

GKV und PKV nach der Gesundheitsreform – „Systemkonkurrenz“ oder „konvergente Evolution“?

Zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung und zur Neuausrichtung des „Systemwettbewerbs“ zwischen GKV und PKV wurden in den vergangenen Jahren diverse Vorschläge vorgelegt. Das lebhaft diskutierte und sowohl von Verbänden im Gesundheitswesen als auch von unabhängigen Fachleuten kritisierte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) veränderte mit Inkrafttreten zum 1. April 2007 die Rahmenbedingungen für beide Versicherungssysteme. Vor allem die Einführung neuer Tarife, wie Wahltarife und Basistarif, verleitete manche Beobachter zu der Feststellung, dass sich die beiden ursprünglich nach ganz unterschiedlichen Prinzipien operierenden Versicherungssysteme einander zunehmend angleichen.

■ Wilfried Boroch und Claus Michel

Aktuell ist der Löwenanteil der Bevölkerung noch immer in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert – mit knapp 90 Prozent der Gesamtversicherten ist und bleibt sie die tragende Säule des deutschen Gesundheitssystems. Dennoch ist der GKV-Marktanteil im Zeitablauf kontinuierlich zurückgegangen: von 91,8 Prozent in 1991 auf 89,3 Prozent in 2005. In 2006 konnte die Private Krankenversicherung (PKV) insgesamt ein Wanderungsplus von 134.500 Personen verzeichnen.¹ Aus Sicht der GKV werden ihr hiermit Finanzmittel von jährlich rund 750 Mio. Euro entzogen. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei den Wechslern nicht nur um weitgehend gutverdienende, sondern auch um vergleichsweise junge und gesunde Versicherte handelt – was insgesamt zu einer Entmischung der Risikostrukturen der beiden Versicherungssysteme führt. Das zentrale Merkmal der wettbewerblichen Beziehung zwischen GKV und PKV ist demnach die Selektion guter Risiken nach Finanzkraft und Morbidität zu Gunsten der privaten Versicherer.

Im Grundsatz spiegelt dieses Ergebnis Differenzen im Finanzierungsverfahren beider Systeme und der dahinterliegenden Ordnungsprinzipien wider: Solidarprinzip, Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot sowie Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge im

*Wilfried Boroch ist Leiter der Hauptabteilung Unternehmenspolitik/Marketing der AOK Hessen;
Claus Michel war bis Juni 2007 bei der AOK Hessen tätig, zuletzt als Referent für Gesundheits- und Verbandspolitik.
Der Beitrag gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder.*

Umlageverfahren einerseits (GKV), Äquivalenzprinzip, risikoadäquate Kalkulation und Kapitaldeckung andererseits (PKV) (Tabelle 1).

Das GKV-WSG verfolgt eine Neujustierung des Ordnungsrahmens für beide Systeme, die im Ergebnis – nach Verlautbarungen von Reformkritikern – im Laufe der Zeit zu ihrer allmählichen Angleichung führen könnte. Als Anzeichen für eine derartige Entwicklung, die sich in Anlehnung an biologische Entwicklungsmuster als „konvergente Evolution“ bezeichnen ließe, wurden insbesondere die neuen Spielräume bei der Tarifgestaltung gewertet:

- einerseits die erheblich erweiterten GKV-Gestaltungsspielräume im Bereich von freiwillig wählbaren Tarifangeboten, die den Abschied von einem „Einheitsangebot“ der GKV und eine zunehmende Orientierung an den individuellen Präferenzen der Versicherten einzuläuten scheinen und
- andererseits der neue Basistarif der PKV, der ohne Risikoprüfung verpflichtend anzubieten ist und der sich am Leistungsangebot sowie an den Beitragssätzen der GKV orientiert.

Wahltarife – Ausdifferenzierung des Leistungsprogramms der GKV

Bereits vor dem Inkrafttreten des Reformgesetzes nahmen verschiedene gesetzliche Krankenkassen die konzeptionellen Arbeiten an neuen Tarifangeboten auf. Dies galt besonders für große „Versorgerkassen“, die in der Vergangenheit aufgrund ihrer strukturimmanenten Benachteiligung

Tabelle 1: Ausgangsbedingungen von GKV und PKV:

| | GKV | PKV |
|----------------------------------|---|--------------------------------|
| Marktanteil 2005 | 89,3 Prozent <small>(Ohne Berücksichtigung von Nicht-Versicherten und Sonstigen)</small> | 10,7 Prozent |
| Ordnungsprinzip | Solidarprinzip | Äquivalenzprinzip |
| Versicherungspflichtgrenze | 47.700 Euro / Jahr | Freiwillige Weiterversicherung |
| Institution | Körperschaften des öffentlichen Rechts | AG, VvaG |
| Finanzierungsverfahren | Einkommensabhängige Beiträge bis zur Bemessungsgrenze | Risikoadäquate Prämien |
| | Umlage | Kapitaldeckung |
| | Risikostrukturausgleich | Kein Risikostrukturausgleich |
| Vergütung der Leistungserbringer | Zwei Gebührenordnungen im ambulanten Bereich EBM GOÄ | |
| Finanzbeziehung | ca. 750 Mio. Euro Finanzverlust pro Jahr in der GKV durch Wechsler in die PKV | |

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Agasi, S.²

gungen hohe Beitragssätze hinnehmen mussten. Aus deren Perspektive dienen die neuen Tarifangebote primär den folgenden Zwecken:

- Differenzierung des Leistungsangebotes, um Kundenpräferenzen besser abzubilden,
- Schaffung von Wahlmöglichkeiten für preissensible Kunden, ihren Beitrag zu verringern,
- Bereitstellung eines breiteren Produktangebotes zur Kundenakquise,
- Verbesserung der Kundenbindung, u.a. auch unterstützt durch die im Gesetz vorgesehene zeitliche Bindung an einen Tarif, und
- Förderung innovativer Versorgungsmodelle durch Verknüpfung mit Tarifen.

Um diese Optionen für sich und die Versicherten zu nutzen, haben die gesetzlichen Kassen die neuen Tarifmöglichkeiten bisher unterschiedlich ausgebaut. So sind neben flächendeckend angebotenen Selbstbehalttarifen inzwischen folgende Tarife in den Markt eingeführt worden:

- Wahltarife für besondere Versorgungsformen (strukturierte Behandlungsprogramme, integrierte Versorgung und hausarztzentrierte Versorgung),
- Kostenerstattung für Leistungen im Ausland,
- Kostenerstattung für Zuzahlungen im Krankenhaus,
- Kostenerstattung bei Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus,

- Kostenerstattung bei Zahnersatz sowie
- Kostenerstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (d.h. phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel).

Mit derartigen Tarifen dringen gesetzliche Kassen direkt in bisher allein der PKV vorbehaltene Geschäftsfelder vor. Es überrascht daher nicht, dass die rechtliche Zulässigkeit dieser Angebote von der privaten Konkurrenz bezweifelt wird. So findet sich im Verbandsorgan der PKV die Aussage, dass gesetzliche Krankenkassen keine Unternehmen seien, sondern staatlich geschützte und von der Steuerpflicht befreite Körperschaften. Erhielten sie die Lizenz zum Zusatzversicherungsgeschäft, würden PKV-Unternehmen erheblich benachteiligt und vom Markt verdrängt. Aus diesem Grund werden Wahltarifangebote von der PKV auch als Eingriff in die Berufsfreiheit gewertet.³ Trotz der öffentlich vorgebrachten Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit einzelner Regelungen des GKV-WSG und der Androhung von Klagen fanden sämtliche angebotenen Wahltarife die Zustimmung der jeweils zuständigen Aufsicht. Auch von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit wurde bisher keine Kritik geäußert. Da die durch das Reformgesetz eingeführten Regelungen, z.B. zur Kostenerstattung, vergleichsweise unbestimmt gehalten wurden, sind den relevanten Gesetzesspassagen keine konkreten einschränkenden Vorgaben zu entnehmen.

Basistarif – PKV-Angebot zu GKV-Konditionen?

Während verschiedene gesetzliche Kassen die Konzeption von Wahltarifen bereits engagiert in Angriff nahmen, müssen sich die privaten Versicherer mit dem ab 1. Januar 2009 verpflichtend einzuführenden Basistarif befassen und entsprechende Tarife kalkulieren⁴. Folgende Grundbedingungen sind dabei zu beachten:

- Der Basistarif orientiert sich am Leistungsumfang der GKV; der Leistungsumfang ist bei allen privaten Anbietern gleich.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden mit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten im Basistarif betraut.
- Mit der Aufgabe Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Einzelnen festzulegen, wurde der PKV-Verband gesamtheitlich beauftragt. Dagegen sind in der Kalkulation und Prämienhöhe durchaus Unterschiede zwischen den privaten Unternehmen zu erwarten.
- Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt darf den durchschnittlichen GKV-Höchstbetrag nicht überschreiten.
- Weiterhin muss den Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte in Höhe von 300, 600, 900 und 1.200 Euro zu vereinbaren; die Mindestbindungsfrist beträgt wie bei den Selbstbehalttarifen der GKV drei Jahre.

Neu für die PKV sind dabei vor allem zwei konstituierende Prinzipien einer „solidarischen“ Krankenversicherung: Das Verbot einer Risikoprüfung in Verbindung mit einer „risikogerechten“ Prämienkalkulation und der Kontrahierungszwang. Wie gesetzliche Kassen auch, werden die Privatversicherer erstmals jeden Interessenten aufnehmen müssen, der die gesetzlich vorgegebenen Kriterien erfüllt. Allerdings dürfen sich die Prämien – anders als in der GKV – weiterhin aufgrund von Alter und Geschlecht unterscheiden, auch der Einkommensbezug der GKV greift nicht.

Hinsichtlich der Beitragshöhe kursieren unterschiedliche Annahmen. Einerseits wird die Vermutung geäußert, dass PKV-Unternehmen die maximale Beitragshöhe verlangen werden. Dafür spricht, dass eine ansonsten voraussichtlich notwendige Quersubventionierung aus klassischen Tarifen vermieden oder zumindest reduziert werden kann. Andererseits wurde auch die Meinung vertreten, dass die PKV die Konditionen bewusst attraktiv gestalten könnte, um gezielt freiwillig Versicherte aus der GKV abzuwerben.⁵

In der PKV scheint bisher eine skeptisch-defensive Haltung zum Basistarif zu dominieren: Zwar sollen bis Ende 2007 Eckpunkte zu seiner Einführung erarbeitet werden, jedoch wird zugleich darauf verwiesen, dass der Tarif für die Versicherten nicht die erste Wahl sein kann: „Denn wenn zu viele Menschen den Basistarif wählen, werden nach und nach immer mehr Bestandsversicherte folgen, um den defizitären Tarif nicht subventionieren zu müssen. Am Ende stünde die Einheitsversicherung“⁶, so die Befürchtungen der PKV. Laut Medienberichten erwägen

einige Unternehmen sogar eine Verfassungsklage, da sie den Basistarif nach den gesetzlichen Vorgaben nicht für finanzierbar halten. Die Gefahr der Aushöhlung der klassischen Tarife zugunsten des Basistarifs wird damit anscheinend wesentlich höher eingeschätzt, als die Chance, neue GKV-Mitglieder zu akquirieren.

Beitragsatzentwicklung in GKV und PKV

Private Versicherer erheben risikoäquivalente, nicht einkommensbezogene Prämien. Mit jedem Wechsel von Versicherten mit relativ hohem Einkommen aus der GKV in die PKV wird die Basis des Solidarausgleichs innerhalb der GKV beeinträchtigt. Dabei ist auch zu bedenken, dass das statistische Krankheitsrisiko mit dem sozioökonomischen Status der Versicherten korreliert.⁷ Die Gruppe der Wechsler verfügt nicht nur über überdurchschnittliche Einkommen, sondern weist in der Regel auch ein geringeres Ausgabenrisiko für die Krankenversicherung auf. Die PKV erfreut sich aufgrund dieses Tatbestands und der vom Gesetzgeber vorgenommenen – allerdings versicherungsökonomisch nicht zu begründenden – Marktgrenzung bisher eines systematischen Vorteils. Aufgrund dieser Ausgangssituation wäre eigentlich eine erheblich günstigere Beitragsatzentwicklung in der PKV als in der GKV zu erwarten.

Trotz vergleichsweise besserer Versichertenstrukturen sind die PKV-Prämien in der Vergangenheit dennoch deutlich stärker gestiegen als die Beiträge der GKV. Nach einer Untersuchung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) auf der Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) haben sie sich in den vergangenen 20 Jahren mehr als verdreifacht und sind nahezu doppelt so stark gestiegen wie die der gesetzlichen Krankenkassen. Zwar liegt die Durchschnittsprämie in der PKV immer noch unter dem GKV-Beitrag vergleichbarer Versicherter, doch müssen sich privat Versicherte künftig auf deutlich stärkere Erhöhungen ihrer Prämien einstellen (Tabelle 2).

Da Variationen der Selbstbeteiligung einen sonst anstehenden Prämienanstieg verhindern oder begrenzen können, ist der effektive Anstieg der PKV-Prämien vermutlich noch höher als der in der Untersuchung des DIW festgestellte. Die wichtigsten Ursachen für diesen Anstieg sind zunehmende Leistungsausgaben, die in der Tarifkalkulation nicht berücksichtigt wurden, sowie eine Anpassung der Prämien an eine weiter steigende Lebenserwartung. Dabei hat die PKV eigentlich sehr günstige Voraussetzungen: Sie greift auf eine überwiegend von der GKV finanzierte Infrastruktur zurück. Allein daraus ergibt sich für sie ein erheblicher Wettbewerbsvorteil. Das landläufig gebrauchte Argument, dass die PKV die GKV subventioniere, kehrt sich hier in sein Gegenteil um. Tatsächlich finanzieren die GKV-Versicherten die Fixkosten für die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung, auf die die in der Regel besser verdienende PKV-Klientel aufsattelt. Entsprechend sind die bereits beträchtlichen Steigerungsraten der PKV-Prämien noch stärker zu hinterfragen.

Tabelle 2: Entwicklung von Beitragssätzen bzw. Prämien in GKV und PKV

| Versichertengruppe | Durchschnittliche Steigerung pro Jahr im Zeitraum 1985 bis 2005 in Prozent |
|--|---|
| PKV-Versicherter (ohne Beihilfeanspruch) | 10,1 % |
| GKV-Versicherter - Durchschnittsverdiener | 6,4 % |
| GKV-Versicherter - oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze | 6,6 % |

Quelle: Eigene Darstellung, Quelle: DIW⁸

Nach der Gesundheitsreform steht gesetzlich Versicherten die Option offen, ihre effektive Beitragsbelastung durch Selbstbehalt- bzw. Beitragsrückerstattungstarife spürbar zu senken. Zugleich ist mit reformbedingten Prämien erhöhungen in der PKV zu rechnen, vor allem dann, wenn die Einführung des Basistarifs tatsächlich zu nennenswerten Quersubventionen zu Lasten der „klassischen“ Tarife führt. Es ist daher abzusehen, dass sich die Preisrelation zwischen GKV und PKV unter diesen Voraussetzungen weiter zugunsten der GKV verschieben wird.

Die PKV – Vorbild für effizientes Gesundheitsmanagement?

Als ein Effizienzproblem der GKV wird in Politik, Medien und breiter Öffentlichkeit häufig die vermeintlich hohe Zahl an Krankenkassen identifiziert. Diese lag allerdings mit rund 240 Kassen noch nie so niedrig wie heute und wird auch künftig weiter abnehmen. Allerdings: Angesichts der regelmäßig vorgetragenen Klage, für die mehr als 70 Millionen GKV-Versicherten würden auch 50 Krankenkassen ausreichen, verwundert der Verzicht auf entsprechende Überlegungen zur PKV: Bei ca. 8,5 Millionen PKV-Versicherten würde wohl auch nur ein Bruchteil der derzeit operierenden 50 privaten Assekuranzen genügen. Vor allem ist jedoch zu fragen, auf welchem Wissensvorsprung öffentliche Bekundungen zur optimalen Unternehmensgröße bzw. zur angemessenen Zahl und Größe von Krankenversicherern eigentlich gründen. In anderen Branchen bliebe die Bestimmung der „richtigen“ Zahl und Größe der dort tätigen Unternehmen dem Wettbewerb überlassen und wäre nicht Gegenstand der politischen Auseinandersetzung.

Von langfristig größerem Gewicht für die Effizienz des Gesundheitssystems ist die Frage, welchen Beitrag die gesetzlichen und privaten Versicherer zur Gestaltung des Gesundheitswesens bzw. zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und zugleich wirtschaftlichen Versorgung leisten. In diesem Zusammenhang lässt sich zunächst feststellen, dass die flächendeckende Gesundheitsversorgung in Deutschland weitestgehend das

Resultat der vertraglichen Zusammenarbeit von GKV und Leistungsanbietern auf der Grundlage des SGB V ist. Zwischen der PKV und Leistungsanbietern bestehen in der Regel keine direkten Vertragsbeziehungen. Daher verfügt die PKV zwar über Kompetenz und Erfahrung in der Konzeption von Versicherungstarifen, nicht aber in der Versorgungsgestaltung im Vertragsgeschäft mit Anbietern. Auf diesem Gebiet weist die GKV aufgrund ihrer jahrzehntelangen Erfahrung einen deutlichen Kompetenzvorsprung auf. Sofern in Zukunft aber auch die PKV vergleichbare Aktivitäten im Vertragsgeschäft durchführen will, um mehr Einfluss auf ihre Leistungsausgaben und die Qualität der Versorgung zu nehmen, wird sie erhebliche Ressourcen in diesen für sie neuen Bereich investieren müssen.⁹ Überdies wird die Frage nach den regionalen Marktanteilen der privaten Versicherer an Gewicht gewinnen, denn aktiv gestaltendes Versorgungs- und Gesundheitsmanagement bedarf einer gewissen Mindestgröße. Auch an dieser Stelle wird es folglich eine angleichende Bewegung zwischen GKV und PKV geben.

GKV und PKV: Ein Ausblick

Der „Systemwettbewerb“ zielt nicht auf die Gesamtheit der Versicherten ab, sondern lediglich auf eine Teilmenge derer in der PKV bzw. diejenigen, die freiwillig in der GKV sind. Allein diese Minderheit steht tatsächlich vor der Wahl zwischen beiden Versicherungssystemen. Dieser Befund behält seine Gültigkeit auch nach dem GKV-WSG.

Mit den Wahlтарifen und dem Basistarif hat der Gesetzgeber neue Elemente in den „Systemwettbewerb“ eingeführt, die nach Ansicht vieler Beobachter trotz völlig verschiedener Ausgangsbedingungen zu einer schrittweisen Angleichung beider Versicherungsmodelle führen können. „So viel Konvergenz war nie.“¹⁰ Dieser Aussage der PKV kann gefolgt werden. Ihre tatsächliche Relevanz hängt maßgeblich davon ab, wie sich Basis- und klassischer Tarif der Privatkassen im Verhältnis zueinander entwickeln und wie sich im Resultat daraus GKV- und PKV-Tarife im Vergleich darstellen. Da jedoch insgesamt die grundlegenden Konstruktionsprinzipien beider Systeme

me durch die Reform nicht verändert wurden, kann sowohl in der GKV als auch in der PKV ein merkbares Spannungsverhältnis entstehen – zwischen den neuen Spielräumen einerseits und Systemcharakteristika bzw. dem Selbstverständnis der Beteiligten andererseits. Insofern sind auch einer „konvergenten Evolution“ Grenzen gesetzt, die freilich durch strategische Entscheidungen der gesundheitspolitischen Akteure verschoben und in langfristiger Perspektive ggf. auch aufgehoben werden könnten.

Ein aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive sinnvoller Wettbewerb wird dann möglich, wenn die Marktteilnehmer unter einheitlichen Rahmenbedingungen operieren und nicht ein Teil der Wettbewerber durch rechtliche Vorgaben wie die Versicherungspflichtgrenze ohne einen nachvollziehbaren Grund privilegiert wird. Jede langfristig tragfähige Neubestimmung des Verhältnisses von GKV und PKV muss dem Umstand Rechnung tragen, dass die PKV

- zwar nicht durchgehend, aber in der Tendenz Personen mit einem höheren Einkommen und einem statistisch geringeren Krankheitsrisiko versichert¹¹ und
- die flächendeckende Infrastruktur der GKV voll mitnutzt.

Die höheren Prämiensteigerungen der Privaten lassen sich nicht auf die Versichertenstruktur zurückführen, sondern haben andere Ursachen, z.B. Defizite in der Tarifkalkulation, ein höheres Preisniveau für Versorgungsleistungen, hohe Abschlusskosten und höhere Verwaltungskosten.

Sofern der Gesetzgeber in Zukunft gleiche Voraussetzungen im Wettbewerb von gesetzlichen und privaten Versicherern schaffen will, sind folgende Reformelemente unabdingbar:

- ein gemeinsamer ordnungspolitischer Rahmen mit freier Wahl einer Krankenkasse bzw. eines privaten Versicherungsunternehmens, verbunden mit einem Kontrahierungszwang der Versicherer bzw. Kassen für einen definierten Grundleistungskatalog (z.B. auf der Grundlage des SGB V und der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses),¹²
- ein wettbewerbspolitisch überzeugender Risikoausgleich, ggf. durch eine Einbindung der PKV in die Mittelverteilung im Rahmen des zukünftigen Gesundheitsfonds wie auch in den Niederlanden und

- Möglichkeiten der Ausdifferenzierung des Leistungsangebots gemäß den Präferenzen der Versicherten durch ergänzende Angebote auf freiwilliger Basis als Option für alle Krankenversicherer.

Wahlfreiheit und Solidarität könnten in einer solchen Wettbewerbsordnung gleichermaßen ihre Ausprägung finden. Allerdings bedarf eine derart weitreichende Reform politischer Voraussetzungen, die während des gerade abgeschlossenen Reformprozesses nicht immer in ausreichendem Maße gegeben waren: Eine gemeinsam getragene Zielvorstellung der Regierungspartner, die Bereitschaft, das äußerst komplizierte Gebiet der Gesundheitspolitik weitgehend aus der tagespolitischen Auseinandersetzung heraus zu halten, eine rechtzeitige und intensive konzeptionelle Zusammenarbeit der Politik mit Fachleuten aus Wissenschaft und Verbänden und letztlich die Fähigkeit zu tragfähigen Entscheidungen, die – wie es ja das Motto des Koalitionsvertrages in dieser Legislaturperiode auch bereits vorsah – mit „Mut und Menschlichkeit“ getroffen werden.

Fußnoten

- 1 Im Jahr 2006 sind 278.500 Versicherte aus der GKV in die PKV gewechselt, umgekehrt traten 144.000 zuvor PKV-Versicherte in die GKV ein (mündliche Aussage des PKV-Verbandes).
- 2 Agasi, Susanne: Das neue Krankenversicherungssystem in den Niederlanden. Implikationen für Deutschland?, Mimeo, Amsterdam, 7. Juli 2007.
- 3 PKV Publik 4/2007.
- 4 Bis zur Einführung des Basistarifs wird mit der Modifikation des bestehenden Standardtarifs eine Übergangslösung für Nicht-Versicherte geschaffen.
- 5 Z.B. Klusen, Norbert, in: Ärztenachrichtendienst änd v. 17.01.2007.
- 6 PKV Publik 4/2007.
- 7 Eine Zusammenstellung epidemiologischer Ergebnisse zu diesem Thema findet sich z.B. im Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de).
- 8 DIW-Wochenbericht 46/2006, 15. November 2006.
- 9 Insofern überzeugt auch die von Seiten der PKV gelegentlich vorgebrachte Position, die PKV subventioniere die GKV über höhere Vergütungen von Leistungsanbietern, nicht. PKV-Versicherte nutzen eine Infrastruktur, die von der GKV unterhalten und gesichert wird.
- 10 PKV Publik 4/2007.
- 11 Jacobs, Klaus; Klauber, Jürgen; Leinert, Johannes (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung; Bonn 2006.
- 12 Ein vergleichbares Modell hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bereits in seinem Jahresgutachten 2004/2005 vorgelegt; Alternativen ließen sich durch Variationen einzelner Parameter entwickeln.