

Systemvergleich

Private Krankenversicherung
vs.
Gesetzliche Krankenversicherung

Mandant/in:

Hintergrundinformationen zu den Systemunterschieden zwischen der GKV und der PKV

Eine gute Beratung enthält neben reinen Zahlen auch Hintergrundinformationen und Antworten auf weiche, nicht mathematisch erchenbare Faktoren. Viele Interessenten fragen nach der Wahrscheinlichkeit von Beitragssteigerungen bei der PKV. Andere tun sich schwer, einem privaten Versicherer mehr zu vertrauen als dem Staat und sind sich über den rechtlichen Unterschied der Systeme nicht im Klaren. Zuletzt wird auch die Frage aufgeworfen, ob nicht die GKV das sozialere System im Vergleich zur PKV darstellt.

1. Qualitative Unterschiede von GKV und PKV im Vergleich

Fest steht, dass jeder, dem das deutsche Gesetz dies erlaubt, mit dem Wechsel zur PKV umfangreiche Mehrleistungen nutzen kann. Zunächst soll wiedergegeben werden, worin die wesentlichen Unterschiede der beiden Systeme grundsätzlich liegen und kurz darstellen welche qualitativen Unterschiede es gibt und warum es sie gibt:

1.1 Unterschiede in der medizinischen Versorgung sind gesetzlich vorgeschrieben

Die Leistungen in der GKV sind durch §12 des SGB V gesetzlich gedeckelt. Hier heißt es in Absatz (1): "Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. **Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.**" Und weiter in Absatz (3): "Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, **das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen**, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat." Mit anderen Worten: Wenn ein Krebsmedikament mit einer Wirkungswahrscheinlichkeit von 75% 200 EUR kostet und ein anderes mit einer Wirkungswahrscheinlichkeit von 85% 3.000 EUR, dann kann die gesetzliche Krankenkasse in der Regel **nicht mal aus Kulanz heraus das bessere Produkt bewilligen, ohne sich nach deutschem Gesetz schadensersatzpflichtig zu machen.**

Krankheitsbild	Anzahl Patienten	Konventionelle GKV-Versorgung		Moderne PKV-Versorgung		
		Medikation	Kosten	Medikation	Kosten	Vorteile
Rheuma & Arthrose	ca. 1,5 Mio.	Entzündungshemmer (Voltaren/Ibuprofen)	ca. 150 EUR	COX-2-Inhibitoren (Vioxx, Celebrex)	ca. 450 EUR	Deutlich weniger Magengeschwüre
Multiple Sklerose	ca. 120.000	Konventionell über Kortison, in Einzelfällen auch mit Beta-Interferonen (Avonex)	ca. 500 EUR	Medikamente mit dem Wirkstoff Nitro-Xantron (Ralenova, Novantrone)	ca. 15.000 EUR	Wirksame Verhinderung von MS-Schüben
Psychosen	ca. 800.000	Normale Neuroleptika (Pereoxin, Haloperidol)	ca. 200 EUR	Atypische Neuroleptika (Risperdal, Zyprexa)	ca. 2.700 EUR	Weniger Affektstörungen und motorische Nebenw.
Chronische Hepatitis C	ca. 800.000	„Wait and see“ - allgemein stabilisierende Maßnahmen	ca. 500 EUR	Alpha-Interferone (Peglatron, Intron A)	ca. 15.000 EUR	Verzögerung der Krankheitsentwicklung
Prostatavergrößerung	50% d. Männer über 65	Pflanzliche Prostata-Mittel (Prostagutt, Azuprostal)	ca. 100 EUR	5-Alpha-Reduktasehemmer (Proscar) oder Alpha-1-Rezeptorenblocker (Omnice)	ca. 500 EUR	Als Nebenwirkung von Proscar wird Glatzenbildung aufgehalten
Harninfekt	k.A.	Cotrimoxazol wie „Cotrim-ratiopharm“ oder „Kepisol“	ca. 180 EUR	Innovative Medikamente (Tavanic, Tarivid)	ca. 1.800 EUR	Kürzere Beschwerdedauer

Abb. 1: Mögliche Unterschiede der medizinischen Versorgung (Beispiele)

1.2 Unterschiede in der rechtlichen Stellung des Patienten aufgrund der Vertragskonstruktion

Letztlich hat **der GKV-Versicherte kein Mitspracherecht bei seiner Behandlung**, weil er nicht der Auftraggeber des Arztes ist – der Vertrag kommt zwischen der GKV und dem Arzt zu Stande (siehe Abb. 1). Die Leistungen der GKV legt aber der Gesetzgeber fest.

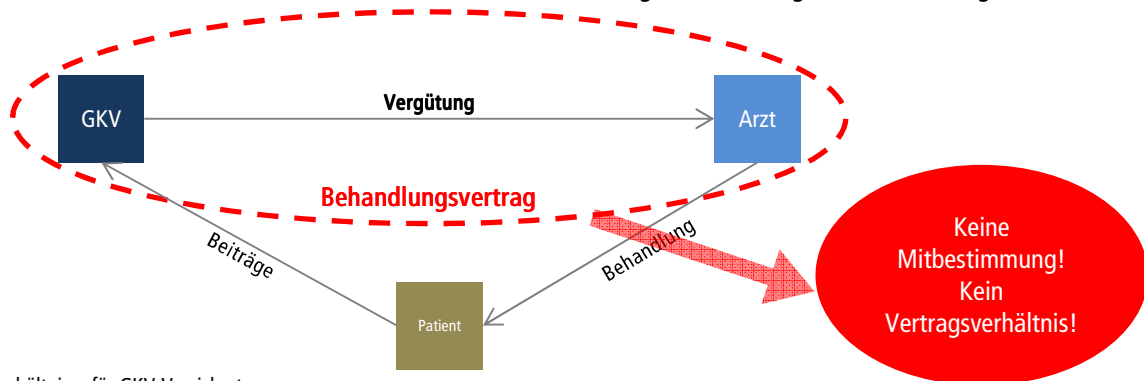


Abb. 2.1: Rechtsverhältnisse für GKV-Versicherte

In der PKV wird die Leistung dem Versicherten bei Vertragsabschluss zivilrechtlich garantiert – der Versicherer darf die Leistungen eigenmächtig nicht reduzieren, wie es im staatlichen System per einfacher Gesetzesänderung möglich ist und in der Vergangenheit wiederholt vorgekommen ist. Der Versicherer darf übrigens auch nicht einseitig den Vertrag kündigen – eine Kündigung ist nur durch den Versicherungsnehmer möglich. Zu jedem Zeitpunkt hat der Versicherte die Kontrolle über die Leistungen, die er bei der Versicherung bezahlt und die er beim Arzt durchführen lässt.

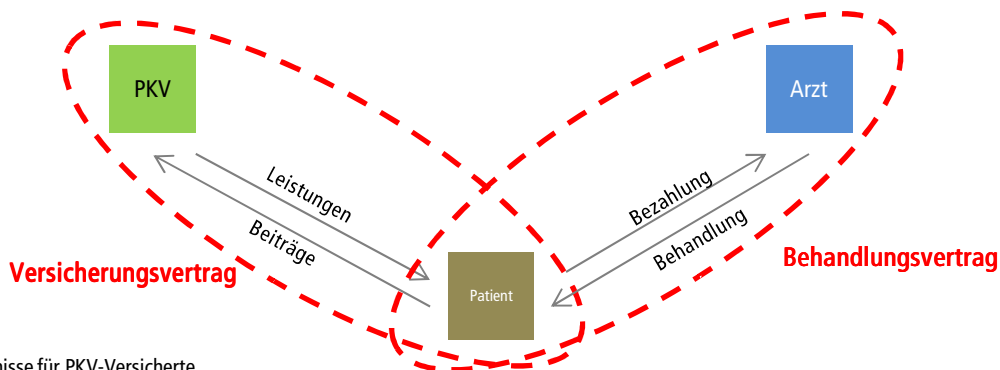


Abb. 2.2: Rechtsverhältnisse für PKV-Versicherte

Das PKV-System bietet neben Medikamenten mit höheren Heilungschancen auch bessere Behandlungsmethoden durch die Möglichkeit, individuelle Behandlungsverträge mit einem Arzt zu vereinbaren. Hierfür muss der PKV-Tarif, wenn vertraglich vereinbart, auch Behandlungen über der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) tragen. Denn wem es wirklich schlecht geht, z.B. weil eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert wurde, der wird im Regelfall recherchieren, welche Behandlungsmethoden nach dem neusten Stand der Wissenschaft die höchsten Heilungschancen aufweisen. **Innovative Behandlungsmethoden müssen jedoch nicht unbedingt in Deutschland angeboten werden**, sondern sind z.B. Teil jahrelanger Forschung einer Universität im Ausland. Ein guter PKV-Tarif übernimmt die dort entstehenden Kosten, während die GKV nur Leistungen deutscher Ärzte, bzw. Kosten einer Behandlung im Ausland nur auf dem Niveau einer deutschen Behandlung übernimmt. **Eine individuelle Vereinbarung mit einem ausländischen Arzt sieht das GKV-System nicht vor.** Dies ist schon bei kleineren Behandlungen ein Risiko – bei größeren und neuartigen Operationen (deren Kosten mit anschließender medikamentöser Behandlung schnell Hunderttausende Euro betragen können) würde eine Inanspruchnahme ausländischer Leistungen jedoch schlichtweg eine große Summe vom Patienten als Zuzahlung zur in Deutschland üblichen Leistung erfordern. Wer dieses Geld nicht aufbringen kann, stellt schnell fest: Das Niveau der GKV ist gemessen an vielen anderen Ländern zwar nicht schlecht, echte **High-Tech-Medizin findet an gesetzlich versicherten Patienten jedoch nicht statt.**

1.3 Praktische Beispiele für Leistungskürzungen durch den Gesetzgeber

Der Gesetzgeber kürzt seit Jahrzehnten regelmäßig die Leistungen in der GKV – einseitig, wie in Punkt 1.2 dargestellt, ohne dass das Einverständnis der Versicherten hierfür eingeholt werden muss:

1977: 1. Kostendämpfungsgesetz (Auszüge)

- Die bisher mögliche volle Übernahme der **Zahnersatzkosten** durch die Kassen wird **auf 80% der Gesamtkosten begrenzt**.
- Bei kieferorthopädischer Behandlung wird eine Eigenbeteiligung in der Krankenversicherung von bis zu 20% eingeführt.
- Einführung einer Eigenbeteiligung an krankheitsbedingten Fahrtkosten in Höhe von 1,79 EUR je Fahrt.
- Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen.

1982: 2. Kostendämpfungsgesetz (Auszüge)

- Erhöhung der Zuzahlung bei Zahnersatz/Zahnkronen durch Umgestaltung der Zuschussregelung: das Zahnarzt Honorar trägt die Kasse voll, die Material-/ Fertigungskosten zu 60%. Versicherte müssen also **40% der zahntechnischen Leistungen** zuzahlen.
- Erhöhung der Eigenbeteiligung an den Fahrtkosten von 1,79 EUR auf 2,56 EUR je Fahrt.
- Die stationäre Verweildauer bei normaler Entbindung wird auf 6 Tage (vorher: 10 Tage) eingeschränkt.

1983: 1. Haushaltsbegleitgesetz

- Die Zuzahlung von 0,77 EUR pro Verordnung (Arznei - und Verbandmittel) wird erhöht auf 1,02 EUR.
- Einführung einer Zuzahlungspflicht bei Krankenhausbehandlung in Höhe von 2,56 EUR pro Tag für max. 14 Tage je Kalenderjahr
- Einführung einer Zuzahlung für Kuren der Kranken - und Rentenversicherung von 5,11 EUR pro Tag - für max. 30 Tage pro Jahr.
- **„Bagatell“-Arzneimittel** werden aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen (Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten, Reisekrankheit, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel).

1989: Gesundheitsreformgesetz

- Einführung von Festbeträgen und Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel ohne Festbetrag.
- Einführung Zuschuss für Brillengestelle 10,23 EUR, Gläser nur bei Veränderung um 0,5 Dioptrien.
- **Kürzung Zahnersatz auf 40% bis max. 65%** (bei regelmäßiger Prophylaxe = Bonusheft).
- Keine Fahrtkostenerstattung zur ambulanten Behandlung. Bei Fahrten zur stationären Behandlung Eigenanteil von 10,23 EUR.
- Keine Erstattung von ausländischen Arztrechnungen.

1993: Gesundheitsreform Teil 1

- Erhöhung Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln: bis Verkaufspreis 15,34 EUR = Zuzahlung 1,53 EUR, bis Verkaufspreis 25, 56 EUR = Zuzahlung 2,56 EUR, darüber = Zuzahlung 3,58 EUR.
- Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 5,62 EUR/Tag bis 14 Tage.
- Streichung der Leistung für **Kieferorthopädie für Erwachsene**.
- Streichung der Leistung für (aus GKV-Sicht) zahnmedizinisch umstrittene und unnötig aufwendige **prothetische Leistungen** (z.B. Brücke nur noch zum Ersatz von bis zu 3 Zähnen)

1994: Gesundheitsreform Teil 2

- Erhöhungen der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 6,14 EUR /Tag bis 14 Tage

1997: Beitragsentlastungsgesetz

- Zuzahlung zu Arznei- Verbandsmitteln wird abhängig von Packungsgröße: klein = 2,05 EUR, mittel = 3,07 EUR, groß = 4,09 EUR.
- Streichung Zuschuss zu Brillengestellen.
- Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Kuren: Alte Bundesländer 12,78 EUR/Tag, Neue Bundesländer 10,23 EUR/Tag, Regeldauer 3 Wochen, alle 4 Jahre.
- **Kürzung des Krankentagegeldes** auf 70% bis max. 90% vom Nettoeinkommen.
- **Streichung Zahnersatzleistungen für Kinder und Jugendliche**, die nach dem 31.12.1978 geboren sind (außer z.B. bei Unfällen).

1.7.1997: 1. + 2. Neuordnungsgesetz

- Erhöhung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln je nach Packungsgröße auf 4,60 EUR, 5,62 EUR oder 6,65 EUR
- Erhöhung Zuzahlung Krankenhausaufenthalt auf 8,69 EUR (West) bzw. 7,16 EUR (Ost), Verbandmittel auf 4,60 EUR, Fahrtkosten auf 12,78 EUR, Heilmittel auf 15%, kleine Hilfsmittel auf 20%. Weitere Erhöhung der Zuzahlungen individuell je Krankenkasse.
- Zuzahlungsbeiträge werden ab 1.7.1999 entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße angepasst.
- **Kürzung des Kassenzuschusses** um 5 Prozentpunkte für Zahnersatz, Einführung Festzuschuss bei der Kostenerstattung.

1999: Solidaritätsstärkungsgesetz

- Reduzierung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln je nach Packungsgröße auf 4,09 EUR, 4,60 EUR oder 5,11 EUR.
- Abschaffung der Festzuschüsse, **50% Erstattung beim Zahnersatz**. Analog dazu Wiederaufnahme der Erstattung von Zahnersatzkosten für Jugendliche.

2003: Beitragssicherungsgesetz

- Kürzung des Sterbegeldes um 50%.
- Kürzung der **Budgets für Arzthonorare und Krankenhäuser**.

2004: GKV-Modernisierungsgesetz:

- Einführung einer Praxisgebühr von € 10,- im Quartal bei Arzt, Zahnarzt und ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus.
- Zuzahlung von 10% des Preises zu Arznei-, Hilfs- und Verbandmitteln, sowie der täglichen Kosten einer Soziotherapie und Haushaltshilfe, mindestens jedoch € 5,- und maximal € 10,- pro Mittel.
- Bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation sind je Tag € 10,- zuzuzahlen. Bei einer Anschlussheilbehandlung ist dieses auf 28 Tage begrenzt. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter kostet täglich € 10,- Eigenbeteiligung ohne zeitliche Begrenzung.
- Erhöhung der Zuzahlung im Krankenhaus auf € 10,- / Tag.

2004: SGB IV-Änderungsgesetz

- **Entfall des Zuschusses zur Pflegepflichtversicherung** für Rentner.
- Rentner zahlen zudem ab 01.04.2004 nicht mehr den ermäßigten, sondern den **allgemeinen Beitragssatz** zur Krankenversicherung.
- Einführung **0,25% Beitragszuschlag für Kinderlose** in der Pflegepflichtversicherung.
- Einführung befundbezogener Festzuschüsse bei Kosten für Zahnersatz ab Januar 2005. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinische Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab.
- Einführung von Festbeträgen für bestimmte Arzneimittel und bestimmte Hilfsmittel mit Zuzahlung von 10%, max. € 10,- /Monat.

2005

- Änderung der paritätischen Finanzierung: Jeder Versicherte muss einen Sonderbeitrag für Zahnersatz und Krankengeld von jeweils 0,45% bezahlen. Somit sind nun 0,9% Beitrag vom Arbeitnehmer alleine zu tragen und nicht mehr wie vorher hälftig.

2007 (Auszüge)

- Versicherungspflicht in der GKV für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die früher gesetzlich versichert waren
- Umfangreiche Änderungen diverser Regelungen und Gesetze, dabei im wesentlichen Verbesserung der medizinischen Versorgung in Nischenbereichen vor allem in Krankenhäusern und Senkung der Kosten durch Vereinfachung von Regeln und Bürokratie
- Beteiligung der Versicherten an Folgekosten von Schönheitsoperationen
(...)

2009

- Einführung der Pflicht zur Krankenversicherung
- Einführung des einheitlichen Beitragssatzes
- Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung
- Wechselmöglichkeit in den Basistarif jedes beliebigen PKV Unternehmens, Überführung des Standardtarifs in diesen Basistarif

2. Finanzielle Unterschiede von GKV und PKV im Vergleich

2.1 Welches System bietet aktuell den günstigeren Beitrag?

2.1.1 Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Für die meisten Angestellten, Selbständigen und Rentner gilt in der GKV – stark vereinfacht – folgendes: Der Beitrag ist abhängig vom Einkommen (relevant sind alle sieben Einkunftsarten) und beträgt aktuell **14,6% der Summe aller Einkünfte zuzüglich eines individuellen Zusatzbeitrages** (2016 durchschnittlich 1 %). Für die Pflegeversicherung werden zusätzlich 2,35% fällig (bzw. 2,6% für Kinderlose ab dem 23. Lebensjahr) Der Beitrag wird **gedeckt durch die Beitragsbemessungsgrenze** (abgekürzt BBG), die jedes Jahr neu vom Gesetzgeber festgelegt wird. Sind Kinder vorhanden und beide Elternteile GKV-versichert bzw. der besserverdienende Teil GKV-versichert, können die Kinder beitragsfrei mitversichert werden.

Für 2016 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei einem Jahreseinkommen von 50.850 EUR. Der Beitrag inkl. 2,35% Pflegeversicherung liegt also bei 9.127,58 EUR p.a., bzw. **760,63 EUR mtl.** gedeckelt.

Die durchschnittlichen Zuzahlungen für Medikamente und nicht durch die GKV abgedeckte Leistungen lagen nach einer 2011 veröffentlichten Umfrage bei 616 EUR pro Jahr, bzw. etwa 51 EUR monatlich. Um mit einer GKV annähernd das Leistungsniveau einer guten PKV zu erreichen, muss fairerweise zusätzlich eine private Krankenzusatzversicherung (ambulant/stationär/dental) mit einem Zusatzbeitrag von mtl. mindestens 100 Euro einkalkuliert werden, welche jedoch die eben genannten Zuzahlungen übernehmen würde.

In Summe ergeben sich für einen über der BBG verdienenden Angestellten in der GKV realistisch betrachtet folgende Kosten:

Krankenkassenbeitrag:	618,68 EUR
+ Zusatzbeitrag 1,0%	42,38 EUR
+ Pflegepflichtversicherung	97,46 EUR
+ Krankenzusatzvers. ca.:	100,00 EUR
SUMME monatlich ca.	858,52 EUR

2.1.2 Kosten in der privaten Krankenversicherung (PKV)

In der PKV dagegen bemisst sich der Beitrag nach der Kostenkalkulation des Versicherers und ist somit unabhängig vom Einkommen des Versicherten. Für die Kalkulation spielen vor allem das Lebensalter zum Eintritt in die Versicherung, der Leistungsumfang und unter Umständen der Gesundheitszustand eine Rolle. Kinder zahlen zusätzlich, hierfür gibt es spezielle Kindertarife für ca. 150 Euro monatlich, Studenten zahlen – je nach Versicherer – bis zum 30. Lebensjahr ca. 110 Euro monatlich für einen hochwertigen Versicherungsschutz.

Der Beitrag für eine hervorragende, in allen Punkten mehr als die GKV leistende PKV beträgt bei Neuabschluss in 2016 für den Jahrgang 1986 ca. **556 Euro monatlich**. Da dieser Tarif einen jährlichen Selbstbehalt von 600 Euro enthält, muss man hierfür 50 Euro monatlich zusätzlich einplanen. Im Beitrag enthalten ist der bei der PKV obligatorische, gesetzliche Zuschlag für Altersrückstellungen in Höhe von 10%, der im Alter zur Absenkung der Beiträge verwendet wird. Werden in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen, gibt es auch je nach Versicherer bis zu sechs Monatsbeiträge Rückzahlung. Ist man ein Jahr lang gesund, spart man auch noch den Selbstbehalt i.H.v. 600 Euro. Für Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen werden meist keine Selbstbehalte fällig.

In der PKV sieht die Kalkulation der Kosten für einen Neuabschluss für eine Person Jahrgang 1986 wie folgt aus:

Versicherungsbeitrag z.B.:	446,85 EUR
+ Zuschlag Altersrückstellung	44,68 EUR
+ Pflegepflichtversicherung	22,05 EUR
+ Krankentagegeld	42,00 EUR
<u>SUMME monatlich</u>	<u>555,58 EUR</u>
oder	605,58 EUR bei Berücksichtigung von 600 Euro Selbstbehalt („worst case“)
oder	509,28 EUR bei einem „gesunden“ Jahr und Rückerstattung eines Monatsbeitrags („best case“)

Anmerkung: Für die PKV wurde der Tarif „einsA expert +2“ der Barmenia inkl. einem Tagegeld von 100 EUR ab dem 43. Tag zu Grunde gelegt. In beiden Darstellungen (GKV+PKV) sind die Kosten für die gesetzliche Pflegeversicherung mitberücksichtigt.

Das Beispiel zeigt, dass sogar bei einem Neuabschluss – und folglich noch nicht vorhandenen Altersrückstellungen – die PKV im schlechtesten Fall immer noch günstiger ist als die GKV im besten Fall. Für die Differenz kann ein Kind ebenfalls privat versichert werden und ist so ebenfalls auf hohem Niveau abgesichert.

2.2 In welchem System sind hohe Beitragssteigerungen im Alter wahrscheinlicher?

2.2.1 Auswirkungen des demographischen Wandels

Die Kosten für medizinische Versorgung steigen aufgrund des technologischen Fortschritts schneller als die Inflationsrate, dies gilt natürlich für beide Systeme. Insbesondere der demografische Wandel wirkt sich nachteilig auf das gesetzliche System aus: schon 2040 kommt auf jeden Verdiener ein Rentner, so dass der durchschnittlich gezahlte Beitrag sinkt. Gleichzeitig steigen die Kosten deutlich, da die Kosten in der Gruppe der 65 bis 85-Jährigen schon mehr als das Doppelte der durchschnittlichen Kosten ausmachen (siehe Abb. 4).

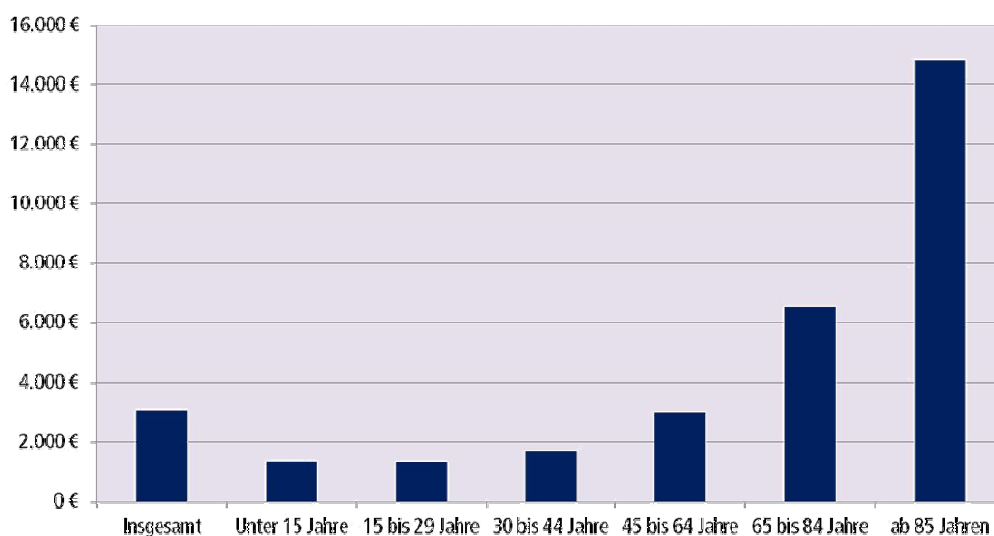


Abb. 4: Krankheitskosten pro Jahr je Einwohner (Stand 2008)

Häufig wird die Beitragssteigerung in der GKV nur wahrgenommen, wenn sich der Beitragssatz erhöht. Für das Preis-/ Leistungsverhältnis ist aber natürlich auch die Reduzierung der Leistungen (siehe 1.3) relevant.

Hinzukommt die regelmäßige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. In 2013 betrug die BBG beispielsweise noch 47.250 EUR, was einem Maximalbeitrag von 8.292,36 EUR jährlich, bzw. 691,03 EUR monatlich entsprach. Von 2013 auf 2016 wurde die BBG auf 50.850 EUR und der durchschnittliche Beitragssatz auf von 15,5% auf 15,6% erhöht, was für Einkommen jenseits dieser Grenze eine reelle jährliche Beitragssteigerung von ca. 2,80% (50,72 EUR) bedeutet.

Jahr	BBG mtl.	BBG p.a.	Durchschnittlicher Beitragssatz in %	Jahr	BBG mtl.	BBG p.a.	Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1970	1.200,00 DM	14.400 DM	8,20%	2008	3.600,00 EUR	43.200 EUR	14,0% zzgl. 0,9% Sonderbeitrag
1980	3.150,00 DM	37.800 DM	11,40%	2009	3.675,00 EUR	44.100 EUR	Bis 30.06.: 15,5% Ab 01.07.: 14,9%
1990	4.725,00 DM	56.700 DM	12,50%	2010	3.750,00 EUR	45.000 EUR	14,9% inkl. 0,9% Sonderbeitrag
2001	6.525,00 DM	78.300 DM	12,50%	2011	3.712,50 EUR	44.550 EUR	15,5% inkl. 0,9% Sonderbeitrag
2002	3.375,00 EUR	40.500 EUR	13,60%	2012	3.825,00 EUR	45.900 EUR	15,5% inkl. 0,9% Sonderbeitrag
2003	3.450,00 EUR	41.400 EUR	14,40%	2013	3.937,50 EUR	47.250 EUR	15,5% inkl. 0,9% Sonderbeitrag
2004	3.487,50 EUR	41.850 EUR	14,30%	2014	4.050,00 EUR	48.600 EUR	15,5% inkl. 0,9% Sonderbeitrag
2005	3.525,00 EUR	42.300 EUR	Bis 30.6.: 14,3% Ab 01.07.: 13,8%	2015	4.125,00 EUR	49.500 EUR	15,5% inkl. 0,9% Sonderbeitrag
2006	3.562,50 EUR	42.750 EUR	13,4% zzgl. 0,9% Sonderbeitrag	2016	4.237,50 EUR	50.850 EUR	15,6% inkl. 1,0% Sonderbeitrag
2007	3.562,50 EUR	42.750 EUR	14,0% zzgl. 0,9% Sonderbeitrag				

Abb. 5.1: Entwicklung des GKV-Beitrags 1970 bis 2016

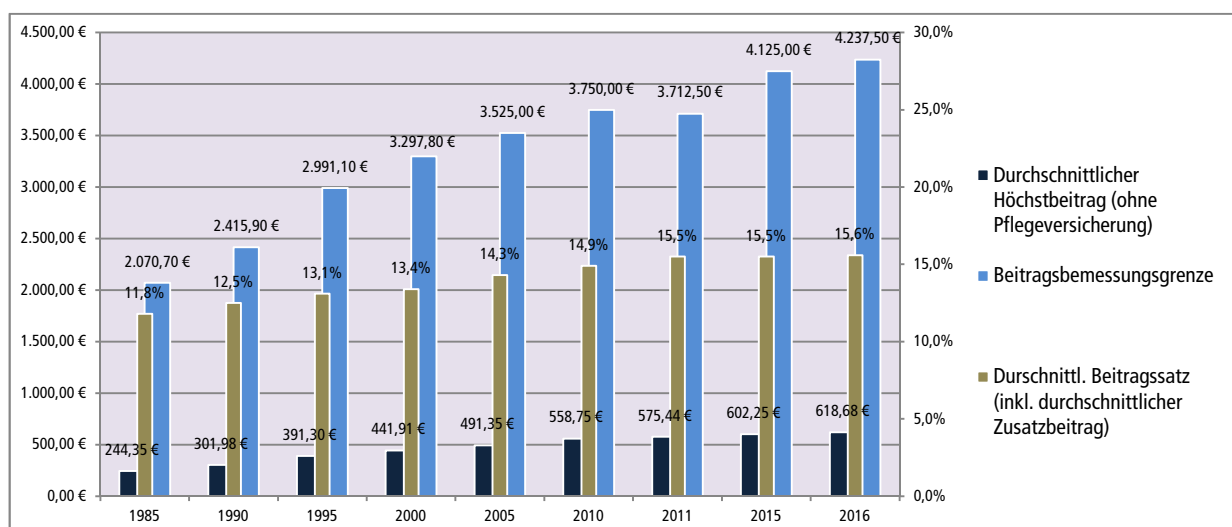


Abb. 5.2: Entwicklung unterschiedlicher GKV-Beitragsgrößen 1985 bis 2016

Vergleicht man beide Systeme seit 1970, so sieht man, dass der Zahler des GKV-Maximalbeitrags sogar deutlich höhere Beitragssteigerungen hinnehmen mussten als ein PKV-Versicherter. Langfristig betrachtet sind die Unterschiede zwischen GKV und PKV in puncto Beitragssteigerung gering – in den Leistungsunterschieden dafür umso größer.

Eine Möglichkeit, Beitragssteigerungen in der PKV entgegenzuwirken, ist der Wechsel in andere Tarife. Hierfür ist es erforderlich, bei der Auswahl des Versicherers darauf zu achten, dass der Versicherer auch entsprechende Tarife anbietet, die für einen Wechsel attraktiv sind. In Abb. 6 wird die Beitragsentwicklung eines heute 69-jährigen Mannes dargestellt, der seit 34 Jahren PKV-versichert ist.

Dort, wo die Kurve der Beitragsentwicklung deutlich nach unten sinkt, hat der Versicherte seinen Tarif gewechselt. Zum ersten Mal wurde 1994 in einen Tarif mit höherer Selbstbeteiligung (ca. 600 EUR p.a.) gewechselt, so dass sich der Beitrag um etwa 87 EUR monatlich, bzw. rund 1.000 EUR jährlich reduzierte.

Zum zweiten Mal wechselte der Kunde 2004 in einen Tarif mit zunächst 1.300 EUR Selbstbeteiligung, diese wurde 2008 aufgrund Erreichens eines bestimmten Alters halbiert, was ausschlaggebend für die Wahl dieses Tarifs war.

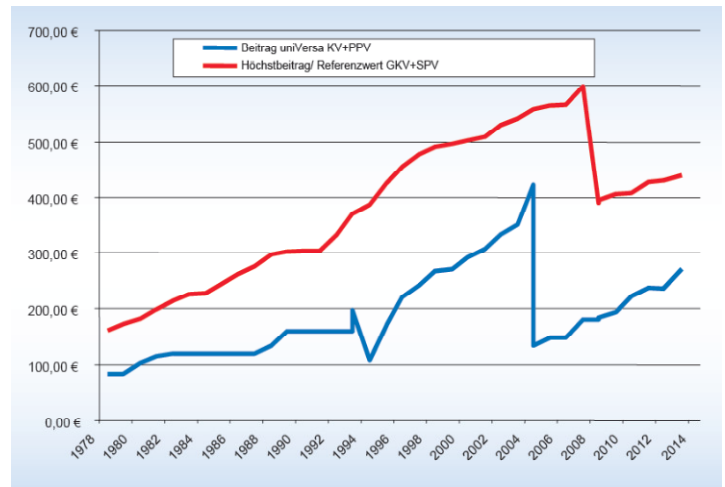


Abb. 6: Reale Beitragsentwicklung eines heute 69-jährigen Mannes

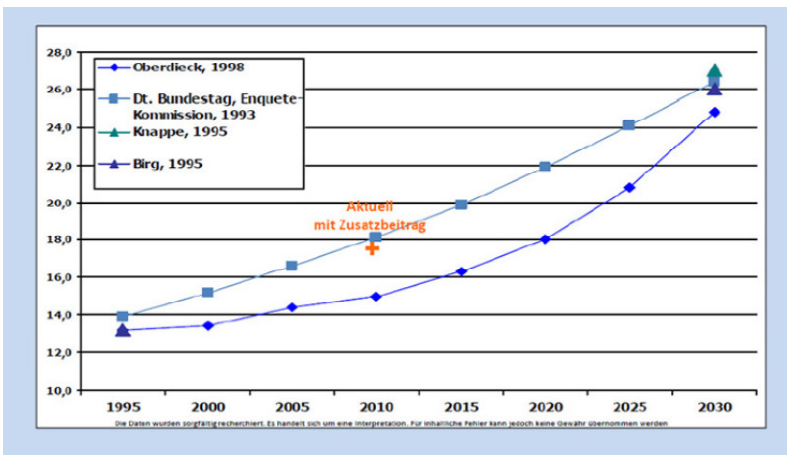


Abb. 7: Prognosen über die Beitragsatzentwicklung in der GKV

Besorgniserregend ist, dass der Politik die Probleme, die sich aus dem demographischen Wandel und den steigenden Kosten ergeben, seit mindestens 20 Jahren bekannt sind, wie Abb. 7 zeigt. Die Beitragsprognose mit den viereckigen Symbolen stammt immerhin von einer Enquete-Kommission des deutschen Bundestags aus dem Jahr 1993.

Für die PKV spricht, dass hier die gezahlten Beiträge nur zu einem Teil als Umlage für die Leistungen an die älteren Versicherten benötigt werden – ca. 40% der Einnahmen fließen in Altersrückstellungen. Die Milliarden in diesem Rückstellungstopf verzinsen sich; hiervon werden 90% in die Rückstellung überführt. Zusätzlich muss ein zehnpromentiger Beitragsaufschlag gezahlt werden, der ausschließlich zur Senkung des Beitrags im Alter verwendet werden muss.

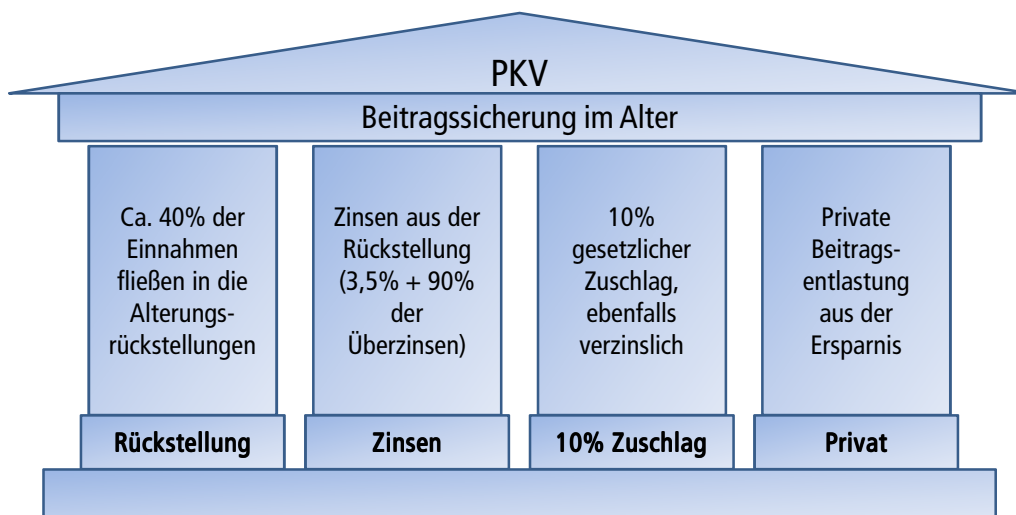


Abb. 8: Säulen der Beitragsstabilisierung in der PKV

3. Die PKV - ein unsoziales System?

Insgesamt kann aufgrund der vorangegangenen Punkte festgehalten werden, dass die PKV das effizientere System darstellt, da hier bei niedrigeren Beiträgen gleichzeitig eine bessere Leistung geboten wird. Wer sich für das private System entscheidet, kümmert sich eigenverantwortlich um seine Gesundheitsvorsorge und wartet nicht auf Leistungen vom Staat.

Darüber hinaus fördert auch die Gruppe der PKV-Versicherten jährlich mit etlichen Milliarden das System der GKV-Versicherten:

- Ärzte können je nach Fachrichtung gar nicht alleine von Kassenpatienten leben und sind auf die höheren Zahlungen der PKV-Versicherten zur Aufrechterhaltung ihrer Dienstleistung und zur Finanzierung von medizinischen Geräten angewiesen
- Hightech-Medizin wird – wie in Punkt 1.2 dargestellt – fast ausschließlich durch die PKV finanziert, somit übernimmt die PKV fast alleine die Förderung der Wissenschaft und Forschung im medizinischen Sektor
- PKV-Versicherte zahlen jedes Jahr über allgemeine Steuern einen Beitrag von 11 Milliarden EUR (ab 2016: 14 Mrd. EUR) zum gesetzlichen System, obwohl sie selbst keine Leistungen daraus beziehen

Die Zusammenlegung beider Systeme, wie von Politik und Medien häufig diskutiert, steigert tatsächlich nicht die durchschnittlichen Einnahmen der gesetzlichen Kassen. Dies liegt daran, dass nicht nur die sogenannten "besserverdienenden" Angestellten Mitglied der PKV werden können, sondern auch alle Selbständigen. In dieser Berufsgruppe gibt es viele Schlechtverdiener, die daher keine Einnahmensteigerung für die GKV bewirken können.

4. Wann bietet sich der Abschluss einer PKV nicht an?

Wer plant, zeitnah in Elternzeit zu gehen, sollte sich bewusst sein, dass die besseren Leistungen eines PKV-Tarifs unter Umständen teuer werden können. Sparen können aber nur Arbeitnehmer mit Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf das Arbeitsverhältnis, z.B. mit einem guten Draht zum Chef bzw. Personalverantwortlichen. Hintergrund ist, dass über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) verdienende Angestellte, also so genannte „freiwillig Versicherte“, entgegen vieler Broschüren der Regierung für das Elterngeld ihre Beiträge zur Krankenversicherung aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Privatversicherte können hier unter Umständen entkommen, indem sie unmittelbar vor der Elternzeit (bzw. bei werdenden Müttern vor dem Mutterschutz) ihre Arbeitsstunden so stark verkürzen, dass sie mit ihrem Einkommen unter die JAEG rutschen und demnach pflichtversichert werden. Für Pflichtversicherte übernimmt nämlich der Staat die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung während der Elternzeit!

Es bietet sich aber unbedingt an, bei ansonsten gutem Gesundheitszustand wenigstens eine Anwartschaft auf einen PKV-Tarif abzuschließen. Diese kostet nur wenige Euro im Monat und sichert für den Fall von später aufkommenden gesundheitlichen Problemen den Zugang zur privaten Krankenversicherung. Liegt bereits eine Schwangerschaft vor, kann bei vielen Gesellschaften keine PKV beantragt werden. Hier lohnt sich aber eine individuelle Nachfrage.

Krankheiten, bestimmte Allergien, Rückenprobleme, ein unerfüllter Kinderwunsch oder auch schon Beratungsgespräche wegen kleiner, psychischer Belastungen wie Lernstress, sowie jede Form von Medikamenteneinnahme führen schnell zu Ausschlüssen, Beitragszuschlägen oder oft sogar zu einer Ablehnung durch die privaten Krankenversicherer. Relevant sind je nach Versicherung die letzten 3 bzw. 10 Jahre. Wer sich nicht sicher ist, ob die eigene Gesundheitsgeschichte zu einer Ablehnung führen könnte, kann sich durch ehrliche Darstellung aller Punkte im Vorgespräch mit einem Berater unseres Hauses gegebenenfalls viel Arbeit und Nerven sparen.

5. Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zweiklassenmedizin sichtbare Ausmaße annimmt: In einem guten PKV-Tarif werden mehr Leistungen bei gleichzeitig langfristig niedrigerem Beitrag geboten. Dies ist vom Gesetzgeber offensichtlich so gewollt, da dies von allen Regierungen seit Bestehen der Bundesrepublik nicht geändert wurde. Diese Aussage wird umso deutlicher, wenn man berücksichtigt, dass das private Krankenversicherungssystem das gesetzliche in mehrfacher Form zusätzlich subventioniert:

- Aufgrund seiner höheren Transparenz- und Kostenanforderungen geht das private System verantwortungsbewusster mit den Beiträgen der Mitglieder um
- Da das gesetzliche System defizitär ist, wird es seit Jahren mit Milliardenbeträgen aus den allgemeinen Steuereinnahmen subventioniert (sog. Gesundheitsfonds). Die hierfür verwendeten Steuergelder tragen alle Bürger gemeinsam, sie werden beim Vergleich der Systeme in den Medien jedoch regelmäßig nicht berücksichtigt.
- Ohne das private System gäbe es bestimmte Medikamente, Behandlungsmethoden und technische Geräte in deutschen Arztpraxen und Krankenhäusern nicht. Die PKV finanziert die Ärzte, die durch gesetzlich Versicherte alleine nicht überlebensfähig wären, und fördert Wissenschaft und Forschung. Hiervon profitieren auch gesetzlich Versicherte.

Unter diesen Gesichtspunkten kann das private System sogar als das sozialere System bezeichnet werden.

Wem das deutsche Gesetz gestattet, sich aufgrund hohen Einkommens oder Selbständigkeit in der PKV zu versichern, sollte davon in der Regel Gebrauch machen. Bei der Auswahl des Tarifs ist jedoch Vorsicht geboten – nur eine geringe Zahl der PKV-Tarife am Markt leistet in wirklich allen Punkten über dem Niveau der GKV.

Quellenangaben:

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes, online Datenbankrecherche am 08.04.2013 und 28.05.2014
- Bundesgesundheitsministerium - „Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung“, Ausdruck vom 09.03.2015
- discussion papers / Fakultät für Wirtschaftswissenschaft Universität Witten/Herdecke / Neue Serie 2010 ff. Nr. 4 / 2010 „Die Entwicklung der Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2050 – bleibende Herausforderung für die deutsche Gesundheitspolitik“ von Dirk Sauerland und Ansgar Wübker
- wmd-brokerchannel.de, Beitrag „Bundesbürger zahlen im Jahr 42 Milliarden Euro ihrer Gesundheitskosten zusätzlich aus eigener Tasche“, Ausdruck vom 25.05.2011
- kvpro.de, Beitrag „Glaubensfrage PKV oder GKV: Reformen in beiden Modellen zwingend erforderlich!“, Ausdruck vom 24.04.2012
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherungen, diverse Publikationen
- Vergleichssoftware „VERS“
- Vergleichssoftware „Levelnine“
- Diverse, jeweils im Text namentlich benannte, Gesetzestexte
- Internet-Portal "Sozialpolitik-aktuell" der Universität Duisburg-Essen: Entwicklung der Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung 1980 - 2012, Abgerufen am 21.11.2012
- universa Krankenversicherung a.G.