Gastautor: Roman Böckmann

Wir können die Zwei-Klassen-Medizin nicht abschaffen, aber reformieren

3. April 2017

Die Private Krankenversicherung steht vor großen Herausforderungen. Diese 4 Ideen könnten sie für die Zukunft stärken.

Die Zweiteilung des deutschen Gesundheitssystems in Gesetzliche und Private Krankenversicherung (GKV und PKV) ist in den vergangenen Jahren zunehmend kritisiert worden. Befürworter eines solidarischen Gesundheitswesens bemängeln die »Zwei-Klassen-Medizin«, während überzeugte Marktliberale den »Systemwettbewerb« zwischen GKV und PKV für ineffizient halten.

Eine Abkehr vom dualen Versicherungssystem ist aber nicht von heute auf morgen umzusetzen – weil die PKV einige strukturelle Besonderheiten aufweist. Obwohl beide Versicherungssysteme eigentlich eine ähnliche Funktion im Gesundheitswesen haben, sind sie sehr unterschiedlich organisiert. Somit stehen sie auch vor unterschiedlichen Herausforderungen. Die wichtigsten Herausforderungen im Bereich der Privaten Krankenversicherungen sind:

Dies ist die PDF-Version des Artikels **›Wir können die Zwei-Klassen-Medizin nicht abschaffen, aber reformieren‹** von Perspective Daily.
Den vollständigen Artikel inklusive Bildern und multimedialer Elemente findest du hier online:
perspective-daily.de/article/224/tvEW7P5S

- **Wer versichert sich privat?** Die Versichertenstruktur der PKV hat sich verändert.
- **Geringe Zinsen fürs Alter:** Die Altersrückstellungen, mit denen jüngere Versicherungsnehmer die steigenden Kosten im Alter finanzieren sollen, leiden unter den derzeit niedrigen Zinsen.
- **Einbahnstraße für Ältere:** Das PKV-Modell macht es älteren Versicherten fast unmöglich, den Anbieter zu wechseln.
- **Fehlende Ausgabensteuerung:** Krankheitskosten lassen sich nicht wirksam genug steuern.

Reformen der PKV werden oft als »Luxusproblem für Besserverdiener« betrachtet – ganz so einfach ist es jedoch nicht. Für derzeit fast 9 Millionen privat Versicherte in Deutschland ist die PKV ein bedeutender Zweig der sozialen Sicherung, der auf eine über 100-jährige Versicherungstradition zurückblickt.

Mit jährlichen Ausgaben von 26 Milliarden Euro, Altersrückstellungen in Höhe von 220 Milliarden Euro und rund 42.500 Beschäftigten ist die PKV ein wichtiger Wirtschaftszweig des deutschen Gesundheitssystems. #1 Reformen müssen also gleichzeitig den Interessen der Versicherten, der Ärzte sowie der Unternehmen und ihren Angestellten gerecht werden. Nehmen wir also die gerade genannten Herausforderungen unter die Lupe.

1. Wer versichert sich privat?

Zu den privat Versicherten zählen neben Beamten, Pensionären, Selbstständigen, Freiberuflern *1 und Angestellten ab einer bestimmten Einkommenshöhe *2 auch andere Gruppen: 30% der Versicherten sind Rentner, Studenten, Arbeitslose und Nichterwerbstätige wie zum Beispiel Schüler, Hausfrauen oder Sozialhilfeempfänger. *3 Zu diesem Ergebnis kam eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV #2 aus

dem Jahr 2012 [*4]. Der Rest ist klassisches PKV-Klientel: Knapp jeder Vierte ist Beamter, gut jeder Sechste Pensionär. Hinzu kommen gut 15% Selbstständige und Freiberufler, auch die Angestellten stellen mit etwas weniger als 12% noch eine größere Personengruppe dar.

In der Vergangenheit hat der Gesetzgeber immer wieder in das Geschäftsmodell der PKV eingegriffen, um bestimmten Versichertengruppen einen angemessenen Gesundheitsschutz zu bieten. In den letzten Jahren sind so 3 unterschiedliche Sozialtarife entstanden: der Standard-, der Basis- und der Notlagentarif.

Der Standardtarif

Bis in die 1990er-Jahre hinein kam es häufiger vor, dass Menschen immer dann, wenn sie jung, gesund und einkommensstark waren, in die PKV wechselten, um später, wenn sich ihre wirtschaftliche oder gesundheitliche Situation verschlechtert hatte, wieder in die Solidargemeinschaft der GKV zurückzukehren. Diese als unsozial empfundene Praxis hat der Gesetzgeber unterbunden, indem er – zunächst nur für ältere privat Versicherte – die Rückkehrrechte in die GKV eingeschränkt hat. Eine Folge dieser Regelung war, dass in der PKV immer mehr ältere Menschen versichert waren. Weil diese sich die Beiträge der PKV zunehmend nicht mehr leisten konnten, wurde 1994 der sogenannte Standardtarif eingeführt, in dem sich ältere privat Versicherte weitgehend zu den Konditionen der GKV versichern können. Aktuell zahlen 45.800 Menschen den Standardtarif – also etwa 0,5% aller privat Versicherten. [#3]

Der Basistarif

Der Trend zu einer durchmischten Versichertenstruktur dürfte sich in Zukunft noch verstärken, denn im Jahr 2009 hat der Gesetzgeber zum ersten Mal eine allgemeine Krankenversicherungspflicht eingeführt. [#4] Seither gilt der Grundsatz, dass jedes der beiden Systeme für die dauerhafte und bezahlbare Absicherung des in ihm versicherten Personenkreises verantwortlich ist (»Einmal PKV, immer PKV«).

Die PKV muss also in Zukunft häufiger auch solche Menschen weiterversichern, die nicht (oder nicht mehr) über hohe und sichere Einkommen verfügen oder überdurchschnittlich gesund sind. Um die hiermit verbundenen Risiken für die Versicherten abzumildern, wurde die PKV verpflichtet, einen Basistarif anzubieten.

Der Basistarif orientiert sich hinsichtlich des Leistungsumfangs an der GKV. Auch der monatlich zu zahlende Beitrag ist auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt (derzeit 665 Euro). Im Basistarif gilt ein sogenannter Kontrahierungszwang – das heißt, ein Unternehmen darf keinen Versicherten abweisen. Auch wenn ein Versicherter erhebliche Vorerkrankungen hat, gibt es im Basistarif weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Außerdem gelten verminderte Gebührensätze für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, sodass Ärzte für die gleichen Leistungen weniger Honorar verlangen dürfen als bei »normalen« privat Versicherten. Wenn ein Basistarif-Versicherter hilfebedürftig wird – zum Beispiel Hartz IV empfängt –, kann der Versicherungsbeitrag halbiert werden. In manchen Fällen übernimmt die öffentliche Hand die Beiträge sogar vollständig. Im Basistarif der PKV sind derzeit 29.400 Menschen (etwa 0,3% aller privat Versicherten) versichert, davon muss gut die Hälfte nur den halben Satz zahlen.

Der Notlagentarif

Seit 2013 gibt es ergänzend zum Standard- und Basistarif noch den sogenannten Notlagentarif. Das ist ein Sozialtarif für Versicherte mit Zahlungsschwierigkeiten, die aber keine staatliche Unterstützung beziehen. Versicherte werden in den Notlagentarif umgestellt, wenn sie längerfristig ihre Beiträge nicht bezahlen können. Im Notlagentarif werden keine neuen Altersrückstellungen [*5] aufgebaut. Wie im Basistarif müssen Ärzte und Zahnärzte ihre Behandlungen vergünstigt abrechnen. Die Leistungen umfassen – außer bei Kindern und Jugendlichen – nur Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Derzeit sind 114.300 Menschen im Notlagentarif der PKV versichert (also ca. 1,3% aller privat Versicherten).

Gemessen an der Gesamtzahl von derzeit 8,88 Millionen privat Versicherten ist die Zahl der Menschen im Standard-, Basis- und Notlagentarif noch immer relativ gering (ca. 2,2%). Allerdings sind die Zahlen in den vergangenen Jahren gestiegen und könnten sich angesichts wachsender sozialer Herausforderungen in Zukunft weiter erhöhen.

Die weitverbreitete Annahme, dass es sich bei den privat Versicherten ausschließlich um »Besserverdiener« handelt, ist so nicht haltbar. Eine Krankenversicherung, die gerade dann, wenn es den Menschen finanziell und gesundheitlich schlecht geht, nur noch eine akute Schmerz- und Notfallbehandlung ermöglicht, könnte in Zukunft erhebliche Akzeptanzprobleme bekommen. So werden möglicherweise auch einkommensstarke und jüngere Versicherte davon abgehalten, in die PKV zu wechseln. Dass in der GKV fast 5,7 Millionen Menschen freiwillig versichert sind [#5] – obwohl sie zur Zielgruppe der PKV gehören –, lässt erahnen, wie unattraktiv die PKV für viele gesetzlich Versicherte ist.

2. Geringe Zinsen fürs Alter

Welche Beiträge die Versicherten zahlen müssen, ermitteln GKV und PKV unterschiedlich. In der GKV orientieren sich die Beiträge im Wesentlichen am Einkommen. Die PKV hingegen wägt ab, welches Risiko sie bei einem Neukunden eingeht. [*6] Die Versicherungsbeiträge von älteren privat Versicherten sinken also nicht automatisch, wenn sie in den Ruhestand gehen und weniger Geld zur Verfügung haben.

Um die im Alter üblicherweise steigenden Krankheitskosten finanzieren zu können, müssen Privatversicherer Altersrückstellungen für ihre Versicherten bilden. [#6] In jungen Jahren zahlt ein Versicherter also einen höheren Beitrag, als es seinem aktuellen Krankheitsrisiko entspricht. Der restliche Teil des Beitrags wird verzinslich angelegt und zum Aufbau der Altersrückstellung benutzt.

Bei der Kalkulation der Beiträge ergibt sich nun folgendes Problem: Beim Abschluss eines neuen Vertrages weiß ein Versicherungsunternehmen

noch nicht, wie hoch der tatsächlich erwirtschaftete Zinssatz in den kommenden Jahrzehnten sein wird. Daher muss mit einem kalkulatorischen Zinssatz gerechnet werden. Dieser drückt die Erwartung einer möglichen Verzinsung aus und sollte somit möglichst realistisch sein. Der Gesetzgeber deckelt diesen Satz auf maximal 3,5%, um das Risiko für Versicherte gering zu halten. [#7] In der Vergangenheit war es für die PKV-Unternehmen zumeist kein Problem, diese Renditen zu erzielen. Ganz im Gegenteil: Die mit den Altersrückstellungen erwirtschafteten Zinsen lagen in der Regel deutlich über dem Rechnungszins und wurden als sogenannte Überzinsen zu 90% den Altersrückstellungen zugeführt.

Nun halten jedoch die Zentralbanken die Zinsen seit einigen Jahren sehr niedrig. Für die Versicherer wird es immer schwieriger, die einst kalkulierten Zinsen tatsächlich zu erwirtschaften. Nach Angaben der Bundesregierung konnten im Jahr 2016 alle 37 PKV-Unternehmen den Rechnungszins von 3,5% nicht mehr erwirtschaften. [#8] Damit fehlen den Versicherungen zunehmend die Mittel, um die zukünftigen Ausgaben für die älteren Versicherten reduzieren zu können. Konsequenterweise mussten viele private Krankenversicherer Anfang 2017 ihre Beiträge zum Teil deutlich erhöhen. [#9]

Es ist zu erwarten, dass die PKV bei anhaltenden Niedrigzinsen weitere Beitragserhöhungen vornehmen muss. Trotzdem wäre diese Entwicklung allein sicher noch nicht existenzgefährdend. Zum einen lassen sich die negativen Effekte niedriger Zinsen über lange Zeiträume strecken, zum anderen sind die vorhandenen Altersrückstellungen von 220 Milliarden Euro durchaus geeignet, die Beiträge der älteren Versicherten auch weiterhin zu senken. Die niedrigen Zinsen können aber vor allem für diejenigen privat Versicherten zu Problemen führen, die im Alter nicht über hohe Einkommen oder Vermögen verfügen.

3. Einbahnstraße für Ältere

Von einer Gesetzlichen Krankenversicherung in die andere zu wechseln, ist immer möglich. Bei den Privaten Krankenversicherungen sieht das

anders aus: Älteren Kunden bleibt oft nur der Tarifwechsel innerhalb ihres bisherigen Unternehmens.

Um diesen Zusammenhang zu verstehen, muss man wissen, dass die privaten Versicherungsunternehmen jenseits des Standard-, Basis- und Notlagentarifs weiterhin ihre normalen Tarife anbieten, die jeweils individuell kalkuliert wurden: Günstig genug, um konkurrenzfähig zu bleiben – aber teuer genug, um Kostenrisiken für die Versicherung zu minimieren. Versicherer sprechen von Risikoäquivalenz. Das bedeutet, dass sich die Beiträge an Vorerkrankungen und dem Alter orientieren oder – im Fall von größeren Vorerkrankungen – bestimmte Leistungen vertraglich ausgeschlossen werden.

Für die Privatversicherer gilt in den normalen Tarifen Vertragsfreiheit – sie können also auch weiterhin Versicherungswillige ablehnen. Ist ein Vertrag aber einmal zustande gekommen, gelten zum Schutz der Versicherten einige sozialpolitische Regulierungen. So kann dem Versicherten nach Vertragsabschluss nicht mehr gekündigt werden. Auch dürfen die Versicherer die Beiträge nur noch für alle Versicherten eines Tarifkollektivs erhöhen, nicht aber bei einzelnen Versicherten, deren Gesundheitszustand sich verschlechtert hat.

Beim Versicherungswechsel nimmt das neue Versicherungsunternehmen eine eigene Risikobewertung vor. Weil der Kunde seit dem letzten Vertragsabschluss aber älter geworden ist, ergeben sich in der Regel höhere Beiträge. Das macht einen Wechsel unwirtschaftlich. Kommen außerdem neue Erkrankungen hinzu, wird es noch teurer. Im ungünstigsten Fall würden bestimmte Leistungen sogar ausgeschlossen oder der Vertragsabschluss ganz abgelehnt. Für viele ältere Versicherte kommt noch hinzu, dass sie ihre angesparten Altersrückstellungen nicht zum neuen Versicherer mitnehmen können. [*7]

Angesichts des marktwirtschaftlichen Charakters der PKV scheint es paradox, dass ausgerechnet die privat Versicherten schlechte Serviceleistungen, hohe Verwaltungskosten oder mangelnde Kundennähe hinnehmen müssen und in solchen Fällen nicht zu einem anderen

Unternehmen wechseln können. Gerade der Teil der Bevölkerung, der über echte Wahlfreiheiten zwischen den Versicherungssystemen verfügt (das sind vor allem abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze), dürfte kaum bereit sein, sich ein ganzes Versichertenleben an ein Unternehmen zu binden. Damit ist die PKV aber für viele Menschen zunehmend unattraktiv. Dies gilt im Systemwettbewerb mit der GKV vor allem für gut verdienende Versicherte mit Kindern, da diese – anders als in der PKV – in der GKV beitragsfrei mitversichert werden können.

4. Die fehlende Ausgabensteuerung

Auf der Ausgabenseite haben GKV und PKV zunächst ähnliche Herausforderungen zu bewältigen. Entwicklungen wie zum Beispiel der demographische Wandel oder der medizinisch-technische Fortschritt betreffen grundsätzlich beide Systeme.

Dennoch gibt es einige wichtige Unterschiede, die vor allem der PKV die Kontrolle ihrer Ausgaben erschweren. Wenn ein Privatpatient zum Arzt geht, zahlt seine Versicherung für alle Behandlungen, ohne die Kosten zu deckeln. [*8] Das Vergütungsniveau liegt dabei normalerweise über dem der GKV. Privatpatienten profitieren so von einer umfassenden medizinischen Versorgung, da alle vom Arzt erbrachten Leistungen auch auf vergleichsweise hohem Niveau vergütet werden. Im Krankheitsfall dürfte daher auch alles unternommen werden, um eine bestmögliche Heilung zu erwirken.

Hierbei gilt das sogenannte Kostenerstattungsprinzip: Private Versicherer schließen nur Verträge mit ihren Versicherungsnehmern ab, nicht mit den Ärzten. Der Vorteil für den Arzt liegt darin, dass alle erbrachten medizinischen Leistungen auch entsprechend vergütet werden. Diese Regelung macht die PKV für viele Versicherte attraktiver. Allerdings birgt sie auch ein erhebliches Kostenrisiko. Die Deutschen werden immer älter, also werden häufigere Behandlungen nötig. Auch der medizinisch-technische Fortschritt bringt oftmals teurere Behandlungen

auf den Markt. Diese beiden Faktoren setzen ein nicht budgetiertes System unter Druck. Außerdem ist mancher Arzt geneigt, auch Behandlungen durchzuführen, die medizinisch unnötig oder von zweifelhaftem Nutzen sind, wenn er weiß, dass der privat Versicherte in jedem Fall zahlen wird.

Die PKV hat kaum einen Einfluss auf das Verhalten der Ärzte, daher bleiben ihnen zur Ausgabensteuerung nur die eigenen Versicherten. Sogenannte Selbstbehalttarife und Beitragsrückerstattungen setzen beispielsweise einen Anreiz, medizinische Leistungen bis zu einer gewissen Höhe selbst zu bezahlen und diese nicht (unnötig) in Anspruch zu nehmen. Dies kann jedoch auch dazu führen, dass Krankheiten verschleppt werden und später deutlich höhere Behandlungskosten entstehen. Darüber hinaus könnten Versicherte den Beitragserhöhungen ausweichen, indem sie in günstigere Tarife mit einem geringeren Sicherungsniveau wechseln.

In all diesen Fällen werden jedoch nicht die Ausgaben verringert, sondern lediglich die Kosten auf diejenigen Versicherten übertragen, die tatsächlich krank sind und der medizinischen Hilfe bedürfen. Dass die Patienten darüber hinaus zum wirksamen Kostenkontrolleur ärztlicher Leistungen gemacht werden, ist schon aufgrund der für die Arzt-Patient-Beziehung typischen Informationsasymmetrien [*9] nicht sonderlich plausibel.

Für den wohlhabenden Teil der privat Versicherten mögen die steigenden Kosten kein Problem darstellen. Allerdings besteht die Gefahr, dass in Zukunft immer mehr Menschen ihren Versicherungsschutz gerade dann reduzieren müssen, wenn sie ihn am dringendsten benötigen.

So kann eine behutsame Reform aussehen

Es deuten sich bei der PKV also Herausforderungen an, um die sich die Politik kümmern sollte. Weder aus solidarischer noch aus wettbewerblicher Perspektive erscheint es sinnvoll, die duale

Versicherungsstruktur aufrechtzuerhalten. Trotzdem lässt sich die PKV aus folgenden Gründen nicht einfach abschaffen:

- **Soziale Verantwortung:** Die letzten Regierungen haben über Parteigrenzen hinweg an der dualen Versicherungsstruktur festgehalten. Der PKV wurde dabei die Aufgabe zugewiesen, für einen bestimmten Personenkreis das Krankheitsrisiko in lebenslanger Perspektive abzusichern. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden den Privatversicherern umfangreiche sozialpolitische Regulierungen auferlegt. Auch wenn es sicher kein Recht gibt, dass »angestammte« Geschäftsfelder für alle Zeiten geschützt bleiben, müssen sich die Versicherer darauf verlassen können, dass sie den sozialen Gestaltungsauftrag – auch im Sinne der ihnen anvertrauten Versicherten – erfüllen können.

- **Verfassungsrechtliche Vorgaben:** Gegen radikale Lösungen sprechen auch verfassungsrechtliche Argumente, die sich zum Beispiel aus dem Eigentumsrecht (Altersrückstellungen) oder der Berufsfreiheit [*10] ergeben. Mögliche Reformen sollten sich daher grundsätzlich auf das Neukundengeschäft beschränken.

Es sprechen also gute Gründe für eine eher moderate, auf den Ausgleich verschiedener Interessen abzielende Weiterentwicklung. Die folgenden Vorschläge sind mögliche Bausteine einer solchen Weiterentwicklung der PKV:

- **Wer versichert sich privat?** Die Möglichkeit, sich allein aufgrund seines Berufsstatus privat zu versichern, ist nicht mehr zeitgemäß. Die Wechseloption in die PKV sollte daher ausschließlich an die Einkommenshöhe gekoppelt werden. Das grundsätzliche Problem, dass auch sehr gut verdienende Menschen arbeitslos werden können oder im Laufe ihres Lebens Einkommenseinbußen erleiden, bleibt somit zwar bestehen. Allerdings dürfte sich die Zahl der Versicherten, die ihre Beiträge nicht mehr bezahlen können, in Zukunft deutlich reduzieren. Zur Absicherung derjenigen Beamten, deren Besoldung unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, müsste es der GKV erlaubt werden, beihilfekonforme Krankenversicherungen anzubieten.

- **Geringe Zinsen fürs Alter:** Die allgemeine Zinsentwicklung können weder die Versicherungen noch die Bundesregierung beeinflussen. Die derzeitigen Unsicherheiten auf den Finanzmärkten [#10] werfen die grundsätzliche Frage auf, ob die Bildung von Altersrückstellungen über das Kapitaldeckungsverfahren überhaupt sinnvoll ist. Eine Abkehr davon könnte die zukünftige Annäherung der beiden Versicherungssysteme zudem erheblich erleichtern, allerdings wären hierfür umfassende gesetzliche Änderungen erforderlich. Sofern der Gesetzgeber jedoch am Kapitaldeckungsverfahren festhält, können sich gesetzliche Regelungen bestenfalls auf die Lockerung der regulativen Vorschriften beschränken, etwa durch die Absenkung des kalkulatorischen Rechnungszinses.

- **Einbahnstraße für Ältere:** Um älteren Versicherten den Wechsel zwischen verschiedenen PKV-Unternehmen zu ermöglichen, müsste der Gesetzgeber aktiv werden und die PKV einige ihrer Grundsätze aufgeben. Dieses Ziel lässt sich nur erreichen, wenn die PKV-Unternehmen zum Vertragsabschluss gezwungen und individuelle Risikobewertungen abgeschafft werden. Jeder Versicherte eines Unternehmens würde dann eine (unternehmens-)einheitliche Kopfpauschale bezahlen. Zusätzlich müsste in diesem Fall ein Finanzausgleich zwischen allen PKV-Unternehmen verhindern, dass ein einzelnes Unternehmen mit vielen Risikopatienten wirtschaftlich in Schieflage gerät.

- **Fehlende Ausgabensteuerung:** Um das Ausgabenproblem zu minimieren, könnten im ersten Schritt die Vergütungssysteme für ärztliche Leistungen zwischen den beiden Versicherungssystemen angeglichen werden. Hierbei sind jedoch nicht nur die Interessen der Versicherten und der Versicherungsunternehmen zu berücksichtigen, sondern auch die berechtigten Anliegen der Ärzte, für ihre Leistungen eine angemessene Vergütung zu erhalten. Eine weitere Möglichkeit zur Kostenkontrolle bestünde darin, den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen Kooperationsmöglichkeiten bei Vertragsabschlüssen mit den Leistungsanbietern zu ermöglichen. Dies würde die PKV zwar rechtlich und organisatorisch näher an die GKV heranrücken, allerdings könnte sie hiermit auch ihre Verhandlungsposition gegenüber den Ärzten stärken.

Das deutsche Gesundheitssystem ist zu komplex, die Versorgungsstrukturen zu verflochten und die Interessen der Akteure zu vielfältig, als dass einfache Antworten den sozialpolitischen Herausforderungen der Zukunft gerecht werden könnten. Die Vorschläge zielen daher nicht auf einen radikalen Umbau der PKV, sondern auf die behutsame Annäherung der beiden Systeme ab.

Zusätzliche Informationen

*1 Die meisten Beamten sind jedoch faktisch der PKV zugeordnet, da sie im Falle der freiwilligen Versicherung in der GKV den gesamten Versicherungsbeitrag ohne den Arbeitgeberzuschuss – für die Beamten ist das die Beihilfe – tragen müssten. Ähnliches gilt für die Selbstständigen, die relativ hohe Mindestbeiträge in der GKV entrichten müssten, sodass auch sie einen finanziellen Anreiz zum Wechsel in die PKV haben.

*2 Angestellte müssen, um sich privat versichern zu dürfen, mit ihrem Jahresverdienst die sogenannte Versicherungspflichtgrenze überschreiten. Diese Grenze lag 2016 bei 56.250 Euro.

*3 Es ist offensichtlich, dass diese Versichertengruppen ungleiche soziale Risiken aufweisen. So haben Beamte zwar einen relativ sicheren Beschäftigungsstatus, jedoch sehr unterschiedliche Besoldungsstrukturen. Selbstständige tragen ein ungleich größeres wirtschaftliches Risiko, das sich gerade im Krankheitsfall in besonderer Weise verschärfen kann (Einkommensschwankungen bis hin zu Einkommensausfällen, Insolvenzgefahr etc.). Auch abhängig Beschäftigte, die zu einem bestimmten Zeitpunkt die Versicherungspflichtgrenze überschreiten und somit in die PKV wechseln dürfen, können im Laufe ihres Lebens arbeitslos werden oder empfindliche Einkommenseinbußen erleiden.

*4 Basierend auf Daten aus dem Jahr 2008.

*5 Altersrückstellungen sollen die Versicherten im Alter entlasten, damit von der Pension oder Rente mehr übrig bleibt.

*6 Krankenkassen sprechen von Risikoäquivalenz: Das bedeutet, dass die Beitragshöhe von eventuellen Vorerkrankungen, dem Alter bei Vertragsabschluss sowie dem vereinbarten Leistungsumfang abhängt.

*7 Eine Mitnahme der Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs ist nur für Versicherte möglich, die ihren Vertrag nach dem 01.01.2009 abgeschlossen haben.

*8 In der Fachsprache heißt das »unbudgetierte Einzelleistungsvergütung«.

*9 Unter Informationsasymmetrien verstehen Ökonomen in diesem Zusammenhang, dass der Arzt über mehr Wissen und fachliche Expertise verfügt als der Patient. Kommt ein Versicherter mit einem unbestimmten Leiden in die Praxis, so wird die nachgefragte Leistung ganz entscheidend von der Diagnose des Arztes abhängen. Je ernsthafter und damit oft auch kostspieliger die Behandlung ist, desto weniger wird der Patient mit dem Arzt auf Augenhöhe über kostengünstige Behandlungsalternativen verhandeln können.

*10 Eine Abschaffung des dualen Systems käme einer Beschränkung des Betätigungsfeldes gleich; dies wäre sowohl ein Problem für die Unternehmen als auch für deren Beschäftigte.

Quellen und weiterführende Links

#1 Zahlen vom Verband der Privaten Krankenversicherung (2016)
http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2015/

#2 Hier geht es um die sozio-ökonomische Struktur der privat Versicherten
http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-sozioooekonomische-struktur-der-pkv-versicherten-ergebnisse-der-einkommens-und-verbrauchsstich.html

#3 Zahlen vom Verband der Privaten Krankenversicherung für das Jahr 2015 (2016, S. 29)
http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2015/

#4 Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), Paragraph 193, Versicherte Person; Versicherungsplicht
https://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/__193.html

#5 Zahlen vom Verband der Privaten Krankenversicherung für das Jahr 2015 (2016, S. 114)
http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2015/

#6 § 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
http://www.gesetze-im-internet.de/vag_2016/__146.html

#7 § 4 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)
http://www.gesetze-im-internet.de/kvav/__4.html

#8 Deutscher Bundestag (2016): Drucksache 18/10101. Wirtschaftliche Situation der Unternehmen in der privaten Krankenversicherung, S. 17
http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2015/

#9 Verband der Privaten Krankenversicherung (o. J.): Woher kommt jetzt plötzlich diese Beitragserhöhung? Themenseite zum Beitrag 2017; Fragen und Antworten
https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/pkv-beitrag-2017/

#10 Gastautor Roland Lindenblatt über das Bankensystem und wie das Konzept Vollgeld es stabilisieren könnte
https://perspective-daily.de/article/204/GzhTre4f