Vorgesprächen deutlich gemacht, dass eine tiefergehende Aufgliederung, insbesondere der Aufwendungen für einzelne Leistungsarten nur bei „sehr gut aufgestellten“ Krankenkassen vorliegt. Für andere Kassen wäre dies dagegen mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Dies könnte dazu führen, dass ein größerer Teil der Krankenkassen sich an der Befragung nicht beteiligen würde. Selbst die „gut aufgestellten“ Krankenkassen könnten bei einem zu differenzierten Einblick in diesen Wettbewerbsbereich von einer Teilnahme abgeschreckt werden.
- Um die Befragung möglichst niederschwellig zu gestalten, wurde der Fragebogen als Excel-Datei verschickt. Dies sollte es den Krankenkassen ermöglichen, die Antworten an unterschiedlichen Stellen in der Organisation einzusammeln.
- Um den Datenschutz zu gewähren, wurde die Excel-Datei verschlüsselt.
- Der Befragung wurde überdies eine Checkliste beigefügt, die alle erforderlichen Schritte zur erfolgreichen Beantwortung der Befragung übersichtlich darstellt.
- Um den Anreiz für eine Teilnahme zu erhöhen, wurde den Kassen die Möglichkeit gegeben, nach Abschluss des Projektes einen Benchmark-Bericht zu erhalten, aus welchem die relative Marktposition der eigenen Krankenkasse im Bereich der Satzungsleistungen beschrieben wird.

Der Erstversand der Befragungsunterlagen (Begleitschreiben, Excel-Fragebogen, Checkliste) erfolgte am 15.01.2018 per E-Mail. Darin wurde um eine Antwort bis zum 31.01.2018 gebeten. Die Krankenkassen, die bis zu diesem Tag nicht geantwortet hatten, wurden am 01.02.2018 an die Befragung per E-Mail erinnert und außerdem gebeten, der Prognos AG formlos zurückzumelden, falls eine Teilnahme nicht erwünscht ist.

## A.2 Leitfragen für die Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen

**prognos**

Evaluierung § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb

### **Leitfragen zum Fachgespräch**

Krankenkassen

#### **Fragen zum Benchmark-Bericht**

- 1) Ist Ihnen die von uns im Benchmark-Bericht dargelegte Position Ihrer Krankenkasse im Wettbewerb der Satzungsleistungen bekannt? Wie kam es zu dieser Positionierung: Erklärt sie sich eher aus Ihrer Angebotsgestaltung oder aus der Nachfrage Ihrer Versicherten?
- 2) Welche weiteren Einflussfaktoren könnten verantwortlich für die dargelegte Situation sein?

#### **Angebotsstrategie**

- 3) Welche Vorteile und Herausforderungen ergeben sich für Ihre Krankenkasse durch den § 11 Abs. 6 SGB V?
- 4) Welche Strategien verfolgen Sie mit Ihrem Angebot an Satzungsleistungen? Wie hat sich diese Strategie ggf. im Zeitablauf geändert? Welche Rolle spielen die Satzungsleistungen anderer Krankenkassen und Vergleichsportale dabei?
- 5) Welche Vor- bzw. Nachteile haben Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V gegenüber alternativen kassenindividuellen Angeboten – wie bspw. Bonusprogramme, Wahltarife oder Selektivverträge? Was spricht für oder gegen die Bereitstellung einer bestimmten Leistung als Satzungsleistung?

#### **Nachfrage und Finanzierung**

- 6) Wie nehmen Sie die Nachfrage nach Satzungsleistungen Ihrer Versicherten wahr: Für welche Versicherten sind die Satzungsleistungen bedeutsam? Wie hat sich die Nachfrage entwickelt?
- 7) Wie wird die Finanzierung der Satzungsleistungen sichergestellt und welche Rolle spielt dabei der Zusatzbeitrag?

#### **Beziehungen zu privaten Zusatzversicherungen**

- 8) Wie würden Sie die Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt für private Zusatzversicherungen beschreiben?
- 9) Kooperieren Sie mit einer PKV bei privaten Zusatzversicherungen? Falls ja, wie gestaltet sich die Kooperation und welchen Einfluss hat dies auf das PKV-Zusatzversicherungsangebot?

#### **Gesamtbewertung**

- 10) Inwiefern halten Sie die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V für ein geeignetes Instrument, um den Wettbewerb innerhalb der GKV und zur PKV zu stärken?

## A.3 Leitfragen für die Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern privater Krankenversicherungen



Evaluierung § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb

# Leitfragen zum Fachgespräch

Private Krankenversicherungen

### Hintergrund

Seit der Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V im Jahr 2012 können Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen in folgenden Bereichen anbieten:

- medizinische Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40),
- Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d),
- künstliche Befruchtung (§ 27a),
- zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2),
- Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1),
- Heilmittel (§ 32) und Hilfsmittel (§ 33),
- häuslichen Krankenpflege (§ 37) und Haushaltshilfen (§ 38) sowie
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Unserer bisherigen Analyse nach wird diese Option von den Krankenkassen bislang in sehr unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch genommen.

### Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V für Ihr Unternehmen und die PKV

- 1) Sind Ihnen die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V bekannt? Bei welchen Leistungen legen die Krankenkassen Ihrer Wahrnehmung nach Schwerpunkte?
- 2) Wie hat sich der § 11 Abs. 6 SGB V auf die Nachfrage nach Zusatzversicherungen Ihres Unternehmens ausgewirkt? Gab es evtl. Veränderungen bei bestimmten Zusatzversicherungen? Gab es regionale Unterschiede? Gab es Veränderungen bei der Schadenquote?
- 3) Wie hat sich der § 11 Abs. 6 SGB V auf Ihr Angebot an Zusatzversicherungen ausgewirkt? Haben sich ggf. die Inhalte der Zusatzpolicen verändert? Haben Sie Ihre Strategie beim Angebot an Zusatzversicherungen verändert?
- 4) Könnten Sie uns Daten zur Entwicklung Ihres Zusatzversicherungsgeschäfts mithilfe des Datenabfragebogens (Excel-Datei) zur Verfügung stellen? Zwischen welchen Versicherungs- bzw. Leistungsbereichen können Sie dabei differenzieren, um Vergleiche zu den oben genannten Bereichen der Satzungsleistungen zu erlauben?
- 5) Welche weiteren Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V sind ggf. für Ihr Unternehmen feststellbar? Welche Herausforderungen waren damit für Ihr Unternehmen verbunden?
- 6) Wie bewerten Sie die Auswirkungen des § 11 Abs. 6 SGB V auf den Markt privater Zusatzversicherungen insgesamt?

### Kooperationsgeschäft mit gesetzlichen Krankenkassen

- 7) Kooperiert Ihr Unternehmen mit gesetzlichen Krankenkassen? Falls ja, mit welchen Kassen?
- 8) Wie stimmt Ihr Unternehmen die angebotenen Zusatzversicherungen mit den Kooperationspartnern ab? Welche Rolle spielen dabei ggf. die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V?
- 9) Welche Auswirkungen hat der § 11 Abs. 6 SGB V auf das Kooperationsgeschäft mit den gesetzlichen Kassen? Wurden Kooperationen eher befördert oder behindert?

## A.4 Leitfragen für die Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Verbraucher- und Patientenvertretungen

**prognos**

Evaluierung § 11 Abs. 6 SGB V auf den Wettbewerb

### **Leitfragen zum Fachgespräch**

Versicherten- und Patientenvertreter

#### **Bedeutung der Satzungsleistungen für Versicherte**

- 1) Wie hat sich die Bedeutung der Satzungsleistungen aus Sicht der Versicherten seit 2012 entwickelt?
- 2) Wie beurteilen Sie den Kenntnisstand bezüglich Satzungsleistungen unter Versicherten? Hat sich der Kenntnisstand seit 2012 verändert?
- 3) Für welche Versicherten sind die Satzungsleistungen bedeutsam, für welche nicht?

#### **Wahl der Krankenkasse**

- 4) Welche Rolle spielen die Satzungsleistungen bei der Wahl der Krankenkasse (auch im Vergleich mit anderen Faktoren, wie z. B. Zusatzbeitrag oder Servicequalität)?
- 5) Welche Rolle spielen Vergleichsportale in diesem Zusammenhang?
- 6) Erhöhen die Satzungsleistungen die Aufmerksamkeit der Versicherten für die sonstigen Versicherungsbedingungen (z. B. Zusatzbeitrag, Service, Wahltarife, Bonusprogramme)?

#### **Zusammenhänge mit privaten Zusatzversicherungen**

- 7) In welchem Verhältnis stehen Satzungsleistungen und private Zusatzversicherungen aus Sicht der Versicherten?
- 8) Welche Auswirkungen haben Satzungsleistungen für die Bedeutung und Wahl privater Zusatzversicherungen?

#### **Gesamtbewertung und Ausblick**

- 9) Welche Vorteile und Herausforderungen ergeben sich für die Versicherten durch die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V?
- 10) Inwiefern halten Sie die Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V für ein geeignetes Instrument, um den Wettbewerb innerhalb der GKV und zur PKV im Interesse der Versicherten zu stärken?
- 11) Inwiefern besteht aus Versichertensicht Anpassungsbedarf bei den Satzungsleistungen?
- 12) Welche konkreten Fragen sollten wir in einer Versichertenbefragung stellen, um ihre Sicht auf die Satzungsleistungen adäquat zu erfassen?

## A.5 Fragebogen für die Versichertenbefragung

**forsa.**

### FRAGEBOGEN „Gesetzliche Krankenversicherung“

#### SCREENING:

1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse krankenversichert oder sind Sie privat krankenversichert?
  - gesetzlich krankenversichert
  - privat krankenversichert >> ENDE

#### AB HIER: 1.000 GESETZLICH KRANKENVERSICHERTE

2. Sind Sie bei der Krankenkasse selbst versichert – oder sind Sie als Familienmitglied mitversichert, z.B. über Ihren Lebenspartner oder Ihre Eltern?
  - selbst versichert
  - familienversichert
3. Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sind Sie krankenversichert?
  - AOK – Allgemeine Ortskrankenkasse
  - Barmer
  - einer Betriebskrankenkasse (z.B. BKK)
  - DAK-Gesundheit
  - einer Innungskrankenkasse (z.B. IKK Classic)
  - KKH
  - Knappschaft
  - TK – Techniker Krankenkasse, Die Techniker
  - andere: NOTIEREN
  - weiß nicht
4. Bieten eigentlich alle gesetzlichen Krankenkassen die gleichen Leistungen an oder unterscheiden sich die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen?
  - bieten alle die gleichen Leistungen
  - Leistungen unterscheiden sich
  - weiß nicht

#### ZWISCHENTEXT:

Im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sind alle erforderlichen medizinischen Leistungen festgelegt, die jede gesetzliche Krankenkasse anbieten muss.

Darüber hinaus kann jede gesetzliche Krankenkasse ihren Versicherten zusätzliche Leistungen bieten, die sie selbst festlegt. Beispiele für solche Zusatzleistungen sind z.B.:

- Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung
- Kostenübernahme für alternative Heilmethoden und Naturheilverfahren (Homöopathie, Osteopathie)
- erweiterter Anspruch auf künstliche Befruchtung

- zusätzliche Leistungen für Schwangere
- zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

Für diese sogenannten Zusatzleistungen gilt in der Regel das Kostenerstattungsprinzip, d.h. der Versicherte kommt zunächst selbst für die Kosten der Behandlung auf und die Kasse erstattet diese anschließend auf Antrag des Versicherten.

5. Bietet Ihre Krankenkasse soweit Sie wissen solche Zusatzleistungen an?
  - ja
  - nein
  - weiß nicht
  
6. FALLS JA:  
 Und haben Sie für sich persönlich in den letzten 5 Jahren einmal eine Zusatzleistung Ihrer Krankenkasse in Anspruch genommen?
  - ja
  - nein
  - weiß nicht
  
7. Finden Sie es alles in allem gut, dass die gesetzlichen Krankenkassen solche freiwilligen Zusatzleistungen anbieten können oder sollten Ihrer Meinung nach alle gesetzlichen Krankenkassen die gleichen Leistungen anbieten?
  - freiwillige Zusatzleistungen sind gut
  - alle Krankenkassen sollten die gleichen Leistungen anbieten
  - weiß nicht
  
8. Bei der Wahl einer Krankenkasse können ja verschiedene Aspekte von Bedeutung sein. Angenommen, Sie würden jetzt die Krankenkasse wechseln wollen: Wie wichtig wären Ihnen bei der Entscheidung für eine Krankenkasse dann folgende Merkmale?
  - dass die Krankenkasse einen möglichst geringen Zusatzbeitrag über den gesetzlichen Beitragssatz hinaus verlangt
  - dass die Krankenkasse einen besonders guten Service bietet, z.B. eine Geschäftsstelle in Ihrer Nähe hat oder eine Hotline, die immer erreichbar ist
  - dass die Krankenkasse Bonus- oder Prämienprogramme anbietet, z.B. Bonus für Gesundheits- und Vorsorgemaßnahmen
  - dass die Krankenkasse freiwillige Zusatzleistungen anbietet, z.B. professionelle Zahnreinigung, Naturheilmittel oder zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen
  - dass die Krankenkasse Wahltarife anbietet, z.B. einen Tarif mit Selbstbehalt, Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen, etc., mit denen man seinen Versicherungsschutz individuell gestalten kann

- dass die Krankenkasse besondere Versorgungsmodelle anbietet, z.B. integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung, spezielle Ärzte-Netzwerke, etc.
- dass Ihnen die Krankenkasse von Familie, Freunden oder Bekannten empfohlen wurde

**ANTWORTOPTIONEN:**

- sehr wichtig
  - wichtig
  - nicht so wichtig
  - unwichtig
  - weiß nicht/ k.A.
9. Haben Sie über Ihre gesetzliche Krankenversicherung hinaus eine private Zusatzversicherung abgeschlossen, mit der Sie sich gegen eine zusätzliche Prämie über die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen hinaus absichern können, wie z.B. Chefarztbehandlung oder Zahn-Zusatzversicherung?
- ja
  - nein, aber habe bereits über den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung nachgedacht
  - nein, weder noch
  - weiß nicht
10. Was meinen Sie: Wenn man eine Krankenkasse entsprechend ihrer Zusatzleistungen auswählt, kann man dadurch private Zusatzversicherungen ersetzen, werden diese sozusagen „überflüssig“?
- ja, auf jeden Fall
  - ja, eher
  - nein, eher nicht
  - nein, auf keinen Fall
  - weiß nicht

---

# Impressum

---

## Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zur privaten Krankenversicherung

---

### Erstellt im Auftrag von

Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstraße 108,  
10117 Berlin

---

### Bearbeitet von

Prognos AG  
Heinrich-von-Stephan-Straße 23  
79100 Freiburg  
Telefon: +49 761 7661164-810  
Fax: +49 761 7661164-820  
E-Mail: [info@prognos.com](mailto:info@prognos.com)  
[www.prognos.com](http://www.prognos.com)  
[twitter.com/Prognos\\_AG](https://twitter.com/Prognos_AG)

---

### Autoren

Dr. Stefan Moog (Prognos AG)  
Janko Vollmer (Prognos AG)  
Prof. Dr. Stefan Fetzer (Hochschule Aalen)  
Carsten Maday (Prognos AG)

### Kontakt

Dr. Stefan Moog (Projektleitung)  
Telefon: +49 761 76 61 164-812  
E-Mail: [Stefan.Moog@prognos.com](mailto:Stefan.Moog@prognos.com)

---

Satz und Layout: Prognos AG  
Stand: Februar 2019  
Copyright: 2019, Prognos AG

---

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, beim Bundesministerium für Gesundheit. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos AG (2019): Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zur privaten Krankenversicherung.