



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

**Das duale Krankenversicherungssystem – Die Gesundheit von  
Versicherungsnehmer\*innen der gesetzlichen und privaten Ver-  
sorgung im Vergleich mit Blick auf die Unterschiede in ausge-  
wählten Leistungsbereichen**

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Tobias Rübner



Hamburg

am 28.08.2023

1. Gutachter: Prof. Dr. York Zöllner
2. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Michael Haufs

## **Inhaltsverzeichnis**

1	Einleitung .....	4
2	Theoretischer Hintergrund .....	6
2.1	Die Historie der gesetzlichen Krankenversicherung .....	6
2.2	Aufbau und Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung .....	6
2.3	Die Historie der privaten Krankenversicherung .....	10
2.4	Aufbau und Funktion der privaten Krankenversicherung .....	10
2.5	Wechselmöglichkeiten zwischen der GKV und der PKV .....	13
2.6	Die Auswirkungen der Dualität auf das Gesundheitssystem .....	14
3	Methodik .....	16
3.1	Begründung der Methodenwahl .....	16
3.2	Aufbau und Durchführung der Literaturrecherche .....	16
4	Die Gesundheit der Versicherten in Deutschland .....	18
5	Die gesetzliche und die private Krankenversicherung im Vergleich .....	20
5.1	Die Gesundheit von Versicherten der GKV und der PKV .....	20
5.1.1	Die Selektionshypothese .....	21
5.1.2	Die Kausalitätshypothese .....	22
5.2	Mögliche Ursachen für die Unterschiede zwischen den Versicherten .....	25
5.2.1	Die Zufriedenheit der Versicherten in GKV und PKV .....	25
5.2.2	Die Unterschiede im Leistungsspektrum der GKV und der PKV .....	27
5.2.3	Die Auswirkungen der Unterschiede auf das Gesundheitssystem .....	30
6	Diskussion .....	32
7	Fazit .....	37
8	Literaturverzeichnis .....	40

## Abkürzungsverzeichnis:

AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemein Ortskrankenkasse
B.A.H.	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BKK	Betriebskrankenkasse
DKV	Deutsche Krankenversicherung
EU	Europäische Union
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EK	Ersatzkasse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzt*innen
HU	High Urgent
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
JAEG	Jahresarbeitsentgeltgrenze
KBS	Knappschaft-Bahn-See
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch Institut
VVaG	Verein auf Gegenseitigkeit

## **Abstract**

### **Ziel**

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel die Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland zu betrachten. Dabei werden insbesondere der Gesundheitszustand von Personen in beiden Versichertengruppen miteinander verglichen und Leistungsmerkmale innerhalb der Systeme beleuchtet.

### **Methodik**

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine narrative Literaturrecherche durchgeführt und das Ergebnis mit Hilfe von wissenschaftlichen Gütekriterien bewertet.

### **Ergebnisse**

Der Gesundheitszustand von privat versicherten Personen wurde in der Literatur durchgängig positiver als bei gesetzlich versicherten Personen bewertet. Mitglieder der privaten Krankenversicherung weisen eine niedrigere Morbidität, weniger chronische Erkrankung, eine seltenere Medikamenteneinnahme, weniger durchschnittliche Krankheitstage und ein besseres subjektives Gesundheitsempfinden auf. Diese gesundheitlichen Unterschiede werden einerseits durch die Selektion von sozioökonomisch und gesundheitlich besser gestellten Personen und andererseits durch eine bessere gesundheitliche Versorgung innerhalb der privaten Krankenversicherung begründet.

### **Diskussion**

Die bessere Gesundheit von privat versicherten Personen scheint unbestritten. Es bleibt jedoch unklar, welche Ursachen für diese Unterschiede maßgeblich sind. In dieser Arbeit werden die Selektionshypothese und die Kausalitätshypothese diskutiert.

## 1 Einleitung

Die Gesundheit ist eines der wichtigsten Güter für jeden Menschen. Schon der deutsche Philosoph Arthur Schopenhauer beschreibt mit seinem Zitat "Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts" (Schopenhauer, 1976) die eminent wichtige Bedeutung von Gesundheit innerhalb der Gesellschaft. Schopenhauer nimmt damit an, dass viele Menschen zwar mehr als Gesundheit benötigen, um völlig glücklich zu sein, ein Fehlen von Gesundheit jedoch alles andere zweitrangig macht. Auch der amerikanische Psychologe Abraham Maslow beschreibt in der von ihm entwickelten Bedürfnispyramide die Gesundheit unter anderem mit Schlaf, Wasser und Nahrung als Grundbedürfnis für den Menschen (Maslow, 1981). Bei Nichtvorhandensein von einem der Grundbedürfnisse ist die Befriedigung der vier höheren Ebenen Sicherheit, Soziales, Anerkennung und Selbstverwirklichung gefährdet. Die Gesundheit als Grundbedürfnis ist daher für Individuen von hoher Wichtigkeit (Heckhausen & Heckhausen, 2018).

Wirtschaftliche Daten zeigen ebenfalls die große Bedeutung des Gesundheitswesens. So machte die Gesundheitswirtschaft im Jahr 2021 mit 391,8 Milliarden Euro circa 12 % des gesamten deutschen Bruttoinlandsproduktes aus und ist damit nach dem produzierenden Gewerbe der zweitwichtigste Sektor der deutschen Wirtschaft (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2022; Statistisches Bundesamt, 2023a). Der Fortschritt des deutschen Gesundheitssystems kann unter anderem an der Entwicklung der Lebenserwartung erkannt werden (Bundesverband Medizintechnologie, 2015). So betrug das erwartete Lebensalter bei Geburt im Jahr 1881 circa 35,6 Jahre bei Männern und 38,5 Jahre bei Frauen (Statistisches Bundesamt, 2023b). Im Jahr 2021 lag die Erwartung der Männer bei 78,5 Jahren und die der Frauen bei 83,4 Jahren (ebd.). Diese Entwicklung lässt darauf schließen, dass sich auch die Qualität des deutschen Gesundheitssystems deutlich verbessert hat. Die Studienlage zeigt jedoch eine andere Wahrnehmung innerhalb der Gesellschaft. So gaben bereits im Jahr 2005 ein Drittel aller befragten Personen an, dass das deutsche Gesundheitssystem schlecht sei und grundlegend verändert werden sollte (Sawicki, 2005). Vier Jahre später waren lediglich 14 % der befragten Personen der Meinung, dass sich die Qualität des Gesundheitssystems in ihrem Umfeld über die letzten Jahre verbessert habe (Ernst & Young, 2009). Dagegen gaben 41 % an, eine Verschlechterung wahrgenommen zu haben (ebd.). Im aktuellen Healthcare-Barometer des Jahres 2022 zählen 57 % der Befragten das

deutsche Gesundheitswesen zu den besten der Welt, in den Jahren zuvor war dieser Wert mit 59 % im Jahr 2021 und 72 % im Pandemiejahr 2020 jeweils höher (PricewaterhouseCoopers, 2023). Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen in Deutschland ist damit vergleichbar mit Ländern wie den USA oder Australien und schlechter bewertet als in Kanada, Neuseeland und Großbritannien (Sawicki, 2005; Koch, Schürmann & Sawicki, 2010). Verglichen mit anderen Ländern hat das deutsche Gesundheitssystem jedoch eine große Besonderheit: die Dualität des Versicherungssystems. In keinem anderen Land Europas existieren parallel eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung (Jacobs, 2012). Dieses System stößt, besonders aufgrund der wahrgenommenen Disparitäten in der medizinischen Versorgung zwischen den beiden Formen, immer wieder auf Kritik innerhalb der Bevölkerung (Weber, 2012). Es wird eine Zwei-Klassen-Medizin zugunsten der Privatversicherten beschrieben (ebd.). So stimmten in einer repräsentativen Befragung des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller (B.A.H) im Jahr 2019 über die Hälfte der befragten Personen der Aussage zu, dass es in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin gibt und eine Kluft zwischen privater und gesetzlicher Versorgung existiert (B.A.H, 2019). Ein Blick auf die Statistiken zeigt, dass dies keine rein subjektive Wahrnehmung ist. Diverse Studien deuten an, dass Mitglieder der privaten Krankenversicherung gesünder sind und mehr gesunde Lebensjahre haben als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (Riphahn et al., 2003; Lungen et al., 2005; Mielck & Helmert, 2007; Jürges, 2009; Huber & Mielck, 2010; Hullege & Klein, 2010; Hoffmann & Icks, 2012). Nicht eindeutig belegt ist jedoch, ob dieser Effekt kausal ist oder bereits im Vorfeld eine Selektion der Versicherten eintritt, da die Aufnahme in eine private Krankenversicherung an bestimmte Kriterien gebunden ist (Stauder & Kossow, 2017). Um dieser Thematik nachzugehen, beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, ob Unterschiede zwischen der Gesundheit von gesetzlich versicherten Personen und privat versicherten Personen bestehen und wie sich beide Versorgungsformen in bestimmten Leistungsbereichen voneinander differenzieren. Im folgenden Kapitel wird dafür zunächst die Dualität des Krankenversicherungssystems in Deutschland beschrieben und ein detaillierter Blick auf beide Versorgungsformen geworfen. Anschließend erfolgt ein Vergleich der Systeme hinsichtlich Gesundheit und Zufriedenheit beider Versichertengruppen und der Blick auf Unterschiede in ausgewählten Leistungsbereichen. Die Arbeit schließt mit einer Diskussion, welche ebenfalls einen Ausblick auf mögliche Lösungsvorschläge gibt und einem Fazit.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland ist zweigeteilt in eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und eine private Krankenversicherung (PKV), womit es in Europa einen einzigartigen Zustand hat (Jacobs, 2012; Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Historie, der Entwicklung und den Merkmalen des gesetzlichen und des privaten Krankenversicherungssystems.

### **2.1 Die Historie der gesetzlichen Krankenversicherung**

Für rund 90 % der Bevölkerung in Deutschland greift das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband, 2023). Dieses wurde im Jahr 1883 unter Reichskanzler Otto von Bismarck durch das *Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter* ins Leben gerufen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023a; Schölkopf & Grimmeisen, 2020). Hintergrund war, dass Bismarck die aufstrebende Sozialdemokratie abzufedern versuchte und die stärker werdende Bewegung der Arbeiter\*innen klein halten wollte (Birkner, 2008). Durch diese Reform wurde Deutschland zum ersten Land, das eine nationale Krankenversicherung einführt. Diese wurde zunächst in den Bereichen Industrie, Handel und Gewerbe genutzt (Bundesministerium für Gesundheit, 2023a). Arbeitnehmer\*innen in diesen Branchen waren von dort an krankenversicherungspflichtig und trugen zwei Drittel des Beitrages, das dritte Drittel übernahmen die Arbeitgeber\*innen (ebd.). Das Konzept der Krankenversicherung wurde als verpflichtende Absicherung für finanziell besonders schwache und schutzbedürftige Personen eingeführt. Das Leistungsniveau war jedoch im heutigen Vergleich noch sehr gering. Im Laufe der Zeit wurden sukzessiv sowohl die Leistungen als auch der Versichertenkreis ausgebaut, sodass von ursprünglich 10 % der Bevölkerung, mittlerweile die große Mehrheit in der GKV versichert sind und die Gesundheitsversorgung für Versicherte umfassend ist (Wähling, 1996; Bundesministerium für Gesundheit, 2023a). Im Folgenden werden der Aufbau, die Funktion sowie die Leistungen der GKV skizziert.

### **2.2 Aufbau und Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt Leistungen in den Bereichen der ambulanten und stationären Krankenhausbehandlung sowie der ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Versorgung ab (Marburger, 2011). Darüber hinaus werden Leistungen mit Arznei- und Verbandmitteln, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher

Krankenpflege, Haushaltshilfen und Rehabilitation genehmigt. Auch Kuren, Krankengeld bei Arbeitsausfall und Leistungen bei Schwangerschaft liegen im Zuständigkeitsbereich der GKV (ebd.). Die genauen Vorgaben zum Leistungskatalog und zur Leistungserbringung bestimmt der Staat durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a). Die GKV hat darüber hinaus die Aufgabe als Solidargemeinschaft die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und zu verbessern. Dabei werden die Versicherten mit in die Verantwortung genommen und eine gesundheitsbewusste Lebensführung durch Eigenkompetenz und Eigenverantwortung erzielt. Versicherte sollen so aktiv an Prävention, Krankheitsbehandlung und Rehabilitation teilhaben, um den Eintritt von Krankheiten und deren Folgen zu vermeiden (§1 SGB V). Die GKV unterstützt dieses Vorhaben durch Aufklärungs- und Beratungsleistungen. Seitens der Versicherung besteht für die Aufnahme neuer Mitglieder Kontrahierungszwang. Das bedeutet die GKV muss jede Person unabhängig von Alter, Gesundheitszustand und finanzieller Situation in ihre Versorgung aufnehmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a). Die Qualität und Wirksamkeit von bewilligten Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der Medizin entsprechen. Alternative Leistungen benötigen eine individuelle Kostenübernahme der Krankenkasse (§2 SGB V). Die GKV unterliegt dabei dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot. Alle genehmigten Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen zudem nicht das Maß der Notwendigkeit überschreiten. Leistungen, die nicht wirtschaftlich sind, dürfen nicht beansprucht und von den Leistungserbringenden nicht genehmigt werden (§ 12 SGB V). Welche Leistungen den Ansprüchen an Nutzen und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen in der GKV gerecht werden, wird durch das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) entschieden (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b). Möchten gesetzlich versicherte Personen Maßnahmen in Anspruch nehmen, welche nicht Teil des Leistungskataloges der GKV sind, erfolgen diese als sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Kosten für diese Leistungen sind von der versicherten Person als Selbstzahler\*in zu tragen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016c).

Die Beiträge zur GKV richten sich nach dem Solidaritätsprinzip. Der Beitragssatz wird anhand des Arbeitsentgeltes des Individuums ermittelt (Verband der Ersatzkassen, 2022a). Mitglieder mit einem hohen Einkommen entrichten höhere Beiträge als

finanziell schlechter gestellte Personen. Für die Berechnung wird dabei die Höhe des Arbeitsentgeltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) herangezogen (ebd.). Anteile des Einkommens, die über der BBG liegen, werden nicht zur Beitragsermittlung verwendet. Im Jahr 2023 liegt die BBG bei 59.850 Euro jährlich (ebd.). Andere Faktoren wie Gesundheitszustand, Alter oder Familienstand spielen keine Rolle. Die Beiträge werden jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmer\*in und Arbeitgeber\*in bezahlt (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b). Unter bestimmten Umständen kann eine versicherte Person Familienangehörige im eigenen Tarif mitversichern (§3 SGB V). Dies ist möglich, wenn das regelmäßiges Arbeitseinkommen des Kindes oder des Partners bzw. der Partnerin durch eine geringfügige Beschäftigung unter 520 Euro monatlich liegt oder die familienversicherte Person maximal ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße in der Sozialversicherung verdient (Verband der Ersatzkassen, 2022b). Im Jahr 2023 liegt diese Grenze bei 485 Euro (§ 10 SGB V).

Die Träger der GKV sind die Krankenkassen, welche als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung agieren und in Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), Ersatzkassen (EK) und die Knappschaft-Bahn-See (KBS) untergliedert sind (AOK-Bundesverband, 2022). Die meisten Versicherten sind in einer EK (38,36 %) oder einer AOK (36,91 %) versichert. Weitere 14,92 % entfallen auf die BKK, 7,03 % auf die IKK, 2,02 % auf die KBS und 0,76 % auf die LKK (ebd.). Die Kassen sollen stets sparsam und wirtschaftlich verfahren, sodass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind. Eine Ausnahme besteht, wenn die medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist (§4 SGB V). Zwischen den einzelnen Kassen herrscht Wettbewerb mit dem Ziel die Qualität der Leistungen sowie das Angebot und die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen (§4a SGB V).

In Deutschland besteht für alle Bürger\*innen des Landes Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§5 SGB V). Ausgenommen davon sind Arbeiter\*innen und Angestellte, die mit ihrem regelmäßigen Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), welche im Jahr 2023 bei 66.600 Euro liegt, übersteigen. Zudem sind auch geringfügig Beschäftigte, Beamt\*innen, Richter\*innen, Lehrer\*innen, Soldat\*innen, Geistliche, Diakonist\*innen und sonstige staatlich Bedienstete sowie Personen, die Beihilfe oder Heilfürsorge erhalten und Studierende unter gewissen

Voraussetzungen befreit. Auch alle Personen, welche nach dem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig werden, sind von der Regel ausgenommen, sofern diese in den fünf Jahren zuvor kein Mitglied der GKV waren (§ 6 SGB V; § 7 SGB V; § 8 SGB V).

Die Finanzierung der GKV läuft durch ein sogenanntes Umlageverfahren. Dabei werden die laufenden Einnahmen durch Beitragszahlende direkt für die Deckung von aufkommenden Kosten in einer Zeitperiode verwendet (§ 220 SGB V). Der Bund unterstützt die Finanzierung der GKV mit Zuzahlungen aus einem Gesundheitsfond (§ 221 SGB V). Die Vergütung der Leistungserbringenden erfolgt dabei durch einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die Punktwerte des EBM werden jedes Jahr neu ausgehandelt, wodurch sich auch die Vergütung für eine einzelne abrechnungsfähige Leistung jährlich verändern kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2016d). Festgelegt werden diese Werte von der Kassenärztlichen Vereinigung in Absprache mit den gesetzlichen Krankenkassen (ebd.). Die Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip erbracht, wobei die Leistungserbringenden direkt mit den Krankenkassen abrechnen können. Versicherte müssen so nicht in Vorleistung treten (AOK-Bundesverband, 2023). Eine Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen ist in der GKV grundsätzlich nicht vorgesehen, kann aber im Zuge eines individuellen Bonusprogrammes einer Krankenkasse bewilligt werden (§ 53 SGB V). Im Folgenden wird die private Krankenversicherung vorgestellt und mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung verglichen.

### **2.3 Die Historie der privaten Krankenversicherung**

Personen, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören, sind größtenteils in der PKV versichert (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022). Die älteste heute noch existierende PKV reicht bis ins Jahr 1843 zurück (Verband der privaten Krankenversicherung, 2022). In den Grundzügen ist diese Form der Krankenversicherung jedoch bereits im Mittelalter zu erkennen, denn schon damals wurden Zusammenschlüsse zur Absicherung bei Krankheit genutzt (Tauer, 1963). Bekannter wurde die PKV allerdings erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Damals waren alle privaten Krankenversicherungen entweder berufsständisch oder berufsständischen Ursprungs und als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) registriert (ebd.). Im Jahr 1913 wurde die erste Aktiengesellschaft (AG) mit Gewinnorientierung gegründet. Wirtschaftliche Not und hohe Inflation führten ab 1918 zu einem Aufschwung der privaten Krankenversicherungen, sodass in den Jahren 1921, 1924 und 1926 weitere AGs gegründet wurden. Die Umstrukturierung der Unternehmen von Verein auf AG sorgte dafür, dass kaufmännische Entscheidungen in den Versicherungen an Bedeutung zunahmen (ebd.). Die Gesellschaften erkannten dabei, dass das Umlageverfahren als Beitragsberechnung nicht mehr zeitgemäß war. In den 1930er wurde entdeckt, dass die Wahrscheinlichkeiten für einen Leistungsfall in verschiedenen Altersklassen sowie zwischen den Geschlechtern und zwischen Kindern und Erwachsenen unterschiedlich sind und sich dadurch auch die jeweiligen Kosten je versicherte Person differenzieren. Die Krankenversicherungen begannen die Beiträge der einzelnen Versicherten mathematisch zu kalkulieren und dem individuellen Risiko anzupassen. So begann das private Krankenversicherungssystem sich mehr und mehr von der gesetzlichen Versorgung zu unterscheiden (ebd.). Im Folgenden werden der Aufbau und die Funktion der heutigen privaten Krankenversicherung skizziert.

### **2.4 Aufbau und Funktion der privaten Krankenversicherung**

Eine private Krankenversicherung kommt durch einen privatwirtschaftlichen Vertragsabschluss zwischen den Versicherungsnehmer\*innen und einem Versicherungsunternehmen zustande (Huber & Mielck, 2010). Das Versicherungsunternehmen kann dabei selbst entscheiden, ob die interessierte Person in die Versicherung aufgenommen wird (Milbrodt & Kniep, 2005). Um das Risiko für Leistungsfälle zu eruieren, führt der Versicherer eine Risikoprüfung für jede Antragstellerin und jeden Antragsteller durch (ebd.). Die Unternehmen mit der höchsten Anzahl an privat Versicherten sind

die *Deutsche Krankenversicherung (DKV)* mit ca. 4,3 Millionen Versicherten, die *Debeka* mit 4,2 Millionen Versicherten, die *Allianz* mit 2,8 Millionen Versicherten, die *Signal Iduna* mit 2,5 Millionen Versicherten und die *Barmenia* mit 1,8 Millionen Versicherten (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, 2022). Die gewünschten Leistungen können in der privaten Krankenversicherung von den Versicherungsnehmer\*innen grundsätzlich frei gewählt werden. Die Versicherung kann somit durch verschiedene Bausteine individuell nach den Präferenzen der versicherten Person gestaltet werden. Obligatorisch ist lediglich die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung (§ 193 Abs. 3 VVG). Anders als in der GKV richtet sich die Beitragshöhe in der PKV nach dem Äquivalenzprinzip, wodurch die Beiträge abhängig vom individuellen Risiko der versicherten Person und den abgesicherten Leistungen sind. Ein umfassender Versicherungsschutz oder ein risikoreicher Gesundheitszustand gehen dabei mit einem höheren Beitrag einher (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit Leistungen in Anspruch zu nehmen mit dem Lebensalter an, weshalb auch die Beiträge im Alter höher sind. Bis zum 21. Dezember 2012 wurden die Beiträge auch geschlechtsspezifisch kalkuliert. Dies ist seitdem jedoch vom Europäischen Gerichtshof untersagt (Verband der privaten Krankenversicherung, 2023a). Da durch das beschriebene Äquivalenzprinzip die Beiträge im Alter entsprechend stark ansteigen müssten, findet in der PKV das sogenannte Anwartschaftsdeckungsverfahren statt (Boetius, 1999). So werden schon über die Laufzeit des Vertrages Altersrückstellungen gebildet, um den Beitrag im Alter konstanter zu halten. Versicherte zahlen dadurch in jüngeren Jahren höhere Beiträge als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen widerspiegeln (ebd.). Diese Altersrückstellungen werden bei einem Wechsel des Versicherers seit dem 01.01.2009 auf den neuen Versicherungsvertrag übertragen (§ 204 Abs. 1 VVG). Unter anderem deshalb muss in der PKV jedes Mitglied eigenständig versichert sein. Eine kostenfreie Familienversicherung wie in der GKV existiert nicht (Verbraucherzentrale, 2021).

Wie in Kapitel 2.1 bereits beschrieben, ist die private Krankenversicherung nicht für alle Bürger\*innen zugänglich. So sind die größten Gruppen der privaten Krankenversicherung noch immer die Beamt\*innen mit 24,7 % und Pensionär\*innen mit 17,5 %, also Bedienstete oder ehemalige Bedienstete des Staates. Weitere 15,7 % der Versicherten sind selbstständig, 11,6 % sind Arbeitnehmer\*innen, 7,5 % Rentner\*innen und

2,9 % Studierende. Die restlichen Prozente entfallen auf Arbeitslose, Privatiers und sonstige nichterwerbstätige Personen (Gesamtverband der Versicherer, 2019).

In der PKV werden Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzt\*innen (GOÄ) erbracht. Sie wird von der Bundesregierung und dem Bundesrat bestimmt und regelt Mindest- sowie Höchstsätze für ärztliche Tätigkeiten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023). Angefallene Kosten begleichen die Patient\*innen nach dem Kostenerstattungsprinzip selbst und erhalten im Nachgang eine Erstattung der privaten Krankenversicherung (Bundesministerium für Gesundheit, 2023c). Dabei wird für jede Behandlung ein Behandlungsvertrag mit den jeweiligen Leistungserbringer\*innen geschlossen (ebd.). Einige Versicherungen bieten an, die Kosten direkt zu übernehmen, ohne dass die Patient\*innen in Vorleistungen gehen müssen (Wagner, 2011). Besonders bei stationären Behandlungen wird häufig diese Direktabrechnungen genutzt (ebd.). Es besteht zudem für jede versicherte Person die Möglichkeit eine Selbstbeteiligung der Kosten zu vereinbaren (ebd.). Dabei kann entweder eine jährliche feste Summe oder ein prozentualer Teil aller Kosten festgelegt werden. Die Selbstbeteiligung kann auch nur in bestimmten Sparten der PKV vereinbart sein und darf maximal 5.000 € pro Jahr betragen (§ 193 Abs. 3 VVG; Allianz, 2023a). Durch die Selbstbeteiligung sollen die Versicherten sich gesundheitsbewusster verhalten und egoistisch motiviert auf Bagatellrechnungen verzichten (Hofer, 2008). Der Leistungsaufwand und die Kosten der Schadensregulierung werden so für den Versicherer verringert. Außerdem können versicherte Personen bei Leistungsfreiheit eine Beitragsrückerstattung erhalten (Wagner, 2011). Dabei wird zwischen einer erfolgsabhängigen und einer erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung unterschieden. Die erfolgsabhängige Rückerstattung ist ebenfalls an den Geschäftserfolg des Versicherungsunternehmens gebunden und deshalb auch bei Leistungsfreiheit nicht garantiert (ebd.). Erfolgsunabhängige Erstattungen werden vom operativen Erfolg nicht tangiert. Üblich sind Beitragsrückerstattung in Höhe von einem bis sechs Monatsbeiträgen und können ebenfalls zu einer dauerhaften Senkung der Beiträge führen (ebd.).

Seit die Versicherungspflicht im Jahr 2009 vollständig eingeführt wurde, muss zudem jede private Krankenversicherung neben der Vollversicherung auch einen Basistarif anbieten, in welchem die Leistungen nach Art, Umfang und Höhe mit der GKV vergleichbar sind und stets an den Leistungskatalog angepasst werden. In diesem Tarif dürfen die Versicherer keine Antragssteller\*innen abweisen und Risikozuschläge

sowie Leistungsausschlüsse sind unzulässig (Bundesministerium für Gesundheit, 2023d). Im Folgenden werden die Wechselmöglichkeiten zwischen beiden Formen der Krankenversicherung beschrieben.

## **2.5 Wechselmöglichkeiten zwischen der GKV und der PKV**

Alle Arbeiter\*innen, Angestellt\*innen und Auszubildenden, die gegen Entgelt beschäftigt sind, unterliegen in Deutschland einer Versicherungspflicht (§ 5 SGB V). Überschreitet das aktuelle Jahreseinkommen die JAEG und liegt voraussichtlich auch im Folgejahr darüber, sind die Personen versicherungsfrei (§ 6 SGB V). Das regelmäßige Jahreseinkommen wird durch Entgelt- und Einmalzahlungen sowie bestimmte Zuschläge wie Überstundenvergütungen oder Schichtzulagen kalkuliert (Barmer, 2023). Hat eine Person mehrere Beschäftigungen, bei denen ein Entgelt ausbezahlt wird, werden diese addiert (ebd.). Die JAEG stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an und liegt im Jahr 2023 bei 66.600 Euro (Barmer, 2023; Techniker Krankenkasse, 2023). Sobald eine Person den Status der Versicherungsfreiheit erlangt hat, kann diese zwischen der gesetzlichen und der privaten Versorgung frei wählen (ebd.). Der Wechsel von der GKV in die PKV ist also an klare gesetzliche Vorgaben geknüpft und einfach durchzuführen. Anders ist es bei Personen, die von der PKV zurück in die GKV wechseln wollen. Da die Krankenversicherungsbeiträge in der PKV anfangs niedrig sind und im Alter ansteigen, besteht das Risiko, dass einige Personen in jüngeren Jahren den niedrigen Beitrag ausnutzen und bei steigenden Kosten zurück in die Solidargemeinschaft der GKV wechseln (Hodek, 2010). Dies würde eine unzumutbare finanzielle Belastung für die GKV bedeuten (ebd.). Ein Wechsel ist deshalb ausschließlich dann möglich, wenn das regelmäßige Jahreseinkommen wieder unter die JAEG fällt (§ 6 SGB V). Dies kann beispielweise durch Teilzeit, Entgeltumwandlung oder Arbeitslosigkeit passieren. Selbstständige haben die Möglichkeit durch ein Angestelltenverhältnis wieder versicherungspflichtig zu werden, wenn die Selbstständigkeit völlig aufgegeben oder nur noch nebenberuflich ausgeübt wird und das Angestelltenverhältnis mindestens 20 Stunden pro Woche beträgt. Personen, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, können nicht mehr versicherungspflichtig werden und müssen in der PKV versichert bleiben. (Verbraucherzentrale, 2023).

Da die Aufnahme in eine private Krankenversicherung an bestimmte medizinische Vorgaben geknüpft ist und mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme sinkt, bieten viele private Versicherungen sogenannte Anwartschaftstarife an

(Allianz, 2023b). Damit können sich gesetzlich Versicherte ihr Recht auf einen Wechsel in die PKV schon in jungen Jahren sichern, um dann zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung wechseln zu können. Es wird dabei zwischen einer kleinen und einer großen Anwartschaft unterschieden (ebd.). Die kleine Anwartschaft sichert den (Wieder)-Eintritt in die PKV ohne erneute Gesundheitsprüfung und behält, falls vorhanden, bereits gebildete Altersrückstellungen aufrecht. Die große Anwartschaft sichert zusätzlich auch das Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses ab und bildet während der Laufzeit der Anwartschaft zusätzliche Altersrückstellungen (ebd.). Gesetzlich Versicherte Personen haben jedoch auch die Möglichkeit von den Leistungen der privaten Krankenversicherung zu profitieren, ohne direkt das System zu wechseln (Verbraucherzentrale, 2022). Mit privaten Ergänzungen wie die stationäre oder ambulante Zusatzversicherung, die Zahnzusatzversicherung, die Auslandsreisekrankenversicherung oder die Krankentagegeldversicherung können Mitglieder der GKV den gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsschutz erweitern (ebd.). Im Folgenden werden die Auswirkungen der dualen Krankenversicherung auf das Gesundheitssystem in Deutschland beschrieben.

## **2.6 Die Auswirkungen der Dualität auf das Gesundheitssystem**

Viele Vorteile der medizinischen Versorgung in Deutschland sind insbesondere auf das duale System zurückzuführen (Leienbach, 2013). Durch die damit verbundenen Wahlmöglichkeiten und vielfältigen Tarifoptionen bietet das System eine individuelle Versorgung für jede Klientel (ebd.). Einheitliche Systeme zeigen dagegen vor allem Rationierung, Wartelistenmedizin und einen schlechteren Zugang zu medizinischen Fortschritten (ebd.). Des Weiteren sorgt die PKV durch höhere Einnahmen dafür, dass die Qualität des Gesundheitswesens steigt und der medizinische Fortschritt voranschreitet (Industrie-Pensions-Verein, 2017). So beschreibt der Verband der privaten Krankenversicherungen (2022), dass im Jahr 2021 rund 39,51 Milliarden Euro durch Privatversicherte im Gesundheitswesen eingenommen wurden. Wären diese Personen Mitglieder der GKV würden die Einnahmen lediglich ein Drittel betragen. Diese Mehreinnahmen können dann beispielsweise in die Aufrüstung medizinischer Geräte oder die Fortbildung von Mitarbeiter\*innen investiert werden, wovon alle Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Versichertenstatus, profitieren können (Verband der privaten Krankenversicherung, 2023b). Besonders im ambulanten Sektor macht sich der Unterschied bemerkbar. Die GKV ist durch Budgetierung und das

Abrechnungssystem des EBM in der Kostenkalkulation begrenzt und auf die Einnahmen der PKV angewiesen. So kann argumentiert werden, dass einige Arztpraxen ohne die Einnahmen aus der PKV nicht existieren könnten (Industrie-Pensions-Verein, 2017). Dennoch stößt die duale Krankenversicherung in der Gesellschaft aufgrund einer vielfach beschriebenen Zwei-Klassen-Medizin regelmäßig auf Kritik (Weber, 2012). Gründe dafür sind, dass die PKV lediglich für Beamt\*innen, selbstständige Personen sowie Arbeitnehmer\*innen mit hohem Einkommen zugänglich ist, die Aufnahme aufgrund der Gesundheitsprüfung nur gesunden Individuen möglich wird und primär Personen mit höherem sozialem Status eine Aufnahme erhalten, welche ohnehin eine bessere Gesundheit aufweisen (Stauder & Kossow, 2017; Robert Koch Institut, 2022). Aufgrund der Aufnahmekriterien der PKV ergibt sich also der Selektionseffekt, dass vermehrt gesunde Personen Mitglied in der PKV sind. Gleichzeitig torpediert die Wechseloption in die PKV die Solidargemeinschaft der GKV, weil beitragsstarke Versicherte und tendenziell gesündere Individuen das Solidarsystem verlassen. Die Dualität kann also zu einer Verstärkung der gesundheitsökonomischen Unterschiede beitragen (Stauder & Kossow, 2017). Diese Beobachtung eventuell vorhandener gesundheitlicher Unterschiede kann neben Selektionseffekten jedoch auch kausal daraus entstehen, dass die PKV durch bessere Leistungen und einer individuelleren Tarifgestaltung tatsächlich einen positiven Nutzen für die Gesundheit ihrer Versicherten bereitstellt (ebd.). So können Differenzen in der Gesundheit beider Versichertengruppen verstärkt oder überhaupt erst ausgelöst werden (ebd.). Um diese Thematik näher zu beleuchten und Unterschiede zwischen den Versichertengruppen der GKV und der PKV zu verstehen, werden beide Systeme in dieser Arbeit miteinander verglichen. Im folgenden Kapitel wird die dafür verwendete Methode vorgestellt und beschrieben.

### **3 Methodik**

In diesem Kapitel wird die verwendete Methode in Form einer narrativen Literaturrecherche vorgestellt, um den Gesundheitsstatus, die Zufriedenheit und ausgewählte Leistungsunterschiede im gesetzlichen und privaten Krankenversicherungssystem zu vergleichen. Ergänzend werden die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung erläutert. Zunächst erfolgt die Begründung der Methodenwahl und anschließend die Beschreibung der durchgeführten Literaturrecherche.

#### **3.1 Begründung der Methodenwahl**

Die Dualität des deutschen Gesundheitssystems in Deutschland ist schon lange existent und dadurch aus verschiedenen Blickwinkeln gut beschrieben. Die Thematik wird zudem häufig in den Medien behandelt und sorgt in der Wissenschaft sowie in der Gesellschaft für kontroverse Diskussionen (Weber, 2012). Die Erforschung der Gesundheit von Versicherten in den jeweiligen Systemen ist von großer Bedeutung, um die Qualität des Gesundheitswesens in Deutschland aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Durch die hohe Anzahl und Qualität von Studien über die beleuchtete Thematik erscheint eine Literaturrecherche als geeignete Methode, um die Vielfalt der Quellen zu sichten, sie thematisch und methodisch zu analysieren und nach ausgewählten Aspekten sinnvoll zu strukturieren. Anhand einer narrativen Literaturrecherche ist es möglich, verschiedene Aspekte eines Themas zu identifizieren und vorhandene Erkenntnisse und Studienergebnisse aufzuzeigen (Kirchner & Meyer, 2022). Die Literaturrecherche hat das Ziel einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung sowie Unterschiede in den beiden Versichertengruppen zu gewinnen. Dafür werden relevante Literatur, diverse Artikel sowie Studien aus verschiedenen Quellen, wie Fachzeitschriften, Fachbücher und Online-Datenbanken gesammelt, beschrieben und verglichen.

#### **3.2 Aufbau und Durchführung der Literaturrecherche**

Zu Beginn der Literaturrecherche wurden geeignete Suchbegriffe definiert. Der Fokus lag auf den Themen „Vergleich gesetzliche und private Krankenversicherung“, „Vergleich GKV und PKV“, „Dualität des Krankenversicherungssystems“ und „Unterschiede in der Gesundheit von GKV- und PKV-Versicherten“. Die Recherche erfolgte in verschiedenen Datenbanken und Suchmaschinen wie PubMed, Google Scholar und JSTOR, um relevante wissenschaftliche Artikel und Publikationen zu identifizieren. Die Suche in den Datenbanken erfolgte sowohl in deutscher als auch in der englischen

Sprache. Verwendet wurden jedoch fast ausschließlich Quellen in deutscher Sprache, da nur wenig englischsprachige Literatur das gewählte Thema abgebildet hat. Es erfolgte ein Ausschluss jener Quellen, die sich ausdrücklich nicht auf das gewählte Thema bezogen, nicht zugänglich waren, nicht zum Kontext dieser Arbeit passten oder zu allgemein bzw. zu spezifisch waren. Die genutzten Artikel wurden anhand von bestimmten Kriterien wie Veröffentlichungsdatum, Relevanz, Qualität und Verfügbarkeit ausgewählt. Das Kriterium des Veröffentlichungsdatum soll sicherstellen, dass nur aktuelle Quellen in den Kontext der Arbeit bezogen wurden (HAW Hamburg, 2022). Es wurde sich daher auf Veröffentlichungen in den letzten fünfundzwanzig Jahren beschränkt, da damit eine Generation abgebildet wird. Ausgenommen von diesem Kriterium sind Literaturergebnisse, die sich explizit nur auf den theoretischen Hintergrund, die Beschreibung der Historie oder juristische und systemische Aussagen beziehen, die heute noch immer anwendbar sind. Die Relevanz stellt sicher, dass die verwendeten Artikel direkt mit der Thematik und dem Forschungsgegenstand in Verbindung stehen (ebd.). Die hohe Qualität der Literatur ist notwendig, um sicherzustellen, dass die gewonnenen Informationen zuverlässig und valide sind (ebd.). Jede verwendete wissenschaftliche Publikation wurde zudem nach bestem Wissen auf die drei Gütekriterien der Validität, der Reliabilität und der Objektivität geprüft (Flick, 2020). Die Verfügbarkeit der Quelle ist nötig, um den vollständigen Zugang zum Artikel zu gewährleisten. Quellen, die die gewählten Kriterien erfüllten, wurden ausführlich studiert, analysiert und aufbereitet.

Die Literaturrecherche lieferte Erkenntnisse über die Unterschiede zwischen den Systemen der GKV und der PKV sowie den einzelnen Versichertengruppen. Sie identifizierte zudem Erkenntnisse und Forschungslücken in Bezug auf den Gesundheitsstatus der Versicherten in Deutschland und in beiden Krankenversicherungssystemen. Auch die Zufriedenheit in den Systemen, sowie Unterschiede in den Anforderungen und Leistungen wurden durch die Recherche ausführlich aufgezeigt. In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Literaturrecherche beschrieben. Dabei erfolgen zunächst die Gesundheit in Deutschland im Vergleich der Europäischen Union und von versicherten Personen in beiden Systemen, die Gesundheit beider Versichertengruppen, die Zufriedenheit sowie ausgewählte Unterschiede in den Leistungen der GKV und der PKV.

## 4 Die Gesundheit der Versicherten in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem zählt seit Jahrzehnten zu den besten 20 Systemen der Welt (Global Burden of Disease 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2017). Um Unterschiede in der Gesundheit von Versicherten innerhalb der beiden Krankenversicherungssysteme zu erkennen, wird zunächst die allgemeine Gesundheit von Erwachsenen innerhalb von Deutschland mit Hilfe der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert Koch Instituts (RKI) aus den Jahren 2019 und 2020 beschrieben und anschließend mit anderen Ländern der Europäischen Union (EU) verglichen.

In der GEDA-Studie berichtet vor allem im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 – 44 Jahren der Großteil (> 80%) aller Befragten über eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit zu verfügen. Die häufigsten Ursachen für eine weniger gute Gesundheit in dieser Altersgruppe sind Allergien, Asthma oder depressive Symptome (Heidemann et al., 2021). In der Altersgruppe ab 45 Jahren treten zunehmend chronische Erkrankungen wie Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Arthrose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf. Bei den über 65-Jährigen, die 21,8 % der Bevölkerung in Deutschland ausmachen und damit über dem Durchschnitt der Europäischen Union liegen, haben bereits über 60 % mindestens eine chronische Krankheit oder eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung. Folglich verfügt in dieser Altersgruppe nur noch etwa die Hälfte der befragten Personen über eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; Heidemann et al., 2021). Die Gesundheit innerhalb eines Landes wird zudem maßgeblich von sozioökonomischen Faktoren beeinflusst (Robert Koch Institut, 2022). In Tabelle 1 sind deshalb sozioökonomische Faktoren, die einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung haben können, aufgeführt.

*Tabelle 1: Vergleich ausgewählter sozioökonomischer Faktoren in Deutschland und der Europäischen Union. Eigene Darstellung nach Daten von Heidemann et al. (2021) und OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021).*

	<b>Deutschland</b>	<b>Europäische Union</b>
<b>Lebenserwartung</b>	81,1 Jahre	80,6 Jahre
<b>Bruttoinlandsprodukt</b>	35.951 €	29.801 €
<b>Relative Armutsquote</b>	14,8 %	16,5 %
<b>Arbeitslosenquote</b>	3,8 %	7,1 %
<b>Raucherquoten</b>	18,5 %	19,6 %

<b>Fettleibigkeit (in %)</b>	19,7 %	18,2 %
<b>Rauschtrinken (in %)</b>	34,6 %	19,1 %

Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf liegt im Jahr 2020 mit 35.951 € über dem EU-Durchschnitt, die relative Armutsquote mit 14,8 % und die Arbeitslosenquote mit 3,8 % unter dem EU-Durchschnitt. Die Lebenserwartung ist mit 81,1 Jahren ein halbes Jahr höher als im Durchschnitt der EU (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Ein Blick auf die drei größten Risikofaktoren Rauchen, Fettleibigkeit und Alkoholkonsum zeigt, dass in Deutschland die Fettleibigkeit und besonders der Alkoholkonsum sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zum Teil deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt, die Raucherquoten sind dagegen etwas niedriger als in anderen Ländern (ebd.).

Deutschland gibt jährlich etwa 4.500 € pro Person für die Gesundheitsversorgung aus und liegt damit sowohl absolut als auch prozentual innerhalb der EU auf dem ersten Platz. Die Gesundheit wird dabei primär mit öffentlichen Geldern finanziert, die Zahlungen von Privatpersonen liegen deutlich unter den meisten anderen EU-Staaten (ebd.). Der Zugang zur Gesundheit ist insgesamt gut, die Sterblichkeit aufgrund von vermeidbaren Ursachen unter dem EU-Durchschnitt und auch die Zahl der Todesfälle durch behandelbare Ursachen ist vergleichsweise gering (ebd.). Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist dabei mit 7,6 Minuten im Vergleich zu anderen Ländern äußerst gering (Deveugele et al., 2002). Die Einschätzung der eigenen Gesundheit liegt jedoch sowohl verglichen mit der EU als auch mit anderen westeuropäischen Ländern unter dem Durchschnitt, wobei sich die Angaben in den einzelnen Einkommensgruppen zum Teil stark unterscheiden. So geben 80 % der höchsten Einkommensgruppe an bei mindestens guter Gesundheit zu sein, in der niedrigsten Einkommensgruppe sind es lediglich 50 % (ebd.).

Im nächsten Kapitel werden die Systeme der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung gegenübergestellt. Zunächst erfolgt ein Vergleich der Gesundheit von Versicherungsnehmer\*innen in der GKV und in der PKV, es folgt eine Gegenüberstellung der Zufriedenheit innerhalb beider Systeme, der Blick auf ausgewählte Leistungsunterschiede und die Auswirkung der beschriebenen Unterschiede auf das Gesundheitswesen in Deutschland.

## **5 Die gesetzliche und die private Krankenversicherung im Vergleich**

Ein Wechsel von der GKV in die PKV ist bei Arbeiter\*innen und Arbeitnehmer\*innen neben dem Gesundheitsstatus vor allem vom Überschreiten der JAEG abhängig (§ 6 SGB V). Es ist somit davon auszugehen, dass PKV-Versicherte ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als GKV-Versicherte. Das Robert Koch Institut (2022) beschreibt zudem, dass der Gesundheitsstatus von Personen mit höherem sozialem Status und höherem Einkommen besser ist. Dies deutet darauf hin, dass auch das subjektive Gesundheitsempfinden bei PKV-Versicherten höher ist als bei Versicherungsnehmer\*innen der GKV (Robert Koch Institut, 2022). Um dies wissenschaftlich zu beleuchten, wird im Folgenden explizit der Gesundheitsstatus von Versicherten innerhalb der GKV mit Versicherten innerhalb der PKV verglichen.

### **5.1 Die Gesundheit von Versicherten der GKV und der PKV**

Insgesamt zeigt die Studienlage, dass die Morbidität bei GKV-Versicherten höher ist als bei PKV-Versicherten (Lüngen et al., 2005; Mielck & Helmert, 2007; Huber & Mielck, 2010). Zudem verzeichnet die GKV signifikant mehr chronisch kranke Personen und eine häufigere Einnahme von rezeptfreien Medikamenten (Mielck & Helmert, 2006). Versicherte in der GKV haben durchschnittlich mehr Krankheitstage pro Jahr und konsultieren ihre Ärztinnen und Ärzte häufiger (Lüngen et al., 2005, Mielck & Helmert, 2006; Thode et al., 2005; Huber & Mielck, 2010; Hullege & Klein, 2010). Die Prävalenzen von Hypertonie, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischer Bronchitis sowie Krankenhausaufenthalte im Allgemeinen sind in der GKV ebenfalls höher (Riphahn et al., 2003; Lüngen et al., 2005; Jürges, 2009; Hoffmann & Icks, 2012). Kriwy & Mielck (2006) beschreiben, dass PKV-Versicherte Männer insgesamt weniger Krankheiten aufweisen und ein höheres subjektives Gesundheitsempfinden haben. Dies ist jedoch nur bei Männern zu beobachten, die nicht als Beamte arbeiten. Ein Unterschied lässt sich also insbesondere bei den Personen finden, die durch das Überschreiten der JAEG die Möglichkeit hatten in die private Versorgung zu wechseln. Bei Frauen ist in dieser Studie kein signifikanter Unterschied zu finden (ebd.). Hajek et al. (2018) beschreiben ebenfalls eine bessere Gesundheit von PKV-Versicherten, welche nach Stratifizierung des Einkommens jedoch deutlich geringer ausfällt und im Gegensatz zu Kriwy & Mielck ausschließlich bei weiblichen Versicherten statistisch signifikant ist. Bock *et al.* (2018) beschreiben, dass Mitglieder der

PKV bessere kognitive Funktionen, weniger Depressivität und eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität im hohen Alter aufweisen als Mitglieder in der GKV. Jedoch konnten auch diese Unterschiede nicht statistisch signifikant bestätigt werden (Bock et al., 2018). Das Rauchverhalten unterscheidet sich zwischen Versicherten der GKV und der PKV nicht (Kriwy & Mielck, 2006). Die Kinder von GKV-Versicherten allerdings rauchen häufiger, werden zudem häufiger nicht voll gestillt und sind öfter beim Kinderarzt oder bei der Kinderärztin (Huber, Lampert & Mielck, 2012). Diese Faktoren können trotz geringerer durchschnittlicher Einkommen und niedrigerem sozioökonomischen Status in der Gruppe der GKV-Versicherten nicht vollständig auf die sozioökonomischen Unterschiede zurückgeführt werden (ebd.).

Hervorzuheben ist, dass auch im Monitoring von gesetzlichen Krankenkassen beschrieben wird, dass der Gesundheitszustand von privat Versicherten besser ist, die PKV-Versicherten sich gesundheitlich besser fühlen, weniger chronische Krankheiten haben und seltener Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen (Zok, 2007; Zok, 2012). Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass Versicherte der PKV gesünder sind als Mitglieder der GKV und seltener Kontakt zu Ärzt\*innen haben. Jedoch wird dieser Effekt in einigen Studien bereits infrage gestellt, da die beiden Versichertengruppen nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Entscheidend ist jedoch, ob diese Unterschiede zwischen den beiden Systemen aufgrund der Selektion seitens der privaten Krankenkassen bestehen oder die Unterschiede zwischen beiden Systemen so deutlich sind, dass die PKV ihre Mitglieder gesünder hält. Im Folgenden werden deshalb die in der Literatur diskutierten Theorien der Selektionshypothese und der Kausalitätshypothese beschrieben und anschließend diskutiert.

### **5.1.1 Die Selektionshypothese**

Die PKV ist lediglich für Beamt\*innen, selbstständige Personen und Arbeitnehmer\*innen mit hohem Einkommen zugänglich. Sie ist also primär für Versicherte mit erhöhtem sozialem Status verfügbar. Menschen mit besserer Bildung, höherem beruflichen Status oder höherem Einkommen verhalten sich gesundheitsbewusster, sind besser informiert, leben länger und haben allgemein einen besseren Gesundheitszustand (Huber & Mielck, 2010; Robert Koch Institut, 2022). Neben dem besseren Gesundheitsstatus und einem höheren Einkommen weisen PKV-Versicherte zudem eine größere Autonomie am Arbeitsplatz auf, sind generell häufiger erwerbstätig und haben

häufiger ein Abitur abgeschlossen (Stauder & Kossow, 2017). Versicherte der GKV sind dagegen aufgrund ihres durchschnittlich geringeren Einkommens und einem niedrigeren sozialen Status mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert (Huber & Mielck, 2010). Die Selektionshypothese geht deshalb davon aus, dass PKV-Versicherte aufgrund der Selektion eine bessere Gesundheit aufweisen und die gesundheitlichen Vorteile nicht durch Systemunterschiede hervorgerufen werden (Kriwy & Mielck, 2006).

### **5.1.2 Die Kausalitätshypothese**

Die Kausalitätshypothese besagt dagegen, dass der Gesundheitszustand von dem gewählten Krankenversicherungssystem beeinflusst wird. Die private Versorgung soll demnach eine bessere gesundheitliche Versorgung sowie ein besseres Verhältnis zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen ermöglichen und somit einen positiveren Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand haben als die gesetzliche Versorgung (Stauder & Kossow, 2017). Dieser Effekt tritt dabei nicht direkt mit dem Wechsel der Krankenversicherung ein, sondern ist ein Prozess, der sich über die Mitgliedsdauer entwickelt und bemerkbar macht (ebd.). Es wird zudem angenommen, dass die Wirkung auch von der vorherigen Partizipation in der GKV beeinflusst ist. Je kürzer ein Individuum also in der GKV versichert war und je länger die Versichertendauer in der PKV ist, desto günstiger wird der Gesundheitsstatus beeinflusst (ebd.). Darüber hinaus sollen Patient\*innen, die frühzeitig privatmedizinische Maßnahmen erhalten, stärker von diesem Effekt profitieren und einen langsameren biologischen Alterungsprozess haben als vergleichbare Versicherte in der GKV (ebd.). Dieser Effekt scheint zu bestehen, obwohl gerade jüngere Menschen seltener medizinische Hilfe benötigen und somit weniger Berührungspunkte mit dem System haben als ältere Personen (ebd.).

Stauder & Kossow (2017) kritisieren, dass in herkömmlichen Regressionsverfahren und damit den meisten Studien nur sehr bedingt ein Unterschied zwischen einer Selektion und einem Verursachungseinfluss vorgenommen werden kann und haben deshalb ein Studiendesign entwickelt, welches dieser Problematik entgegenwirkt (ebd.). Die Forschenden haben dafür die Entwicklung der Gesundheit von gesetzlich Versicherten, mit der von privat Versicherten über einen Zeitverlauf von zehn Jahren verglichen. Besonderer Fokus wurde dabei auf jene Personen gelegt, die innerhalb des Beobachtungszeitraumes von der GKV in die PKV gewechselt sind. Es folgte

anschließend eine Analyse, welche zeigt, ob sich eine relative Verbesserung der Gesundheit nach dem Wechsel einstellte. Da kurzfristige Schwankungen des Gesundheitszustandes, beispielweise durch Krankheiten oder Genesungen, das Ergebnis verfälschen können, wurden gesundheitliche Veränderungen über einen längeren Zeithorizont betrachtet. Dauerhafte Veränderungen im Leben der Proband\*innen wie Veränderung des Arbeitsplatzes, Erwerbsstatus, Lebenspartnerschaften und Kinder wurden ebenfalls kontrolliert, um Selektionseffekte auch in diesen Bereichen zu minimieren (ebd.).

Auffällig ist zunächst, dass Personen nach dem Wechsel von der GKV in die PKV eine deutlich bessere Gesundheit aufweisen als andere Proband\*innen (Stauder & Kossow, 2017). Dieser Unterschied lässt sich primär mit der Selektion von gesunden Personen erklären, welche die Möglichkeit hatten in die PKV zu wechseln. Die Gesundheit der GKV-Versicherten sinkt jedoch über den zehnjährigen Zeitverlauf, während die Gesundheit der PKV-Versicherten konstant bleibt. Über die gleiche Zeitspanne betrachtet konnten privat Versicherte ihren Gesundheitszustand somit besser aufrechterhalten als diejenigen, welche nicht in eine private Krankenversicherung gewechselt sind. Um diesen Effekt zu bestätigen wurden die Ergebnisse in einem *Fixed Effect*-Modell (FE-Modell) hinsichtlich der Veränderung des Alters, des Bildungsstands, des Äquivalenzeinkommens, der Erwerbsbeteiligung, der beruflichen Anforderungen und der Haushaltszusammensetzung kontrolliert. Mit Hilfe des FE-Modells konnten die Effekte der beschriebenen Variablen exkludiert werden. Die Gesundheit einer privat versicherten Person lag anschließend im Durchschnitt um 1,05 Punkte höher, wenn sie im Zeitverlauf von der GKV in die PKV gewechselt ist. Im nächsten Schritt wurde aufgezeigt, dass sich diese positive Gesundheitsentwicklung sukzessiv nach dem Wechsel in die private Versorgung entwickelt hat, da auch die Dauer der Mitgliedschaft in der PKV berücksichtigt wurde. Im ersten Jahr nach dem Wechsel liegt die Gesundheit um 0,9 Punkte höher als bei Personen, die nicht in die PKV gewechselt haben. Jedes zusätzliche Jahr in der PKV hat den Abstand der Gesundheitszustände zwischen in die PKV gewechselten Personen und in der GKV verbliebenen Personen um 0,11 Punkte erhöht. Zusätzlich wurde bestätigt, dass auch das Lebensalter der Aufnahme in die PKV von Relevanz ist. So erhöht sich bei 18-jährigen privatversicherten Personen der Gesundheitsvorteil um 0,41 Punkte. Für jedes zusätzliche Lebensjahr, in dem der Wechsel stattfindet, reduziert sich der Vorteil um 0,01 Punkte. Je länger eine Person

Mitglied der PKV ist, desto stärker sind demnach die gesundheitlichen Vorteile ausgeprägt. Somit kann anhand der Ergebnisse von Stauder & Kossow (2017) davon ausgegangen werden, dass die Mitgliedschaft in der PKV den Gesundheitsvorteil kausal erhöht und nicht nur Selektionseffekte für die Unterschiede in der Gesundheit ursächlich sind. In den folgenden Kapiteln werden mögliche Ursachen für die Unterschiede in der Gesundheit betrachtet und dabei vor allem auf die Differenzen in der Gesundheit, verschiedene Leistungsmerkmale und die daraus resultierenden Folgen für das Gesundheitssystem betrachtet.

## **5.2 Mögliche Ursachen für die Unterschiede zwischen den Versicherten**

Stauder & Kossow (2017) zeigen in ihrer Studie eindrucksvoll, dass neben der Selektion von Versicherten auch andere Komponenten ursächlich für die Unterschiede zwischen Versicherungsnehmer\*innen der GKV und der PKV sein können. Um herauszufinden welche Komponenten eine Rolle spielen könnten und ob die Annahme von Stauder & Kossow realistisch ist, werden im Folgenden weitere Parameter in die Betrachtung einbezogen. Zunächst wird die Zufriedenheit beider Versichertengruppen beschrieben, Unterschiede in den Leistungen beider Systeme aufgezeigt und mögliche Auswirkungen der Dualität auf das Gesundheitswesen in Deutschland erläutert.

### **5.2.1 Die Zufriedenheit der Versicherten in GKV und PKV**

Zufriedenheit und Wohlbefinden sind maßgeblich von der Gesundheit beeinflusst und wirken sich ebenso auf die eigene Gesundheit aus (Stöver & Vöpel, 2012). Die Zufriedenheit mit der eigenen Krankenversicherung oder dem allgemeinen Gesundheitswesen kann somit Auswirkungen auf den eigenen Gesundheitszustand haben. In Deutschland ist die allgemeine Zufriedenheit laut einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK in beiden Versichertengruppen hoch (Zok, 2012). In der GKV sind 88 % der befragten Personen mit der eigenen Krankenversicherung mindestens zufrieden oder sehr zufrieden, bei der PKV sind es 83 %. Die Zufriedenheit mit den Leistungen der eigenen Versicherung liegt jedoch in der PKV mit 90 % höher als bei der GKV mit 84 % (PricewaterhouseCoopers, 2023). Versicherte in der GKV nehmen dabei häufiger hohe Zuzahlungen wahr als Versicherte in der PKV (Mielck & Helmert, 2006). Insgesamt schneidet die Zufriedenheit in der PKV insbesondere in den Dimensionen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, dem Zugang zu medizinischer Versorgung und der Wartezeit bei Ärzt\*innen besser ab (Zok, 2007). Auch im Allgemeinen wird das deutsche Gesundheitssystem von Privatversicherten besser bewertet als von gesetzlichen versicherten. So beschreiben 47 % der PKV-Versicherten das Gesundheitssystem in Deutschland mindestens mit der Note *gut*. In der GKV tun dies nur 35 % der Befragten (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2019). Die eigene Gesundheitsversorgung wird in der PKV von 73 % als sehr gut oder gut wahrgenommen, in der GKV von 59 % der befragten Mitglieder (ebd.). Bei Versicherten der GKV sind 36 % mit der Behandlung ihrer Ärztinnen und Ärzte zufrieden, bei Versicherten der PKV sind es 44 %. Primäre Ursache für die Kritik und die mangelnde Zufriedenheit ist die unzureichende zeitliche Aufmerksamkeit, welche Patient\*innen

von ihren Ärzt\*innen wahrnehmen (PricewaterhouseCoopers, 2023). Beamt\*innen sind die zufriedenste Gruppe innerhalb der PKV, wogegen Rentner\*innen am wenigsten zufrieden sind. Fast jede dritte Person in der Privatversicherung wechselt im Alter in einen Tarif mit geringeren Leistungen oder höherer Selbstbeteiligung. Dies ist ein Indiz für eine steigende Belastung im Alter bei Privatversicherten und eine damit verbundene Abnahme der Zufriedenheit (Zok, 2012). Wie in den Tabellen 1 und 2 zu sehen würden in der GKV 83,5 % ihre Krankenversicherung erneut wählen, in der PKV sind es 75,4 %. Die Ablehnung in der PKV tritt dabei größtenteils in der älteren Klientel, jedoch nicht bei Pensionärinnen und Pensionären auf. In den folgenden Tabellen ist die Zufriedenheit der Mitglieder der GKV und der PKV anhand der Frage „Würden Sie sich heute erneut für Ihre aktuelle Krankenversicherung entscheiden“ dargestellt (ebd.).

Tabelle 2: Entscheidung für die aktuelle Krankenkasse. Eigene Darstellung nach Daten von Zok (2012)

GKV		Berufliche Stellung				
Entscheidung für die aktuelle GKV:	insg.	pflichtversicherte Arbeitnehmer*innen	freiwillig versicherte Arbeitnehmer*innen	Selbstständige	Rentner*innen	nicht Erwerbstätige
	1.002	499	75	35	217	176
<b>wahrscheinlich</b>	83,5 %	82,8 %	89,3 %	88,6 %	86,6 %	78,4 %
<b>eventuell</b>	11,0 %	12,4 %	10,7 %	2,9 %	7,4 %	13,1 %
<b>(eher) nicht</b>	4,6 %	4,4 %	0,0 %	5,7 %	5,1 %	6,3 %

Tabelle 3: Entscheidung für die aktuelle Krankenversicherung. Eigene Darstellung nach Daten von Zok (2012)

PKV		Berufliche Stellung					
Entscheidung für die aktuelle PKV:	insg.	Arbeitnehmer*innen	Selbstständige	Beamt*innen	Pensionär*innen	Rentner*innen	nicht Erwerbstätige
	1.001	176	178	219	152	79	197
<b>wahrscheinlich</b>	73,5 %	71,0 %	69,1 %	83,1 %	83,6 %	57,0 %	77,7 %
<b>eventuell</b>	11,6 %	14,2 %	15,2 %	8,7 %	7,9 %	16,5 %	10,2 %
<b>(eher) nicht</b>	10,8 %	13,6 %	12,9 %	5,9 %	7,2 %	24,1 %	9,1 %

Für eine Reform der Krankenversicherung und ein einheitliches Solidarsystem sprechen sich mehrheitlich nur GKV-Versicherte und Rentner\*innen in der PKV aus (Zok, 2012). Bei allen anderen Mitgliedern der PKV ist das aktuell praktizierte duale System ebenfalls das favorisierte (ebd.). Die Hälfte der PKV-Versicherten sind zudem der Meinung, dass die Kosten für die Krankenversicherung nicht altersabhängig sein

sollten, die andere Hälfte spricht sich dagegen für diese Regelung aus. Eine kostenfreie Familienversicherung präferieren 94 % der GKV-Versicherten, in der PKV sind es 84 % (ebd.).

Abschließend ist anzumerken, dass in den letzten 50 Jahren mit Ausnahme der Periode von 2012 bis 2017 stets mehr Personen von der gesetzlichen Versorgung in die private Versorgung gewechselt sind als andersrum (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b). Da die Wechselbedingungen von der PKV in die GKV jedoch erheblich schwieriger sind als von der GKV in die PKV, ist dieser Umstand nicht unbedingt auf die Zufriedenheit zurückzuführen. Es scheint somit, dass die allgemeine Zufriedenheit in beiden Versichertengruppen ähnlich ist. Lediglich bei der Zufriedenheit mit den Leistungen der eigenen Krankenversicherung schneiden Versicherte der PKV studienübergreifend einheitlich besser ab. Im folgenden Kapitel werden Unterschiede im Leistungsspektrum beider Versicherungen erläutert.

### **5.2.2 Die Unterschiede im Leistungsspektrum der GKV und der PKV**

Wichtig für einen Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV ist das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Genehmigte Leistungen müssen nach § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Andere Leistungen dürfen nicht genehmigt werden (Huber & Mielck, 2010). Diese Einschränkung der Leistungen existiert in der privaten Krankenversicherung nicht. Sie besteht aus auf Gewinn ausgerichteten, privatwirtschaftlichen Unternehmen mit risikobezogener Finanzierung und kann individuelle Tarife und Optionen bieten (ebd.) Ein Leistungsvergleich ist somit schwierig, da in der GKV jedes Individuum die gleichen Leistungen bezieht, in der PKV jedoch jeder Tarif unterschiedliche Leistungen beinhaltet. Es gibt dennoch einige Bereiche, in denen sich die Leistungen von GKV und PKV nachweislich differenzieren. Insgesamt lässt sich sagen, dass der Leistungskatalog in der privaten Krankenversicherung breiter ist und somit mehr Möglichkeiten bereithält (Stauder & Kossow, 2017).

Gesetzlich versicherte Personen haben oft längere Wartezeiten auf Termine bei Fachärzt\*innen und ebenfalls längere Wartezeiten innerhalb der Praxis (Verbraucherzentrale 2023; Stauder & Kossow, 2017; Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2019). So erhalten laut Lungen *et al.* (2008) in 80 % der Fällen Patient\*innen der GKV später einen Termin als Patient\*innen der PKV. Auch bei stationären Interventionen werden

PKV-Versicherte früher als GKV-Versicherte terminiert. Dieser Unterschied konnte bei allen Fachbereichen mit Ausnahme der Gynäkologie gezeigt werden (ebd.). Insgesamt erhalten 41 % der PKV-Versicherten durchschnittlich innerhalb einer Woche einen Termin im Krankenhaus, bei gesetzlich Versicherten sind es lediglich 28 %. (Sauerland et al., 2009). Die Wartezeit auf einem Termin bei Hausärzt\*innen ist in beiden Versichertengruppen ähnlich, bei der Wartezeit innerhalb der Praxis ist jedoch auch bei Hausärzt\*innen ein Unterschied zugunsten der PKV zu erkennen (Schellhorn, 2007).

Mit Hilfe der sogenannten indikationsbezogenen Innovationsquote wird ermittelt, wie relevant die Verordnung von neuen Arzneimitteln für eine bestimmte Personengruppe ist (Wild, 2008). Dabei ist zu erkennen, dass Versicherte in der GKV einen langsameren Zugang zu innovativen Arzneimitteln erhalten als privat Versicherte. In der PKV werden 7,3 % der Patient\*innen Medikamente verschrieben, die neu auf dem Markt sind. In der GKV sind es 5,3 % (Wild, 2008). Bei der Verschreibung von neuen Arzneimitteln werden somit über 20 % an PKV-Versicherte verschrieben, obwohl nur 10 % der Bevölkerung in einer privaten Versicherung sind (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2019). Ursächlich für die Vermeidung der Vergabe von Medikamenten im Anfangsstadium ist, dass in der GKV aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots stets das günstigere Präparat bei gleicher Wirkung verschrieben werden muss und ein Arzneimittel auch erst nach evidenzbasierten Studien eingesetzt werden darf (ebd.). So können Ärztinnen und Ärzte erst nach Abschluss der finalen Preisverhandlungen einschätzen, ob die GKV ein Medikament als wirtschaftlich ansieht (ebd.). Aufgrund der steigenden Arzneimittelpreise wurde zudem in der GKV festgelegt, dass günstigere, nachgemachte Produkte, sogenannte Generika, den Vorzug vor den Originalprodukten erhalten, sobald der Patentschutz ausgelaufen ist. In der PKV gibt es dies nicht (Huber & Mielck, 2010). So lag im Jahr 2001 die Generikaquote in der GKV mit 72,9 % bereits höher als in der PKV mit 51,2 % (Ziegenhagen et al., 2004). Im Jahr 2005 war der Unterschied mit 79,7 % bei gesetzlich Versicherten und 47,1 % bei Privatversicherten noch größer (Wild, 2008). Die durchschnittlichen Kosten einer Verordnung für Arzneimittel liegen in der PKV um 26,3 % höher (ebd.). Bei patentgeschützten Antibiotikapräparaten ist die Differenz mit bis zu 218,5 % noch deutlich größer (Ziegenhagen et al., 2004). Privatversicherte haben demnach zwar höhere Kosten für die Arzneimittel, profitieren dafür jedoch intensiver, besser und schneller vom

pharmakologischen Fortschritt sowie neuen Innovationen und erhalten eine individuell besser angepasste Behandlung, da die Behandlungskosten einen geringeren Einfluss auf die Wahl der Therapie haben (Ziegenhagen et al., 2004; Stauder & Kossow, 2017; Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2019).

Auch bei der Organspende lässt sich ein Unterschied zwischen GKV-Versicherten und PKV-Versicherten erkennen. So erhalten PKV-Versicherte 14,96 % aller Organtransplantationen, obwohl sie nur etwa 10 % der Gesamtversicherten ausmachen. Auch auf der Warteliste für Organspenden sind sie überrepräsentiert und tragen überdurchschnittlich oft den Dringlichkeitsstatus „High Urgent“ (HU) (Lüngen et al., 2007). Privatversicherte Personen erhalten zudem hochwertigere Leistungen in der Zahnmedizin als gesetzlich Versicherte, da die Leistungen der GKV in den letzten Jahrzehnten sukzessiv verringert wurden (Verbraucherzentrale, 2023). Ferner können Privatpatient\*innen die Arztpraxis bzw. das Krankenhaus frei wählen, dort die Behandlung von ärztlichen Expert\*innen oder Chefärzt\*innen durchführen lassen sowie einen Anspruch auf ein hochwertiges Einbett- oder Zweibettzimmer verlangen, sofern diese Leistungen in ihrem Vertrag inkludiert sind (ebd.). Auch werden von der PKV umfangreichere Leistungen von Heilmitteln wie beispielsweise in der Physiotherapie bewilligt (ebd.). Dagegen sind in der GKV teilweise bessere Leistungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Hilfsmitteln und in der Psychotherapie beobachtet worden (ebd.).

In der GKV wurden zudem in den letzten Jahren und Jahrzehnten diverse Leistungen aus dem Leistungskatalog gekürzt oder gänzlich gestrichen. Dazu zählen beispielsweise das Entbindungs- oder das Sterbegeld und Zuschüsse bei Sehhilfen (Deutsche Ärzte- und Apothekerzeitung, 2010). Dazu wurden die Leistungen bei Zahnersatz sukzessiv reduziert und die Krankenhaustagegeldpauschale eingeführt (ebd.). In der GKV sind jedoch auch neue oder andere Leistungen hinzugekommen. So wurde der Leistungskatalog im Jahr 2021 beispielsweise um Präventionsmaßnahmen für Hepatitis B sowie Hepatitis C erweitert und das Neugeborenscreening um die Krankheiten Sichelzellanämie und spinale Muskelatrophie ergänzt (Ärzteblatt, 2021). Zudem ist die Thematik der konkreten Leistungsunterschiede in der Literatur nur unzureichend erforscht, weswegen ein Resümee der Leistungen im Rahmen dieser Arbeit nicht betrachtet wird. Wissenschaftlich belegt ist dagegen, dass in beiden Systemen nur rund die Hälfte von einer Aufrechterhaltung der aktuellen Leistungen ausgeht. In der PKV

rechnen 45,4 % und in der GKV 42,1 % mit Leistungskürzungen in ihrer Krankenversicherung (Zok, 2012). Dennoch hat sich die Anzahl von privaten Krankenzusatzversicherungen bei GKV-Versicherten laut Verbrauchs- und Medienanalyse (VuMa) in den letzten Jahren kaum verändert (VuMa, 2021). Im Folgenden werden die Auswirkungen der Unterschiede auf das Gesundheitswesen in Deutschland und die damit verbundenen Effekte beschrieben.

### **5.2.3 Die Auswirkungen der Unterschiede auf das Gesundheitssystem**

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind aufgrund ihres durchschnittlich geringeren Einkommens und einem niedrigeren sozialen Status mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert und sollen durch die gesetzliche Versorgung ihre sozioökonomische Benachteiligung kompensieren können (Huber & Mielck, 2010). Es scheint jedoch so, dass privat Versicherte eher von der Dualität profitieren und im Gesundheitswesen besser behandelt werden. Dies äußert sich vor allem dadurch, dass PKV-Versicherte bei Organtransplantationen bevorzugt werden, eher innovative sowie patentgeschützte Medikamente und seltener Generika erhalten (Mielck & Helmer, 2007; Huber & Mielck, 2010.). Zudem profitieren Mitglieder der PKV von geringeren Wartezeiten auf Termine sowie in den Arztpraxen und fühlen sich beim direkten Kontakt mit Ärzt\*innen besser aufgehoben, da diese sich mehr Zeit für privat Versicherte nehmen und individuell stärker auf die Bedürfnisse eingehen (ebd.). Zudem können sie auch die finanzielle Belastung durch Zuzahlungen besser verkraften (Huber & Mielck, 2010.). Wahrscheinliche Ursache dafür ist, dass Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung von Privatpatient\*innen im Durchschnitt mehr als die doppelte Vergütung im Vergleich zu gesetzlich Versicherten erhalten (ebd.). Üblicherweise wird bei Privatversicherten der 2,3-fache Gebührensatz im Vergleich zu gesetzlich Versicherten angewendet (Walendzik et al., 2008; Stauder & Kossow, 2017). Dieser Gebührensatz kann mit Begründung der Leistungserbringenden, aber ohne zusätzliche Zustimmung der Versicherten, auf das 3,5-fache und mit Zustimmung der Versicherten auch darüber hinaus angepasst werden. Die höchsten Aufschläge in der PKV sind bei Radiolog\*innen, Hausarzt\*innen und Internist\*innen zu beobachten (Walendzik et al., 2008). Auch können mit privat Versicherten mehr Termine bei derselben Person und derselben Erkrankung abgerechnet werden (Stauder & Kossow, 2017). Ursächlich dafür ist, dass die ärztliche Vergütung anhand von Eurobeträgen mit sogenannten Aufschlagsfaktoren berechnet wird und nicht wie in der GKV

behandlungsspezifische, gesetzlich vorgeschriebene Vergütungen besitzt (Verband der privaten Krankenversicherung, 2013). Zudem ist auch das Zeitkontingent, das Ärzt\*innen für Kassenpatient\*innen zur Verfügung steht, stark beschränkt. Eine einzelne Behandlung darf bei Privatversicherten demnach länger dauern (Stauder & Kossow, 2017). Lungen *et al.* (2008) sowie Huber & Mielck (2010) sind deshalb davon überzeugt, dass Ärzt\*innen Privatpatient\*innen aus diesen Gründen bevorzugt behandeln, indem eine schnellere Terminvergabe und eine geringere Wartezeit erfolgt. PKV-Versicherte zahlen dafür im Durchschnitt mehr Geld für die Versicherung und verschriebene Arzneimittel als GKV-Versicherte. Dieser Umstand wirkt sich jedoch nicht negativ auf die Zufriedenheit aus (Ziegenhagen *et al.*, 2004; Mielck & Helmert, 2006). Wenn Ärztinnen und Ärzte von den hochwertigeren Leistungen der PKV profitieren, existiert jedoch ebenfalls ein Anreiz zur vermehrten Therapierung und der möglichen Durchführung nicht notwendiger Operationen, welche letztendlich einen negativen Einfluss auf die Gesundheit von Privatversicherten haben könnte (Levinson & Huynh, 2014; Zok, 2012). Diese Umstände könnten zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens seitens der Privatversicherten führen, was jedoch nicht der Fall ist (Jürges, 2009). Dagegen ist die Anzahl der ärztlichen Konsultationen, sobald eine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens erfolgt, häufiger als bei gesetzlich Versicherten (*ebd.*). Dieser Zustand spricht erneut für eine bessere Gesundheit von Personen in der privaten Versicherung, die bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen jedoch eine bevorzugte Behandlung erfahren (Stauder & Kossow, 2017). Folgendes Kapitel diskutiert die beschriebenen Ergebnisse der Literaturrecherche und weist auf bestehende Limitationen hin.

## 6 Diskussion

Die gesetzliche und die private Krankenversicherung unterscheiden sich hinsichtlich des versicherten Personenkreises, des Leistungsumfangs, der Beitragszahlung und der Abrechnungsmodelle. Die GKV hat zudem einen gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollauftrag und dadurch mehr Möglichkeiten zur Kontrolle als die PKV. Ferner greift die GKV ausschließlich auf evidenzbasierte Medizin zurück, was die Therapieoptionen von Versicherten einschränkt. Dadurch nutzt sie jedoch nur als sicher deklarierte und ausreichend erforschte Therapien und Arzneimittel. Versicherte in der GKV können somit davon ausgehen eine wissenschaftlich etablierte Versorgung zu erhalten, bekommen dafür im Gegenzug jedoch nur verzögert einen Zugriff auf innovative Therapieoptionen, die besonders bei seltenen oder schweren Erkrankungen eine wichtige Option für Versicherungsnehmer\*innen sein kann. Als zusätzliche Einschränkung verlangt das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV stets die Behandlungsoption mit den geringsten Kosten, was insbesondere dafür sorgt, dass vermehrt Generika und günstigere Therapieoptionen eingesetzt werden. Die PKV hat dagegen deutlich weniger Auflagen und kann ihre Versorgung dadurch besser auf die individuellen Wünsche der Patientinnen und Patienten abstimmen.

Um einen Überblick über die gesundheitliche Situation von den Versichertengruppen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zu erhalten, wurden Studien der letzten 25 Jahre gesichtet. So konnte ein breites Bild von verschiedenen Beobachtungszeitpunkten und von verschiedenen Untersucherinnen und Untersuchern gewonnen werden. Die Studienlage deutet hinreichend darauf hin, dass Versicherte der privaten Krankenversicherung gesundheitlich bessergestellt sind. PKV-Versicherte weisen weniger chronische Krankheiten auf, nehmen seltener Medikamente ein, haben weniger Krankheitstage pro Jahr und konsultieren ihre Ärzte und Ärztinnen seltener. Das subjektive Gesundheitsempfinden ist besser und der ärztliche Kontakt zufriedensetzender. Bei Betrachtung der Versichertenstruktur ist dies nicht überraschend, da sowohl das Einkommen als auch der sozioökonomische Status von Versicherten in der PKV höher ist, was auf eine bessere Gesundheit hinweist. Ob jedoch lediglich die Selektion der Versicherungsnehmer\*innen oder auch systemische Unterschiede zwischen der GKV und der PKV ursächlich für die Unterschiede in der Gesundheit sind, bleibt unklar. Zudem haben Versicherte der PKV durch die vereinbarte Selbstbeteiligung neben ihrer eigenen Gesundheit auch ein finanzielles Motiv sich

gesundheitsbewusster zu verhalten, da sie sonst einen Teil der Kosten selbst tragen müssten. Dies ist in der GKV nicht vorgesehen, da generell alle im Leistungskatalog vorgesehenen Kosten übernommen werden.

Ein Vergleich zwischen der beschriebenen Selektionshypothese und der Kausalitätshypothese gestaltete sich insgesamt schwierig, da kaum eine Studie diese Thematik betrachtet und häufig durch das verwendete Studiendesign auch keine Differenzierung möglich ist. Es wird meist angenommen, dass eine Selektion der Versicherten bei Aufnahme in die PKV erfolgt. Ob diese Selektion jedoch ursächlich für die identifizierten Unterschiede ist, wird in den Studien nicht behandelt und nur selten diskutiert. Kriwy & Mielck (2006) beschreiben beispielsweise, dass der subjektive Gesundheitsstatus von Männern in der PKV besser ist und gehen von einem Selektionseffekt aus. Das Studiendesign lässt jedoch keine Unterscheidung zwischen Kausalitäts- und Selektionshypothese zu. Auch in den Studien von Riphahn *et al.* (2003), Lungen *et al.* (2005), Jürges (2009) und Hoffmann & Icks (2012) findet explizit keine Kontrolle für den angenommenen Selektionseffekt statt. Hullegie & Klein (2010) betrachten zumindest die JAEG als Einkommensschwelle für den Wechsel von der GKV in die PKV und stellen das Überschreiten der JAEG als zufälliges Ereignis dar. Diese Herangehensweise verringert den Selektionsgedanken, jedoch wird die Gesundheitsprüfung bei Antrag einer PKV in dieser Studie nicht einbezogen, welche wiederum für eine Selektion im Gesundheitsstatus sorgt. Alle weiteren Studien nehmen den Gedanken von Selektions- oder Kausalitätshypothese gänzlich nicht in ihre Ergebnisse auf. Als einzige Studie, die ausführlich auf die Kausalitätshypothese eingeht, ist Stauder & Kossow (2017) zu nennen. Diese macht daher einen großen Teil der Arbeit aus und wird in den nächsten Abschnitten ausführlicher diskutiert.

Die Langzeitstudie von Stauder & Kossow (2017) belegt ebenfalls eine bessere Gesundheit von Privatversicherten gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Verwendung von linearen Paneldatenmodellen und die Vermeidung von zeitkonstanter Heterogenität werden zudem viele Selektionseffekte ausgeschlossen. So wird zunächst eine Verbesserung der Gesundheit durch den Wechsel in die private Versorgung belegt, welche den Selektionseffekt der PKV untermauert. Dennoch wird von den Forschenden die Kausalitätshypothese vermutet, da Versicherte stärker von dem System der PKV profitieren, wenn sie länger Teil dieser Versorgung sind. Jüngere Individuen zeigen demnach einen deutlich größeren

gesundheitlichen Effekt, als Versicherte, die erst in älteren Jahren das System wechseln. Die Gesundheit von Versicherten kann in der PKV über einen Zeitverlauf also besser aufrechterhalten werden. Es kann jedoch auch sein, dass die Gesundheitsprüfung der GKV und die damit verbundene Selektion bereits eine Prognose über die zukünftige Gesundheitsentwicklung und den biologischen Alterungsprozess zulässt. Somit ist die positive Entwicklung der Gesundheit von PKV-Versicherten möglicherweise dennoch der Selektion geschuldet. Die deutlich bessere Entwicklung der Gesundheit von Personen, die in jüngeren Jahren das System wechseln, ist durch die Selektion und die damit verbundene Prognose der Versicherten jedoch nur schwierig zu begründen. Da deutlich mehr gesundheitliche Informationen im höheren Alter vorliegen, sollte die Prognose der privaten Krankenversicherungen für die Antragssteller\*innen im höheren Alter an Präzision zunehmen statt verlieren. Falls die Kausalitätshypothese in weiteren Studien bestätigt werden sollte, weist dies auf eine soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung und somit auch in der Lebenserwartung hin. Die Kritik des Zwei-Klassen-Systems scheint demnach gerechtfertigt und sollte systemisch dahingehend korrigiert werden, dass auch Versicherte der GKV dieselben gesundheitlichen Vorteile erhalten wie Versicherte der PKV. Die Zufriedenheit mit der eigenen Krankenversicherung ist in GKV und PKV auf einem ähnlichen Niveau, wobei die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheitsversorgung in der PKV tendenziell etwas höher ist. Es kann argumentiert werden, dass dadurch der Wunsch von GKV-Versicherten auf einen Systemwechsel entsteht. Anhand der Datenlage ist jedoch schwierig zu belegen, was die tatsächlichen Ursachen für einen Wechsel in die PKV sind. Sowohl die Versicherten der GKV als auch der PKV gehen von Kürzungen der Leistungen in den nächsten Jahren aus.

Als Limitation ist anzumerken, dass die verwendete Literatur zum Teil älter und dadurch in einem sich stetig verändernden System nicht immer aktuell ist. Die verwendeten Studien beziehen ihre Daten teilweise aus längeren Zeiträumen, was eine Aussage über aktuelle Trends schwierig macht. Der verwendete Zeitraum für Studien, die in dieser Arbeit genutzt wurden, ist auf die letzten 25 Jahre festgesetzt. Die Ergebnisse der Studien aus den verschiedenen Jahren haben sich im Zeitverlauf jedoch kaum verändert. Limitierend ist die Tatsache, dass lediglich Stauder & Kossow (2017) explizit auf die Kausalitätshypothese eingehen und keine weiteren Studienergebnisse vorliegen. Interessenskonflikte sollten in allen verwendeten Studien vermieden und

nur unabhängige Ergebnisse verwendet werden. Es ist jedoch nicht gänzlich auszuschließen, dass einige Studien oder Autor\*innen eines der beiden Versicherungssysteme präferieren und somit nicht nur rein objektive Ergebnisse publiziert haben könnten. Um einen vollständigen Überblick zu erhalten, wurden auch Daten des Verbandes der privaten Krankenversicherung und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK verwendet. Bei der Interpretation wurde dies einbezogen und ein verstärkter Fokus auf andere, weniger beeinflussbare Studien gelegt. Anzumerken ist, dass die Datenlage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK die Ergebnisse anderer Autorinnen und Autoren stützt und somit auch hier nicht von einem Interessenskonflikt auszugehen ist. Bei der Beschreibung der einzelnen Versicherungssysteme im theoretischen Hintergrund wurde jedoch auch explizit Literatur von Trägern der gesetzlichen bzw. der privaten Krankenversicherung verwendet, da diese lediglich zur Beschreibung der Systeme und nicht zur Interpretation verwendet worden sind.

Finanzierung, Zuzahlungen und Kosten wurden in dieser Arbeit nur äußerst sporadisch betrachtet, obwohl dieser Bereich auch einen Einfluss auf die Zufriedenheit und die Gesundheit der Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen haben könnte. Der beschriebene Kostenanstieg von privaten Versicherungen im höheren Alter kann zu einer Veränderung der Wahrnehmung innerhalb der Versicherung führen.

Eine weitere Komponente, die aufgrund von unzureichender Datenlage nicht betrachtet werden konnte, ist die Häufigkeit der Arztbesuche. So kann die häufigere ärztliche Konsultation von GKV-Versicherten auch darauf schließen lassen, dass sie sich häufiger ärztlich krankschreiben lassen müssen. Beamt\*innen und Selbstständige können teilweise auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verzichten, was ursächlich für seltenere Arztbesuche sein kann. Ob diese Komponente die Studienergebnisse beeinflusst hätte, ist jedoch ohnehin fraglich.

Abschließend muss in der Limitation auch die Möglichkeit eines Publikationsbias in den verwendeten Studien angesprochen werden. Der Publikationsbias beschreibt, dass positive oder signifikante Studienergebnisse publiziert und negative oder wenig aussagekräftige Ergebnisse nicht publiziert werden (Schwartz & Rosendahl, 2013). Diese Gefahr ist vermutlich dann besonders groß, wenn wirtschaftliche Interessen im Mittelpunkt stehen, was insbesondere die private Krankenversicherung betrifft. Jedoch ist die Studienlage der Gesundheitszustände beider Versichertengruppe so eindeutig

einseitig zugunsten der PKV, dass die Wahrscheinlichkeit für einen studienübergreifenden Publikationsbias gering ist. Dennoch könnten Studien, die wenig oder keine Unterschiede der beiden System zeigen, schlicht weniger Aufmerksamkeit bekommen und daher auch für diese Arbeit letztendlich nicht zugänglich gewesen sein.

In zukünftigen Studien sollte explizit die Kausalitätshypothese verstärkt in den Fokus genommen werden und mögliche Störvariablen wie Alter, Schulbildung und Einkommen ausgeschlossen werden. Als Vorlage für eine kontroverse wissenschaftliche Diskussion kann hier die Studie von Stauder & Kossow aus dem Jahr 2017 verwendet werden, da sich hier ausführlich mit der Kausalitätsthematik auseinandergesetzt wurde. Zudem wurde keine Studie verwendet, die zwischen rein gesetzlich versicherten Mitgliedern und Personen mit einer oder mehreren privaten Zusatzversicherungen selektiert. Veränderungen des Gesundheitszustandes nach Abschluss von privaten Zusatzversicherungen könnten neue Erkenntnisse zur behandelten Fragestellung liefern. Auch könnte die stärkere Verbreitung privater Zusatzversicherung dafür sorgen die Leistungsunterscheide zwischen GKV und PKV zumindest teilweise und in einigen Bereichen zu verringern und damit für eine stärkere gesundheitliche Gleichberechtigung zwischen den Systemen sorgen.

## 7 Fazit

Insgesamt ist das Niveau der Krankenversicherung in Deutschland überdurchschnittlich gut. In der gesetzlichen sowie in der privaten Krankenversicherung ist jedes Individuum im Vergleich zu vielen anderen Teilen der Welt sehr gut abgesichert. Im EU-Vergleich sind die sozioökonomischen Faktoren innerhalb des deutschen Gesundheitssystems überdurchschnittlich gut. Kein anderes Land innerhalb der EU hat zudem höhere Ausgaben als Deutschland, wobei die Ausgaben von Privatpersonen deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Dies lässt darauf schließen, dass das duale Gesundheitssystem finanziell überaus attraktiv für Versicherte ist. Trotz der im Vergleich höchsten Gesundheitsausgaben in der EU, ist die Gesundheit der Versicherten in Deutschland nicht auf einem Spitzenniveau. Die gesetzliche und die private Krankenversicherung sind dabei in ihrer Gestaltung unterschiedlich, haben jedoch dennoch das gleiche Ziel: Die Absicherung der Kosten im Krankheitsfall. Dieses Ziel wird in den beiden Systemen auf verschiedenen Wegen erreicht, weswegen es für beide Systeme sowohl Anreize als auch Kritikpunkte gibt.

Der Eintritt eines Versicherungsfalles und die Höhe des Schadens hängen dabei sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der privaten Krankenversicherung maßgeblich von der Einstellung der Versicherungsnehmer\*innen und der Leistungserbringer\*innen ab. Besonders die PKV ist davon betroffen, weil sie nicht dieselben Kontrollmöglichkeiten wie die GKV hat. Es scheint jedoch als benötige die PKV diese Kontrollmöglichkeiten ohnehin nicht, da sie bereits bei Aufnahme einer versicherten Person in ihr System einen Selektionseffekt ausübt. Die Aufnahme in eine private Krankenversicherung ist an Privilegien wie hohes Einkommen, Selbstständigkeit oder Staatstätigkeit gebunden und ermöglicht demnach nur bestimmten Bevölkerungsgruppen eine Aufnahme. Gesundheitliche Unterschiede zwischen der GKV und der PKV sind durch diese Selektion unumgänglich, da bereits in zahlreichen Studien bestätigt wurde, dass ein hohes Einkommen und ein höherer sozioökonomischer Status positive Auswirkungen auf die eigene Gesundheit haben. Verstärkend kommt hinzu, dass der Solidaritätsgedanke der GKV durch den Verlust beitragsstarker und tendenziell gesünderer Individuen abgeschwächt wird. In der PKV sind also zwangsläufig eher gesündere Personen zu finden als in der GKV. Zusätzlich zu dieser Selektion scheint jedoch auch die Versorgung innerhalb des privaten Systems eine positive Auswirkung auf die Gesundheit zu haben. Dass die Unterschiede nicht nur durch Selektion

entstehen, sondern ein Wechsel in die PKV tatsächlich dafür sorgt, dass die Gesundheit besser erhalten bleibt und sich dieser Effekt mit der Dauer des Versicherungsstatus in der PKV erhöht, haben Stauder & Kossow (2017) gezeigt. Die Ergebnisse der Studie deuten auf einen kausalen Effekt hin, können jedoch nicht gänzlich bestätigt werden, da keine andere Studie einen derartigen Effekt untersucht und bewiesen hat. In dieser Untersuchung wurde jedoch ausführlich versucht alle weiteren Einflüsse auszublenden, sie kann somit als wissenschaftlich äußerst relevant angesehen werden. Es ist dennoch zu empfehlen weitere Studien durchzuführen, die sich explizit mit der Kausalitätstheorie befassen und untersuchen, ob sich die Gesundheit von privat versicherten Personen über die Dauer des Versicherungsverhältnisses besser entwickelt als die Gesundheit von gesetzlich versicherten Personen. Dasselbe ist ebenfalls bei gesetzlich versicherten Personen mit und ohne private Zusatzversicherungen zu empfehlen, um die Datenlage zu erweitern. Dabei sollten möglichst viele Störvariablen ausgeschlossen werden und explizit nur die Zugehörigkeit der Krankenversicherung untersucht werden.

Für die Selektionshypothese spricht, dass Privatversicherte einen systemischen Vorteil gegenüber Versicherten der GKV haben. Dieser äußert sich durch eine innovativere pharmakologische und fachärztliche Versorgung, ein besseres Verhältnis zwischen ärztlichem Personal und Patient\*innen, einer schnelleren Terminvergabe und dem besseren Zugang zur Transplantationsmedizin. Die bessere Versorgung in der PKV scheint jedoch keinen übermäßigen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit innerhalb des Krankenversicherungssystems zu haben, da diese anhand der begutachteten Studien nicht eindeutig für die PKV spricht. Die gesellschaftliche Kritik an einer Zweiklassen-Medizin in Deutschland scheint dennoch nicht unbegründet und könnte bei Bestätigung der Kausalitätshypothese noch an Wichtigkeit zunehmen. Falls die gesundheitlichen Unterschiede zwischen GKV und PKV systemisch bedingt sind, besteht in Deutschland eine erhebliche soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung und in der Lebenserwartung. Fakt ist auch, dass die PKV einen maßgeblichen Anteil an der Finanzierung des Gesundheitssystems hat und mindestens teilweise nötig für die Solvenz einiger Leistungserbringenden ist.

Zusammenfassend lässt sich eindeutig sagen, dass privat Versicherte innerhalb des deutschen Krankenversicherungssystems gesundheitlich bessergestellt sind und eine tendenziell bessere gesundheitliche Versorgung erfahren. Ob diese Faktoren jedoch

ausschlaggebend für die bessere Gesundheit der Versicherungsnehmer\*innen ist oder die Selektion bereits durch die Aufnahmebedingungen der PKV ausgelöst wird, lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht eindeutig belegen.

## Literaturverzeichnis

Allianz (2023a). Selbstbeteiligung in der Privaten Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.allianz.de/gesundheit/private-krankenversicherung/selbstbehalt/> (18.07.2023).

Allianz (2023b). Private Krankenversicherung – Anwartschaftsversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.allianz.de/gesundheit/private-krankenversicherung/anwartschaftsversicherung/> (20.07.2023).

AOK-Bundesverband (2022). Marktanteile der GKV-Krankenkassen in Deutschland nach Anzahl der Versicherten in den Jahren 2009 bis 2021. In: Statista. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156183/umfrage/kranken-kassen-gkv-marktanteile-nach-mitgliedern/> (31.07.2023).

AOK-Bundesverband (2023). Sachleistungsprinzip. Online verfügbar unter: [https://www.aok-bv.de/lexikon/s/index\\_00097.html](https://www.aok-bv.de/lexikon/s/index_00097.html) (13.07.2023).

Ärzteblatt (2021). Ab Oktober drei neue Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127739/Ab-Oktober-drei-neue-Leistungen-in-der-gesetzlichen-Krankenversicherung> (07.08.2023).

Barmer (2023). Jahresarbeitsentgeltgrenze: Was sie bedeutet und wie hoch sie ist. Online verfügbar unter: <https://www.barmer.de/firmenkunden/sozialversicherung/sozialversicherungslexikon/jahresarbeitsentgeltgrenze-1055418> (20.07.2023).

Bock J., Hajek A., Lüthmann D., Ernst A., Mamone S., Wiese B., Weyerer S., Werle J., Pentzek M., Fuchs A., Stein J., Luck T., Bickel H., Weeg D., Wagner M., Scherer M., Riedel-Heller S., Maier W., König H., (2018). Unterschiede in Kognition, Depressivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität zwischen Versicherten der GKV und PKV im hohen Alter. In: Psychiatrische Praxis 2018, Vol. 45(03), S. 148-153. DOI: 10.1055/s-0042-116219.

Birkner B. (2008). Sozial- und Gesundheitswesen: Lehrbuch für Pflegeberufe. W. Kohlhammer. ISBN: 978-3170200449.

Boetius J. (1999). Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV): Modell eines zukunftssicheren Systems. [Hrsg.] Helmut Kolhossler, VVW GmbH. ISBN: 978-3884877715.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2022). Führende private Krankenversicherer in Deutschland nach Anzahl der Versicherten im Jahr 2021. In Statista. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/511695/umfrage/top-30-private-krankenversicherer-nach-anzahl-der-versicherten/> (31.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2016a). Kontrahierungszwang. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kontrahierungszwang.html> (13.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2016b). Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/institut-fuer-qualitaet-und-wirtschaftlichkeit-im-gesundheitswesen.html> (20.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2016c). IGeL. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/igel.html> (13.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2016d). Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm.html> (22.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2020). Das deutsche Gesundheitssystem - Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_DE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf) (09.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2022a). Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss.html> (20.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2022b). Daten des Gesundheitswesens 2022. Online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223\\_BMG\\_DdGW\\_2022.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf) (31.07.2022).

Bundesministerium für Gesundheit (2023a). Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html> (12.07.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (2023b). Beiträge. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html> (13.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2023c). Private Krankenversicherung (PKV). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> (17.07.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2023d). Basistarif in der privaten Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/basistarif-in-der-privaten-krankenversicherung.html> (18.07.2023).

Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2022). Gesundheitswirtschaft – Fakten & Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Daten 2021.

Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (2019). GKV/PKV – Ein Buchstabe, ein großer Unterschied? In: *Arznei.Mittel.Punkt* 2019 Vol. 4, S. 30ff.

Bundesverband Medizintechnologie (2015). Gestiegene Lebenserwartung durch medizintechnischen Fortschritt. Online verfügbar unter: <https://www.bvmed.de/de/branche/forschung-und-entwicklung/medizintechnischer-fortschritt> (10.08.2023).

Bundeszentrale für politische Bildung (2022). Krankenversicherungsschutz. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61813/krankenversicherungsschutz/> (13.07.2023).

Deutsche Ärzte- und Apothekerzeitung (2010). GKV: Immer mehr Beitrag für immer weniger Leistung. Online verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2010/az-12-2010/gkv-immer-mehr-beitrag-fuer-immer-weniger-leistung> (21.07.2023).

Deveugele M., Derese A., van den Brink-Muinen A. et al. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. In: *Bmj* 2002, Vol. 325, S. 472.

Ernst & Young (2009). Gesundheitsbarometer 2009. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4064/umfrage/qualitaet-der-gesundheitsversorgung/> (21.07.2023).

Flick U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey G., Mruck K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer, Wiesbaden.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9\\_30](https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9_30)

Gesamtverband der Versicherer (2019). Versichertenstruktur in der privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland nach sozialer Stellung im Jahr 2017. In Statista. Online verfügbar

unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/193667/umfrage/versichertenstruktur-in-der-pkv-in-deutschland-nach-sozialer-stellung/> (31.07.2023).

GKV-Spitzenverband (2023). Die gesetzlichen Krankenkassen. Online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp) (11.07.2023).

Global Burden of Disease 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. In: *Lancet Journal* 2017, Vol. 390, S. 231 – 266.

Hajek A., Bock J., Saum K., Schöttker B., Brenner H., Heider D., König H. (2018). Unterschiede in der Morbidität nach Krankenversicherungsstatus im Alter. In: *Gesundheitswesen* 2018, Vol. 80(6), S. 551-556. DOI: 10.1055/s-0042-108584.

HAW Hamburg (2022). Leitfaden zum wissenschaftlichen Arbeiten am Department Gesundheitswissenschaften der HAW Hamburg (Stand 30.05.2022).

Heckhausen J., Heckhausen H. (2018). *Motivation und Handeln*. Springer. ISIN: 978-3-662-53926-2.

Heidemann C., Scheidt-Nave, C., Beyer A., Baumert J., Thamm R., Maier B., Neuhauser H., Fuchs J., Kuhnert R., Hapke U. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. In: *Journal of Health Monitoring* 2021, Vol. 6(3), Robert Koch-Institut, Berlin. DOI 10.25646/8456.

Hodek J. (2010). *Kundenbindung und Wechselverhalten in der privaten Krankenversicherung*. Cuvillier Verlag, Göttingen/Bielefeld. ISBN: 978-3869554051.

Hofer C. (2008). *Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht: Auswahlprobleme und Verfahren zur Unterstützung der Auswahlentscheidung*. VVW GmbH, Karlsruhe. ISBN: 9783899524123.

Hoffmann F., Icks A. (2012). Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. In: *Das Gesundheitswesen* 2012, Vol. 74, S. 291-297.

Huber J., Mielck A. (2010). Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten – Forschungsstand bei GKV- und PKV-Versicherten. In: Bundesgesundheitsblatt 2010 Vol. 53, S. 925–938. DOI 10.1007/s00103-010-1119-7.

Huber J., Lampert T., Mielck A. (2012). Unterschiede bei Gesundheitsrisiken, Morbidität und gesundheitlicher Versorgung zwischen Kindern GKV- bzw. PKV-versicherter Eltern: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Gesundheitswesen 2012, Vol. 74(10), S. 627-638. DOI: 10.1055/s-0031-1301268.

Hullegie P., Klein T. (2010). The effect of private health insurance on medical care utilization and self-assessed health in Germany. In: Health economics 2010, Vol. 19, S. 1048-1062.

Industrie-Pensions-Verein (2017). Die Rolle der privaten Krankenversicherung in unserem Gesundheitssystem. Online verfügbar unter: <https://www.ipv.de/bibliothek/2018-03-06-fachartikel-die-rolle-der-privaten-krankenversicherung-unserem> (06.08.2023).

Jacobs K. (2012). Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt?. In: Wirtschaftsdienst 2012, Vol. 92, S. 651–666. <https://doi.org/10.1007/s10273-012-1435-7>.

Jürges H. (2009). Health insurance status and physician behavior in Germany. In: Journal of Applied Social Science Studies / Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 2009, Vol. 129, S. 297-307.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Gebührenordnung. Online verfügbar unter: [https://www.kbv.de/html/themen\\_7177.php](https://www.kbv.de/html/themen_7177.php) (22.07.2023).

Kirchner J., Meyer S. (2022). Literaturrecherche. In: Wissenschaftliche Arbeitstechniken für die MINT-Fächer. Springer Vieweg, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-33912-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-33912-8_7)

Koch K., Schürmann C., Sawicki P. (2010). Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Die Perspektive der Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt International 2010, Vol. 107/24: S. 427-34. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0427.

Kriwy P., Mielck, A. (2006). Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. In: Gesundheitswesen 2006, Vol. 68 (5), S. 281-288. DOI: 10.1055/s-2006-926779.

- Levinson W., Huynh T. (2014). Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. In: Canadian medical association journal 2014, Vol. 186, S. 325-326.
- Lüngen M., Potthoff P., Wendland G. (2005). Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Morbidität zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung. Eine Auswertung des Infratest Access Panels. In: Gesundheits- & Sozialpolitik, Vol. 59, S. 25–30.
- Lüngen M., Siegel M., Lauterbach K. (2007). Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Struktur der Transplantationen in Deutschland in den Jahren 2004 und 2005. Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln. Nr. 10.
- Lüngen, M., Stollenwerk, B., Messner, P. (2008). Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. Int J Equity Health, Vol. 7 (1).
- Maslow A. (1981). Motivation und Persönlichkeit. Rowohlt, 16. Edition. ISBN: 3499173956.
- Marburger H. (2011). Die gesetzliche Krankenversicherung. Walhalla, 6. Auflage, Stuttgart/München/Hannover/Berlin/Weimar/Dresden. ISBN: 3802974913.
- Mielck A., Helmert U. (2006). Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Mielck A., Helmert U. (2007). Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Milbrodt H., Kniep T. (2005). Aktuarielle Methoden der deutschen privaten Krankenversicherung. Verl. Versicherungswirtschaft, Karlsruhe. ISSN: 0178-8116.
- Robert Koch Institut (2022). Journal of Health Monitoring - German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. ISSN: 2511-2708.

OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2021. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN: 9789264865310.

PricewaterhouseCoopers (2023). Healthcare-Barometer 2023. Online verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/content/a73b5f10-2152-492f-b898-07a1b41dbb74/pwc-healthcare-barometer-2023.pdf> (08.07.2023).

Riphahn R., Wambach A., Million A. (2003). Incentive effects in the demand for health care: a bivariate panel count data estimation. In: Journal of applied econometrics 2003, Vol. 18, S. 387-405.

Sauerland D., Kuchinke B., Wübker A. (2009). Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2009, Vol. 14(2), S. 86-94.

Sawicki P. (2005). Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland - Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht. In: Medizinische Klinik 2005, Vol. 100, S. 755-768, Urban & Vogel, München.

Schellhorn M. (2007). Vergleich der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In: Böcken J., Braun B., Amhof R. (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Schölkopf M., Grimmeisen S. (2020). Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik (Health Care Management). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 4. Aktualisierte und überarbeitete Edition. ISBN: 978-3954665747.

Schopenhauer A. (1976). Aphorismen zur Lebensweisheit. 20. Edition, Insel-Verlag. ISBN: 978-3458319238.

Schwartz D., Rosendahl, J. (2013). Publikationsbias – Kontrollieren versus Vorbeugen. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2013, Vol. 63 (09/10), S. 398-399. DOI: 10.1055/s-0033-1349525

Statistisches Bundesamt (2023a). Verteilung der Bruttowertschöpfung in Deutschland nach Wirtschaftszweigen im Jahr 2022. In: Statista. Online verfügbar unter:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/252123/umfrage/anteil-der-wirtschaftszweige-ander-bruttowertschoepfung-in-deutschland/> (04.08.2023).

Statistisches Bundesamt (2023b). Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland seit 1871/1881. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html> (08.07.2023).

Stauder J., Kossow T. (2017). Selektion oder bessere Leistungen – Warum sind Privatversicherte gesünder als gesetzlich Versicherte. In: Gesundheitswesen 2017, Vol. 79/03, S. 181-187. DOI: 10.1055/s-0042-104583.

Stöver J., Vöpel H. (2012). Das Streben nach dem guten Leben – Zum Zusammenhang von Gesundheit, Lebensalter und Zufriedenheit. In: HWWI/Berenberg Bank-Studie: Strategie 2030 – Gesundheit.

Tauer E. (1963). Die Entwicklung der privaten Krankenversicherung: Porträt eines Zweiges der Versicherungswirtschaft. In: Arbeit und Sozialpolitik, Vol. 17, No. 11, S. 329-331. Verfügbar unter: <https://www.jstor.org/stable/26880438> (13.07.2023).

Techniker Krankenkasse (2023). Was ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze und wie hoch ist sie? Online verfügbar unter: <https://www.tk.de/firmenkunden/versicherung/beitraege-faq/zahlen-und-grenzwerte/hoehe-der-jahresarbeitsentgeltgrenze-2033028> (20.07.2023).

Thode N., Bergmann E., Kamtsiuris P., Kurth B. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Vol. 48, S. 296 - 306.

Verband der Ersatzkassen (2022a). Beitragsbemessungsgrenze. Online verfügbar unter: [https://www.vdek.com/presse/glossar\\_gesundheitswesen/beitragsbemessungsgrenze.html](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/beitragsbemessungsgrenze.html) (04.08.2023).

Verband der Ersatzkassen (2022b). Familienversicherung – Gesamteinkommen, Unterhalt und Einkommensgrenzen. Online verfügbar unter: [https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht\\_beitragsrecht/familienversicherung.html](https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/familienversicherung.html) (13.07.2023).

Verband der privaten Krankenversicherung (2013). Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Online verfügbar unter: <https://www.privat-patienten.de/fileadmin/Import/gebuehrenordnung-fuer-aerzte.pdf> (21.07.2023).

Verband der privaten Krankenversicherung (2022). Private Kranken- und Pflegeversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/> (13.07.2023).

Verband der privaten Krankenversicherung (2023a). So kalkuliert eine Versicherung die Beiträge. Online verfügbar unter: <https://www.pkv.de/wissen/beitraege/beitragskalkulation/> (17.07.2023).

Verband der privaten Krankenversicherung (2023b). Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten zum Gesundheitssystem. Online verfügbar unter: <https://www.pkv.de/positionen/finanzierungsbeitrag-zum-gesundheitssystem/> (06.08.2023).

Verbraucherzentrale (2021). Familienversicherung in der Krankenkasse: Wer kostenlos mit rein kommt. Online verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/familienversicherung-in-der-krankenkasse-wer-kostenlos-mit-rein-kommt-28982> (18.07.2023).

Verbraucherzentrale (2022). Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/zusatzversicherungen-zur-gesetzlichen-krankenversicherung-10425>. (20.07.2023).

Verbraucherzentrale (2023). So wechseln Sie von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/so-wechseln-sie-von-der-privaten-in-die-gesetzliche-krankenversicherung-41289> (20.07.2023).

VuMA (2021). Anzahl der Personen in Deutschland, die eine private Krankenzusatzversicherung im Haushalt haben, von 2015 bis 2021 (in Millionen). In: Statista. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/250134/umfrage/personen-mit-privater-kranken-zusatzversicherung/> (30.07.2023).

Wagner F. (2011). Gabler Versicherungslexikon. Gabler Verlag, Wiesbaden. ISBN: 978-3-8349-6481-6. <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6481-6>.

Wähling S. (1996). Krankenversicherung und Arzneimittelmarkt: Ein Simulationsmodell zur Analyse der Regulierungswirkungen. VVW GmbH, Karlsruhe. ISBN 978-3884875636

Walendzik A., Greß S., Manouguian M., Wasem J. (2008) Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der

GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen. Nr. 165.

Weber R. (2012). Plädoyer für eine reformierte Dualität: Die Kritik an der Privaten Krankenversicherung ist oft mehr ideologisch als sachlich motiviert. Dennoch bleiben Baustellen für die Branche. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 2012 Vol. 61 (3), S. 286-298.  
<https://doi.org/10.1515/zfwp-2012-0306>.

Wild, F. (2008). Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2008, Vol. 13(1), S. 15-18.  
DOI: 10.1055/s-2007-963329.

Ziegenhagen D., Glaeske G., Höer A., Giesler K. (2004). Arzneimittelversorgung von PKV-Versicherten im Vergleich zur GKV. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2004, Vol. 9(2), S. 108-115. DOI: 10.1055/s-2004-813135.

Zok K., (2007). Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV und PKV-Versicherten. In: WIdO-Monitor, Vol. 4, S. 1 - 7

Zok K. (2012). GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) [Hrsg.]. In: WIdOmonitor, Ausgabe 02/2012. ISSN: 1614-8444.

## **Rechts- und Gesetzestexte:**

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG) § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG) § 204 Tarifwechsel.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 1 Solidarität und Eigenverantwortung.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 2 Leistungen.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 3 Solidarische Finanzierung.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 4 Krankenkassen.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 5 Versicherungspflicht.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 6 Versicherungsfreiheit.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 8 Befreiung von der Versicherungspflicht.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 10 Familienversicherung.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 53 Wahltarife.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 220 Grundsatz.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt wurde. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Hamburg, 28.08.2023



Tobias Rübner