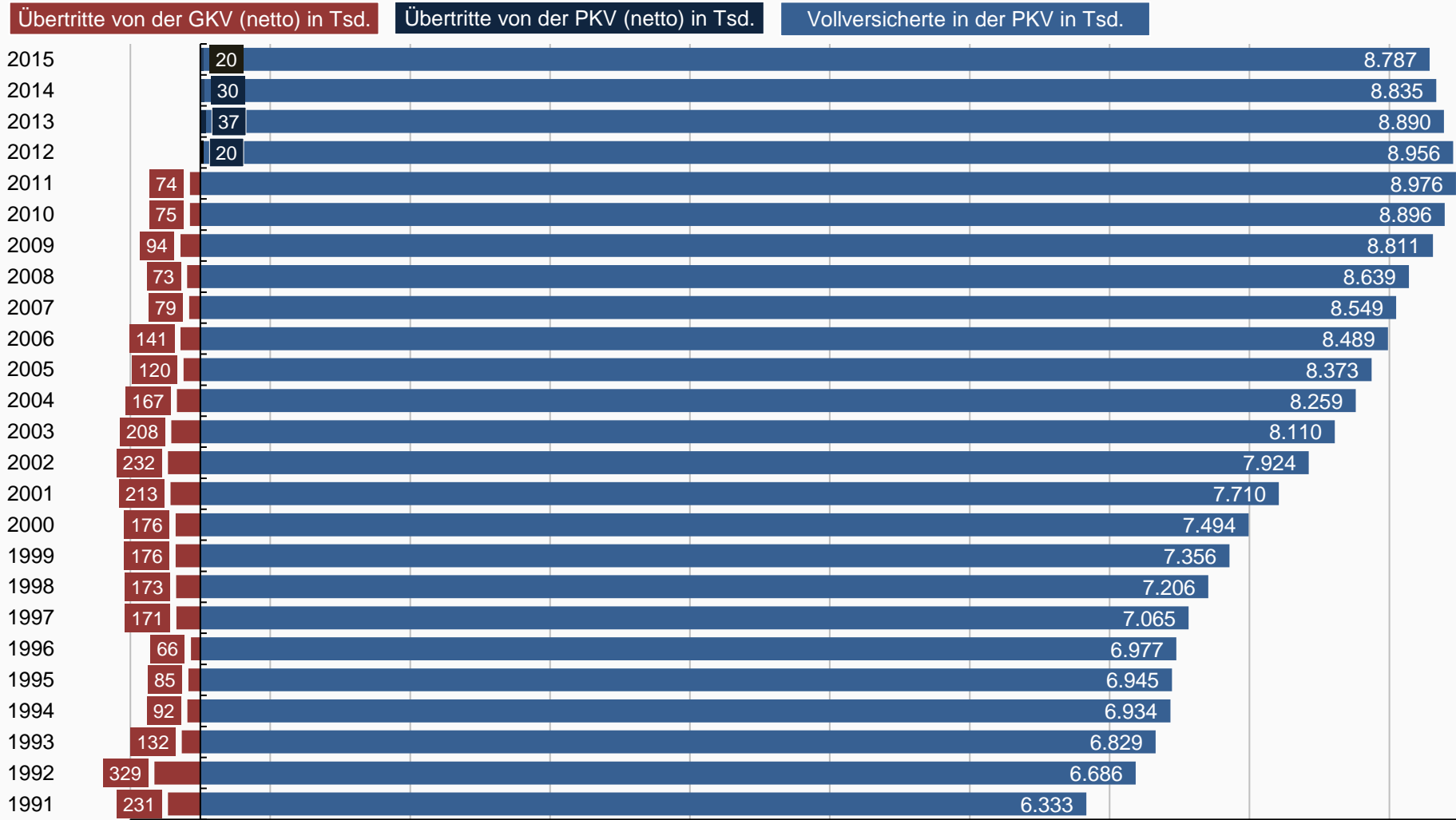


■ Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung 1991- 2015



Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung (zuletzt 2016): PKV-Zahlenberichte und Rechenschaftsberichte

Anhaltender Rückgang der Vollversicherten in der privaten Krankenversicherung

Kurz gefasst:

- Im Jahr 2015 waren rund 8,8 Mio. Menschen, das entspricht knapp 11 % der Bevölkerung, in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Bezug genommen wird hier nur auf die sog. Vollversicherung; die Zahl der Personen, die eine Zusatzversicherung (z.B. Krankenhauswahlleistungen) abgeschlossen haben, liegt noch deutlich höher.
- Seit 2012 zeigt sich ein anhaltender Rückgang der PKV-Versicherten. So hat sich die Zahl der Vollversicherten zwischen 2012 und 2015 um rund 200.000 Personen verringert.
- Dies ist bemerkenswert, da die PKV in den Jahrzehnten zuvor einen starken Bedeutungszuwachs zu verzeichnen hatte. Während in diesen Jahren viele gesetzlich Versicherte (GKV) in die PKV übergewechselt sind, hat sich nun der Trend umgekehrt. Die Übertritte von der PKV in die GKV fallen stärker aus als die Übertritte von der GKV in die PKV. Es kehren - soweit dies überhaupt möglich ist (siehe unten) - nicht nur immer mehr Versicherte in die gesetzliche Versicherung zurück, sondern zugleich entscheiden sich immer weniger Versicherte, von der gesetzlichen in die private Versicherung zu wechseln.
- Zu den PKV-Versicherten zählen Selbstständige, Arbeitnehmer mit einem hohen Einkommen sowie Beamte und deren Familienangehörige. Während Zahl und Anteil der Beamten steigen – sie stellen 2015 fast die Hälfte der Vollversicherten (48,8 %) – zeigt sich bei den anderen Gruppen eine rückläufige Tendenz. Beamte sind faktisch gezwungen, sich privat zu versichern. Ein Übertritt in die gesetzliche Versicherte ist für sie mit überhohen Belastungen verbunden, da die „Dienstherren“ nur eine Beihilfe leisten, aber keine Arbeitgeberbeiträge zahlen.
- Für die Mitgliederverluste der PKV lassen sich unterschiedliche Einflussfaktoren benennen: Entscheidend dürfte sein, dass die PKV in vielen Leistungsbereichen stärker vom Kosten- und Ausgabenanstieg betroffen ist als die GKV. Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied im Bereich von Zahnbehandlung und Zahnersatz: In der GKV liegt der Ausgabenanstieg seit 2002 je Versicherten bei 9 %, in der PKV bei 57 %. Im Ergebnis ist es dadurch zu massiven Anhebungen der Prämien in der PKV gekommen, die viele Versicherte, insbesondere die Älteren, finanziell überfordern.
- Diese Ausgabenwüchse sind durch das in der PKV übliche Kostenerstattungsprinzip nicht verhindert, sondern gerade erst möglich geworden, da die privaten Versicherungen das Leistungs- und Kostengebaren der Anbieter im Gesundheitssystem nicht kontrollieren und steuern können.

Hintergrund

In Deutschland ist der Krankenversicherungsschutz zweigeteilt. Während die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Pflichtversicherung den weit überwiegenden Teil der Bevölkerung erfasst (vor allem ArbeitnehmerInnen und ihre Angehörigen bis zur Versicherungspflichtgrenze, RentnerInnen und weitere SozialleistungsempfängerInnen), steht die private Krankenversicherung (PKV) den Selbstständigen, Beamten/Beihilferechtigten und den abhängig Beschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze offen (vgl. [Abbildung VI.29](#)).

Im Unterschied zu den anderen Sozialversicherungszweigen endet die Versicherungspflicht in der GKV mit dem Erreichen der Versicherungspflichtgrenze. Dies bedeutet, dass ArbeitnehmerInnen mit einem die Versicherungspflichtgrenze überschreitenden Einkommen die Wahlfreiheit haben, sich zwischen dem Übertritt in eine private Krankenversicherung oder dem Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung (als freiwilliges Mitglied) zu entscheiden (vgl. [Abbildung VI.27](#)). Diese Entscheidung wird maßgeblich durch die unterschiedlichen Leistungs- und Finanzierungsprinzipien der beiden Systeme beeinflusst: Während die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Pflichtversicherung von Arbeitnehmern und Rentnern mit einem ausgeprägten Solidarausgleich ausgestaltet ist, dominiert in der privaten Krankenversicherung (PKV) das Versicherungsprinzip. Die Beiträge orientieren sich hier am individuellen Risiko (orientiert insbesondere am Gesundheitszustand und Alter). Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gibt es nicht.

Daraus folgt, dass ein Wechsel in die PKV immer dann bevorzugt wird, wenn aufgrund des Verdienstniveaus, der gesundheitlichen Lage und der familiären Verhältnisse die risiko- und individualbezogenen Beiträge in der PKV niedriger liegen als die am Bruttoarbeitseinkommen bemessenen Beiträge (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) in der GKV. Dies bedeutet, dass sich ArbeitnehmerInnen mit einem höheren Einkommen dem Solidarausgleich der GKV entziehen können. Die verbleibenden freiwillig Versicherten in der GKV zählen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und der familiären Situation eher zu den sog. ungünstigen Risiken, bei denen die Leistungsausgaben hoch sind. Dazu zählen Ältere, vorerkrankte Versicherte sowie Versicherte mit Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern. Die GKV nimmt ehemals PKV-Versicherte nur dann wieder auf, wenn diese versicherungspflichtig werden (beispielsweise nach Aufgabe einer selbstständigen Tätigkeit und Aufnahme einer nichtselbständigen Beschäftigung für mindestens zwölf Monate), unter 55 Jahre alt sind und ihr Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze gesunken ist.

Beamte erhalten eine Beihilfe im Krankheitsfall, das heißt, dass die angefallenen Kosten vom „Dienstherrn“ erstattet werden. Allerdings werden die Kosten nur anteilig übernommen (z.B. zu 60 %), so dass eine ergänzende private Versicherung (Restkostenversicherung) notwendig ist. Beihilferechtigte können sich zwar in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichern, erhalten dann aber weder eine Beihilfe noch einen den Arbeitgeberbeitrag, so dass Beamte faktisch gezwungen sind, sich privat zu versichern.

Leistungs- und Beitragsrecht in der PKV und GKV

Im Leistungs- wie im Beitragsrecht bestehen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung erhebliche Unterschiede. So herrscht in der privaten Versicherung das Kostenerstattungsprinzip, das heißt, dass zwischen Versicherung und Leistungsanbietern (z.B. Ärzten) kein Vertragsverhältnis besteht, sondern nur zwischen Versicherten und Leistungsanbietern. Die private Krankenversicherung erstattet dann die entstandenen Kosten, hat aber damit jenseits des Rahmens, die durch die Gebührenordnungen gesetzt sind, keine Möglichkeiten auf den Leistungsumfang und die Preisgestaltung Einfluss zu nehmen. Die private Krankenversicherung kennt auch keinen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog; der Leistungsumfang wie die Leistungsbedingungen (z.B. Selbstbeteiligung) können vertraglich gestaltet werden.

Die Beiträge/Prämien der PKV bemessen sich im Unterschied zur GKV nicht als fester Prozentsatz vom versicherungspflichtigen Bruttoeinkommen, sondern werden nach Maßgabe des individuellen Risikos und der Ausgabenentwicklung festgesetzt. Ein weiterer Unterschied: Der Beitragssatz zur GKV (zum Gesundheitsfonds) wird gesetzlich beschlossen, die Prämien zur PKV werden vertraglich zwischen dem Versicherungsunternehmen und jedem einzelnen Versicherten vereinbart

Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben je Versicherten sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung über alle Leistungsarten hinweg in den zurückliegenden Jahren angestiegen. Dieser Ausgabenzuwachs betrifft gleichermaßen die private Krankenversicherung, in einzelnen Leistungsfeldern schwächer und in anderen Leistungsarten stärker (vgl. [Abbildung VI.30](#)). So weist die private Krankenversicherung bei den Leistungsarten „Zahnbehandlung und Zahnersatz“ und „stationäre Behandlungen“ einen sichtbar höheren Ausgabenzuwachs je Versicherten auf. Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied im Bereich von Zahnbehandlung und Zahnersatz: In der GKV liegt der Anstieg seit 2004 je Versicherten bei 8,7 %, in der PKV bei 56,9 %. Beim größten Ausgabenblock „Stationäre Behandlung“ erhöhen sich die Ausgaben bei der GKV um 42,5 % und bei der PKV um 41,7 %.

Insgesamt zeigt sich, dass die abweichenden leistungsrechtlichen Regelungen zwischen Privatversicherung, hier das Kostenerstattungsprinzip, und gesetzlicher Versicherung, hier das Sachleistungsprinzip, keinen maßgeblichen Einfluss auf den Ausgabenanstieg haben. Im Gegenteil lässt sich sagen, dass der aufgrund des Kostenerstattungsprinzips fehlende vertragliche Bezug der Privatversicherung mit den Leistungsanbietern einen forcierten Ausgabenanstieg leichter möglich macht.

Methodische Hinweise

Die Daten entstammen aus der Statistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

Nicht berücksichtigt sind hier jene Versicherten, die eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Gängig sind Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahnersatz, Pflege usw. Die Zahl der Zusatzversicherungen beziffert sich für das Jahr 2015 auf gut 24,7 Mio. Verträge (vgl. [Abbildung VI.31b](#)). Insbesondere ab 2003 ist ein steiler Anstieg zu verzeichnen, der auch dadurch bedingt ist, dass viele Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Folge von Sparmaßnahmen gestrichen oder beschnitten worden sind.

Monatsgrafik Juni 2016 – Kontakt:

Prof. Dr. Gerhard Bäcker | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 0203 379 2573 | gerhard.baecker@uni-due.de