

Paul Wiemer

**Das deutsche
Krankversicherungssystem**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Das System der gesetzlichen Krankenversicherung	3
	2.1 Rechtsrahmen, Versichertenkreis und Finanzierung.....	3
	2.2 Leistungskatalog und Steuerungslogik	3
3	Das System der privaten Krankenversicherung.....	5
	3.1 Zugang, Vertragslogik und Tarifprinzip	5
	3.2 Beitragskalkulation, Alterungsrückstellungen und Langfristrisiko	6
4	Leistungsvergleich im Detail.....	7
	4.1 Ambulanter und stationärer Zugang.....	7
	4.2 Zahn-, Seh- und Vorsorgeleistungen.....	8
	4.3 Psychotherapie und Rehabilitation.....	8
	4.4 Digitale Gesundheitsleistungen.....	9
	4.5 Vergleichsübersicht.....	10
5	Ökonomische Analyse	11
	5.1 Umlageverfahren und Kapitaldeckung	11
	5.2 Arbeitgeberperspektive	11
	5.3 Risikostrukturausgleich und Wettbewerb	12
6	Kritische Würdigung	13
	6.1 „Zwei-Klassen-Medizin“: empirisch vorsichtig einordnen.....	13
	6.2 Reformdebatte und Bürgerversicherung	13
7	Fazit	15
I.	Literaturverzeichnis	16

1 Einleitung

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist durch die Koexistenz zweier Vollversicherungssysteme geprägt: der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung. Diese institutionelle Struktur ist international ungewöhnlich, weil die Mehrheit der Bevölkerung in einem solidarisch finanzierten Sozialversicherungssystem abgesichert ist, während bestimmte Personengruppen unter rechtlichen Voraussetzungen eine private substitutive Krankenversicherung wählen können. Holleder (2025) ordnet diese Parallelität zweier Vollversicherungssysteme als Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens ein. Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind gesetzlich versichert; nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes werden rund 75 Millionen Menschen von rund 93 gesetzlichen Krankenkassen versorgt (BMG, 2026a; GKV-Spitzenverband, 2026a).

Der Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV ist jedoch methodisch anspruchsvoll. Die GKV kennt einen einheitlichen, gesetzlich geordneten Leistungsrahmen, der durch Gemeinsamen Bundesausschuss, Selbstverwaltung und sozialrechtliche Vorgaben konkretisiert wird. Die PKV kennt dagegen kein einheitliches Leistungsniveau. Maßgeblich ist der jeweils abgeschlossene Vertrag. Ein günstiger Basistarif, ein leistungsstarker Vollversicherungstarif und ein Beihilfeergänzungstarif für Beamte unterscheiden sich erheblich. Pauschale Aussagen wie "die PKV leistet mehr" oder "die GKV ist schlechter" sind deshalb wissenschaftlich nicht sauber. Zulässig ist nur ein differenzierter Vergleich nach Leistungsbereich, Zugang, Finanzierung und langfristigem Risiko.

Ziel dieser Arbeit ist es, die beiden Systeme systematisch zu vergleichen. Zunächst werden Rechtsrahmen und Finanzierungslogik der GKV dargestellt, anschließend Struktur und Kalkulationsprinzip der PKV. Danach folgt ein Leistungsvergleich in zentralen Bereichen: ambulante und stationäre Versorgung, Zahn- und Sehhilfen, Psychotherapie und Rehabilitation sowie digitale Gesundheitsleistungen. Abschließend werden ökonomische Implikationen, Arbeitgeberperspektive, Risikostrukturausgleich, Versorgungsungleichheit und Reformdebatte quellenkritisch eingeordnet.

2 Das System der gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Rechtsrahmen, Versichertenkreis und Finanzierung

Die rechtliche Grundlage der GKV liegt vor allem im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Das SGB V regelt unter anderem Versicherungspflicht, freiwillige Mitgliedschaft, Familienversicherung, Leistungsansprüche, Wirtschaftlichkeitsgebot, Finanzierung und Beziehungen zu Leistungserbringern. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind grundsätzlich pflichtversichert, sofern ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet (§§ 5, 6 SGB V). Für das Jahr 2026 liegt diese Grenze bei 77.400 Euro jährlich beziehungsweise 6.450 Euro monatlich. Die Angabe wird durch die Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2026 als primäre Rechtsquelle bestimmt (Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, 2025a).

Das zentrale Finanzierungsprinzip ist das Solidarprinzip. Beiträge bemessen sich nicht nach individuellem Krankheitsrisiko, Alter oder Gesundheitszustand, sondern nach beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent; hinzu kommt ein kassenindividueller Zusatzbeitrag. BMG-Angaben zufolge lag der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitrag zum 1. April 2026 bei 3,13 Prozent. Allgemeiner Beitrag und Zusatzbeitrag werden bei Beschäftigten paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen (BMG, 2026b).

Sozialpolitisch besonders relevant ist die Familienversicherung. Ehegatten, Lebenspartner und Kinder können unter bestimmten Einkommens- und Statusvoraussetzungen beitragsfrei mitversichert sein (§ 10 SGB V). Diese Regelung unterscheidet die GKV grundlegend von der PKV, in der grundsätzlich für jede versicherte Person ein eigener Versicherungsvertrag beziehungsweise ein eigener Beitragsanteil erforderlich ist. Für Familien mit Kindern oder nicht erwerbstätigem Ehepartner kann die GKV deshalb finanziell deutlich vorteilhafter sein als eine private Vollversicherung.

2.2 Leistungskatalog und Steuerungslogik

Die GKV gewährt Leistungen nicht nach individueller Beitragszahlung, sondern nach gesetzlichem Anspruch. Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V). Gleichzeitig gilt das

Wirtschaftlichkeitsgebot: Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V). Diese Formulierung ist für die Bewertung entscheidend. Die GKV garantiert keinen maximal denkbaren Komfort, sondern eine medizinisch notwendige, sozialrechtlich definierte Versorgung.

Der Leistungskatalog umfasst ambulante und stationäre Versorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen, Psychotherapie sowie weitere Leistungen. Grenzen zeigen sich insbesondere dort, wo der Gesetzgeber oder der Gemeinsame Bundesausschuss Festbeträge, Festzuschüsse oder enge Indikationsvoraussetzungen vorsieht. Beim Zahnersatz etwa sieht § 55 SGB V befundbezogene Festzuschüsse vor; ein lückenloses Bonusheft kann diese Zuschüsse erhöhen, ändert aber nichts daran, dass höherwertige Versorgungsformen zu erheblichen Eigenanteilen führen können. Bei Sehhilfen bestehen für Erwachsene nach § 33 Abs. 2 SGB V und der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA ebenfalls nur begrenzte Ansprüche, insbesondere bei schwerer Sehbeeinträchtigung, therapeutischen Sehhilfen oder bestimmten hohen Refraktionsfehlern (Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, 2026a; G-BA, 2026c).

Der Vorteil dieser Steuerungslogik liegt in der kollektiven Finanzierbarkeit und in der rechtlichen Gleichbehandlung der Versicherten. Der Nachteil liegt darin, dass Komfortleistungen, individuelle Zusatzwünsche oder neue Leistungen ohne hinreichenden Nutzenbeleg nicht automatisch erstattet werden. Genau an dieser Schnittstelle entstehen private Zusatzversicherungen, IGeL-Leistungen und individuelle Eigenanteile.

3 Das System der privaten Krankenversicherung

3.1 Zugang, Vertragslogik und Tarifprinzip

Die PKV ist ein privatrechtlich organisiertes Versicherungssystem. Der Zugang zur substitutiven privaten Krankenversicherung ist nicht für alle Personen gleich offen. Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie mit ihrem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen. Selbstständige und Freiberufler sind grundsätzlich nicht aufgrund abhängiger Beschäftigung in der GKV pflichtversichert, wobei für einzelne Berufsgruppen Sonderregeln gelten können. Beamte sind nicht rechtlich zur PKV verpflichtet, werden aber durch das Beihilfesystem häufig ökonomisch in Richtung einer privaten Restkostenversicherung gelenkt (BMG, 2026c; gesund.bund.de, 2024).

Anders als in der GKV hängt der Leistungsumfang in der PKV unmittelbar vom Vertrag ab. Private Krankenversicherer bieten Tarife mit unterschiedlichem Selbstbehalt, unterschiedlichem Erstattungssatz, unterschiedlicher stationärer Wahlleistung und unterschiedlicher Abdeckung bei Zahnleistungen, Heilmitteln, Hilfsmitteln, Sehhilfen oder alternativen Behandlungsformen an. Der PKV-Verband beschreibt dies als individuell gestaltbaren Versicherungsschutz; diese Quelle ist jedoch als Interessenquelle der privaten Versicherungswirtschaft einzuordnen und wird hier nur für die Selbstdarstellung der Tariflogik herangezogen (PKV-Verband, 2026a). Rechtlich ergibt sich die Vertrags- und Versicherungspflichtlogik insbesondere aus dem VVG und dem VAG. Daraus folgt für den Leistungsvergleich: Die PKV kann leistungsstärker sein als die GKV, muss es aber nicht in jedem Tarif und nicht in jedem Leistungsbereich sein.

Bei Neuabschluss ist die private Krankenversicherung grundsätzlich risikobezogen kalkuliert. Eintrittsalter, Gesundheitszustand und vereinbarter Leistungsumfang beeinflussen den Beitrag. Vorerkrankungen können zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen oder Ablehnung führen; der Basistarif ist hiervon als gesetzlich reguliertes Auffanginstrument zu unterscheiden. Nach § 152 VAG müssen private Krankenversicherer einen Basistarif anbieten, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV vergleichbar sein sollen. Der Basistarif ist damit sozialpolitisch bedeutsam, aber kein Beleg dafür, dass jeder PKV-Tarif oberhalb der GKV liegt.

3.2 Beitragskalkulation, Alterungsrückstellungen und Langfristrisiko

Die PKV kalkuliert nach dem Anwartschaftsdeckungs- beziehungsweise Kapitaldeckungsverfahren. Beiträge werden so kalkuliert, dass Versicherte in jüngeren Jahren mehr zahlen als ihre statistisch erwarteten Krankheitskosten; der überschüssige Teil wird als Alterungsrückstellung verzinst angelegt und später zur Finanzierung höherer Gesundheitsausgaben im Alter verwendet. Die rechtlichen und aufsichtsrechtlichen Grundlagen ergeben sich nicht nur aus Selbstdarstellungen der Branche, sondern insbesondere aus VAG und KVAV; der PKV-Verband wird hier ergänzend als Interessenquelle verwendet (Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, 2026c; Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, 2026d; BMG, 2026d; PKV-Verband, 2026b).

Eine wichtige Präzisierung ist hier erforderlich: Beiträge steigen in der PKV nicht einfach deshalb, weil ein einzelner Versicherter älter wird. Das Älterwerden ist in der Tarifikalkulation über Alterungsrückstellungen grundsätzlich berücksichtigt. Beitragserhöhungen entstehen vielmehr, wenn Rechnungsgrundlagen wie Leistungsausgaben, Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt oder Zinserträge von den ursprünglichen Annahmen abweichen. Die Verbraucherzentrale weist darauf hin, dass Beiträge trotz Alterungsrückstellungen steigen können, wenn Ausgaben stärker wachsen oder Zinserträge geringer ausfallen als angenommen (Verbraucherzentrale, 2026).

Die PKV kann daher für junge, gesunde Alleinstehende oder Beamte zunächst finanziell attraktiv sein. Dieser Vorteil ist jedoch nicht risikolos. Familienmitglieder sind nicht beitragsfrei mitversichert, ein späterer Rückwechsel in die GKV ist rechtlich begrenzt, und Tarifwechsel innerhalb oder außerhalb des Versicherungsunternehmens sind nicht immer ohne Leistungseinbußen oder erneute Risikoprüfung möglich. Für eine wissenschaftliche Bewertung ist deshalb nicht nur der Einstiegsbeitrag, sondern der gesamte Lebensverlauf relevant.

4 Leistungsvergleich im Detail

4.1 Ambulanter und stationärer Zugang

Im ambulanten Bereich bestehen rechtliche Leistungsansprüche der GKV, aber empirisch relevante Unterschiede beim Zugang. Eine Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2026 berichtet, dass 30 Prozent der Befragten mit den Wartezeiten auf Facharzttermine unzufrieden waren; 25 Prozent warteten länger als 30 Tage auf einen Termin (GKV-Spitzenverband, 2026b). Der WIdOmonitor 2023 berichtet ebenfalls unterschiedliche Erfahrungen: 41 Prozent der GKV-Versicherten, aber 22 Prozent der PKV-Versicherten gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten Schwierigkeiten gehabt zu haben, zeitnah einen Arzttermin zu bekommen (Zok & Jacobs, 2023).

Diese Befunde stützen die Aussage, dass PKV-Versicherte tendenziell günstigere Zugangserfahrungen haben. Sie belegen jedoch nicht automatisch eine bessere medizinische Ergebnisqualität. Eine Erklärung liegt in der Vergütungsstruktur: Privatärztliche Leistungen werden nach GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet, GKV-Leistungen über kollektivvertragliche Vergütungssysteme wie den EBM. Dadurch können für Leistungserbringer höhere finanzielle Anreize bei privat Versicherten entstehen. Holleder (2025) verweist zugleich auf erhebliche Selektionseffekte zwischen GKV- und PKV-Kollektiven. In den Mikrozensusdaten waren PKV-Versicherte nicht jünger, sondern im Durchschnitt älter als GKV-Versicherte; sie wiesen aber deutlich günstigere Bildungs- und Gesundheitsindikatoren auf. Direkte Qualitätsvergleiche sind deshalb methodisch schwierig.

Im stationären Bereich unterscheiden sich vor allem Wahl- und Komfortleistungen. In leistungsstarken PKV-Tarifen können Einbett- oder Zweibettzimmer, privatärztliche Behandlung oder Chefarztbehandlung vereinbart sein. GKV-Versicherte erhalten die medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung, Wahlleistungen müssen jedoch privat bezahlt oder über Zusatzversicherungen abgesichert werden. Diese Differenz betrifft primär Komfort und Zugang zu bestimmten Wahlleistungen, nicht zwingend die medizinische Basisversorgung.

4.2 Zahn-, Seh- und Vorsorgeleistungen

Beim Zahnersatz ist die Differenz zwischen beiden Systemen besonders sichtbar. Die GKV arbeitet mit befundbezogenen Festzuschüssen auf Basis der Regelversorgung (§ 55 SGB V; G-BA, 2026a). Wer eine Versorgung wählt, die über die Regelversorgung hinausgeht, trägt die Mehrkosten selbst, sofern keine Zusatzversicherung greift. In leistungsstarken PKV-Tarifen können dagegen höhere Erstattungsquoten für Zahnbehandlung und Zahnersatz vereinbart sein. Diese Aussage muss jedoch tarifabhängig formuliert werden: Es gibt keine einheitliche PKV-Zahnersatzleistung.

Bei Sehhilfen sind die GKV-Leistungen für Erwachsene begrenzt und an die Voraussetzungen des § 33 Abs. 2 SGB V sowie die Hilfsmittel-Richtlinie gebunden. Volljährige Versicherte haben insbesondere bei schwerer Sehbeeinträchtigung, therapeutischen Sehhilfen oder bei einem Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie beziehungsweise mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus einen Anspruch auf Versorgung; die Kosten für Brillengestelle sind dabei nicht der Normalfall der GKV-Leistung (Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, 2026a; G-BA, 2026c). PKV-Tarife können Brillen und Kontaktlinsen in festgelegten Intervallen oder bis zu Höchstbeträgen erstatten. Auch hier ist der konkrete Tarif entscheidend.

Bei Vorsorgeleistungen ist der Abstand weniger eindeutig: Die GKV umfasst zahlreiche gesetzlich verankerte Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen. Zusätzliche Untersuchungen können in der PKV oder über Selbstzahlung abgedeckt sein, sind aber nicht allein wegen ihrer zusätzlichen Verfügbarkeit medizinisch notwendig oder nutzenbelegt. Alternative Heilmethoden sollten nicht pauschal als "grundsätzlich nicht erstattet" bezeichnet werden. Korrekt ist: Die GKV erstattet solche Leistungen nur, wenn sie sozialrechtlich anerkannt sind oder unter bestimmten Indikationsvoraussetzungen in den Leistungskatalog aufgenommen wurden. Ansonsten bleiben sie Selbstzahlerleistungen oder Gegenstand privater Zusatzversicherungen. Die PKV kann hier weitergehende Erstattungen vorsehen, sofern der jeweilige Tarif dies enthält.

4.3 Psychotherapie und Rehabilitation

Gesetzlich Versicherte haben bei psychischen Erkrankungen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung, soweit Verfahren und Voraussetzungen durch die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA geregelt sind (G-BA, 2026b). Das rechtliche Leistungsversprechen besteht also. Das praktische Problem liegt eher in Kapazitäten und

Wartezeiten. Die Bundespsychotherapeutenkammer berichtete 2022 auf Basis von KBV-Abrechnungsdaten für gesetzlich Versicherte, die im ersten Quartal 2019 ein Erstgespräch hatten, eine durchschnittliche Wartezeit von 142,4 Tagen vom Erstgespräch bis zum Therapiebeginn (BPtK, 2022). Die Zahl sollte daher als empirischer Befund dieser Datenbasis und nicht als aktuelle 2026-Wartezeit verstanden werden.

Für PKV-Versicherte kann der Zugang zu Psychotherapie flexibler sein, weil auch Privatpraxen ohne Kassenzulassung in Betracht kommen. Gleichzeitig hängt der Erstattungsumfang stark vom Tarif ab. Manche Tarife begrenzen Sitzungszahlen, verlangen vorherige Genehmigungen oder sehen spezifische Erstattungssätze vor. Deshalb ist die pauschale Aussage, PKV-Versicherte seien psychotherapeutisch immer besser versorgt, zu stark. Tragfähiger ist: Leistungsstarke PKV-Tarife können Zugangsvorteile bieten; die GKV sichert den Anspruch rechtlich, leidet aber in vielen Regionen unter Kapazitätsengpässen.

Bei Rehabilitation ist die institutionelle Zuständigkeit differenzierter als bei vielen anderen Leistungen. Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland nicht allein Aufgabe der GKV. Nach § 6 SGB IX kommen verschiedene Rehabilitationsträger in Betracht, unter anderem gesetzliche Krankenkassen, Rentenversicherung, Unfallversicherung und weitere Träger. Bei Erwerbstätigen ist häufig die Rentenversicherung vorrangig zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt werden soll; Krankenkassen prüfen deshalb vor einer Kostenübernahme regelmäßig, ob ein anderer Träger vorrangig zuständig ist (Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, 2026e; BMG, 2026g; G-BA, 2026d; GKV-Spitzenverband, 2024).

Die PKV kann je nach Tarif andere Erstattungsbedingungen für Rehabilitationsleistungen vorsehen. Eine generelle Aussage, die PKV ermögliche "häufig längere Aufenthalte" oder "individuellere Therapiegestaltung", wäre ohne tarif- oder versorgungsbezogene Daten nicht ausreichend belegt. In dieser Fassung wird daher nur von potenziellen Tarifunterschieden gesprochen.

4.4 Digitale Gesundheitsleistungen

Im Digitalbereich hat die GKV in den letzten Jahren institutionell deutlich aufgeholt. DiGA wurden durch das Digitale-Versorgung-Gesetz als erstattungsfähige "Apps auf Rezept" in die Versorgung eingeführt; Voraussetzung ist die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis und der Nachweis positiver Versorgungseffekte beziehungsweise ein

entsprechendes Bewertungsverfahren (BMG, 2026g). Das E-Rezept ist seit dem 1. Januar 2024 für verschreibungspflichtige Arzneimittel verpflichtend (BMG, 2026e). Die elektronische Patientenakte wird seit 2025 in der Opt-out-Logik eingeführt; Versicherte können der Anlage und Nutzung widersprechen (BMG, 2026h).

Die PKV bietet ebenfalls digitale Services, etwa digitale Rechnungsübermittlung, Telemedizinangebote oder Apps der Versicherer. Allerdings handelt es sich dabei weniger um einen einheitlichen gesetzlichen Leistungskatalog als um unternehmens- und tarifabhängige Serviceangebote. Der Unterschied zwischen GKV und PKV ist im Digitalbereich deshalb geringer und anders gelagert als bei stationären Wahlleistungen oder Zahnleistungen. Gerade hier zeigt sich, dass der Gesetzgeber die GKV durch verbindliche digitale Infrastruktur in Richtung Modernisierung steuert.

4.5 Vergleichsübersicht

Bereich	GKV	PKV	Bewertung
Ambulante Versorgung	Anspruch auf notwendige Versorgung; längere Wartezeiten möglich.	Privatpraxen und GOÄ-Abrechnung können Termine erleichtern.	Zugangsvorteil plausibel; kein direkter Qualitätsbeweis.
Stationär	Allgemeine Krankenhausbehandlung; Wahlleistungen extra.	Einbettzimmer oder privatärztliche Behandlung je nach Tarif.	Unterschied vor allem Komfort und Wahlleistung.
Zahnersatz	Festzuschuss nach Regelversorgung; Eigenanteile möglich.	Höhere Erstattungen möglich, aber tarifabhängig.	Potenzielle Vorteile in leistungsstarken Tarifen.
Sehhilfen	Für Erwachsene begrenzte Ansprüche nach § 33 Abs. 2 SGB V und Hilfsmittel-Richtlinie.	Erstattung häufig möglich, oft mit Höchstbeträgen.	Tarifabhängiger PKV-Vorteil.
Psychotherapie	Rechtsanspruch; Kapazitäts- und Wartezeitprobleme.	Privatpraxen können Zugang erleichtern; tarifabhängig.	Zugangsvorteil möglich, nicht pauschal.
Rehabilitation	Zuständigkeit hängt vom Rehabilitationsträger und medizinischen/beruflichen Ziel ab.	Erstattung je nach Tarif und Versicherungsbedingungen.	Kein pauschaler Systemvorteil belegbar.
Digitales	DiGA, E-Rezept, ePA gesetzlich verankert.	Digitale Services unternehmens- und tarifabhängig.	Geringerer systematischer Leistungsabstand.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von SGB V, SGB IX, VAG, KVAV, BMG, G-BA, GKV-Spitzenverband, BPTK (2022), Zok & Jacobs (2023), Holleder (2025), Verbraucherzentrale (2026) und PKV-Verband (2026a, 2026b). Der PKV-Verband wird dabei als Interessenquelle eingeordnet.

5 Ökonomische Analyse

5.1 Umlageverfahren und Kapitaldeckung

Die GKV arbeitet im Umlageverfahren. Laufende Beitragseinnahmen finanzieren die laufenden Leistungsausgaben. Dieses System ist administrativ effizient, solidarisch angelegt und eng mit der Lohnentwicklung verknüpft. Es ist jedoch demografisch und arbeitsmarktpolitisch sensibel: Wenn die Zahl der beitragspflichtigen Erwerbstätigen relativ zur Zahl älterer und kostenintensiverer Versicherter sinkt, entsteht Finanzierungsdruck. Die FinanzKommission Gesundheit weist für die GKV auf eine wachsende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben hin und beziffert für 2027 ohne Reformbedarf eine erhebliche Deckungslücke (FinanzKommission Gesundheit, 2026, S.13).

Die PKV arbeitet demgegenüber mit Kapitaldeckung und Alterungsrückstellungen. Damit ist sie weniger unmittelbar vom Verhältnis aktueller Beitragszahler zu aktuellen Leistungsempfängern abhängig. Gleichwohl ist sie nicht frei von systemischen Risiken. Medizinischer Fortschritt, Preissteigerungen, höhere Leistungsausgaben und Kapitalmarktannahmen beeinflussen die Beitragsentwicklung. Die Verbraucherzentrale betont zu Recht, dass Alterungsrückstellungen Beitragsanstiege dämpfen sollen, sie aber nicht ausschließen (Verbraucherzentrale, 2026).

5.2 Arbeitgeberperspektive

Für Arbeitgeber ist vor allem die Begrenzung der Lohnnebenkosten relevant. Bei gesetzlich versicherten Beschäftigten tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer den allgemeinen Beitrag und den Zusatzbeitrag je zur Hälfte. Die Beitragsbelastung steigt mit dem Einkommen, ist aber durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt (BMG, 2026b). Bei privat versicherten Arbeitnehmern zahlt der Arbeitgeber nach § 257 SGB V einen Zuschuss, der im Grundsatz auf die Hälfte des tatsächlichen PKV-Beitrags begrenzt ist und zugleich nicht höher ausfallen darf als der Arbeitgeberanteil, der bei GKV-Versicherung anfiel. Für Arbeitgeber kann dies planbare Obergrenzen bedeuten. Für Beschäftigte mit hohen PKV-Prämien kann es aber dazu führen, dass der Arbeitgeberzuschuss nur einen begrenzten Anteil der tatsächlichen Prämie deckt. Daher ist die Arbeitgeberperspektive nicht identisch mit der Versichertenperspektive.

5.3 Risikostrukturausgleich und Wettbewerb

Innerhalb der GKV soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich verhindern, dass Krankenkassen im Wettbewerb systematisch benachteiligt werden, wenn sie überdurchschnittlich viele ältere, kranke oder einkommensschwache Versicherte betreuen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung beschreibt den RSA als Ausgleichsmechanismus, der Einnahmen- und Risikounterschiede zwischen Krankenkassen berücksichtigt (BAS, 2025).

Der RSA stabilisiert den Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen, ersetzt aber keine regionale Versorgungsplanung. Die Aussage, er sichere unmittelbar die flächendeckende Versorgung in strukturschwachen Regionen, wäre zu stark. Korrekt ist: Er mindert Anreize zur Risikoselektion zwischen Kassen und schafft finanzielle Voraussetzungen für Wettbewerb trotz unterschiedlicher Versichertenstrukturen. Die PKV kennt einen solchen kollektivsystemischen Ausgleich zwischen Unternehmen nicht in vergleichbarer Form; Risikoauswahl und Tarifikalkulation sind dort systembedingt stärker individualisiert.

6 Kritische Würdigung

6.1 „Zwei-Klassen-Medizin“: empirisch vorsichtig einordnen

Der Begriff "Zwei-Klassen-Medizin" wird häufig verwendet, ist wissenschaftlich aber nur dann sinnvoll, wenn präzisiert wird, welche Dimension gemeint ist: Zugang, Wartezeit, Komfort, Leistungsumfang, subjektive Patientenerfahrung oder medizinisches Behandlungsergebnis. Die vorliegenden Quellen stützen vor allem Unterschiede bei Zugang und Wahrnehmung. Der WIdOmonitor zeigt, dass gesetzlich Versicherte häufiger Schwierigkeiten mit zeitnahen Terminen berichten, während privat Versicherte häufiger Untersuchungen oder Behandlungen als nicht notwendig wahrnehmen (Zok & Jacobs, 2023).

Holleder (2025) zeigt auf Basis von Mikrozensusdaten erhebliche Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten hinsichtlich Sozialstruktur, Gesundheit und Inanspruchnahme. Besonders wichtig ist die methodische Konsequenz: PKV- und GKV-Versicherte sind keine zufällig zusammengesetzten Gruppen. Unterschiede in Bildung, Beruf, Einkommen, Gesundheit und Altersstruktur beeinflussen sowohl die Inanspruchnahme als auch die Bewertung des Systems. Daher darf aus höheren Facharztkontakten oder kürzeren Wartezeiten nicht unmittelbar auf bessere medizinische Ergebnisqualität geschlossen werden.

6.2 Reformdebatte und Bürgerversicherung

Die Reformdebatte kreist seit Jahren um die Frage, ob das duale System fortbesteht, stärker reguliert oder langfristig in ein einheitlicheres Versicherungssystem überführt werden soll. Befürworter einer Bürgerversicherung argumentieren, dass eine erweiterte Solidargemeinschaft die Einnahmehasis der GKV verbreitern, Selektionswirkungen mindern und die symbolische Trennung zwischen GKV- und PKV-Versicherten reduzieren könnte. Kritiker verweisen auf Bestandsschutz privater Verträge, mögliche verfassungsrechtliche Fragen, Übergangskosten, Auswirkungen auf Beihilfesysteme und die Rolle der PKV als Wettbewerbs- und Innovationsfaktor.

Die Finanzkommission Gesundheit fokussiert kurzfristig vor allem auf Beitragssatzstabilisierung und Ausgabendynamik der GKV. Der WIdOmonitor zeigt zugleich, dass solidarische Elemente der GKV sowohl bei GKV- als auch bei PKV-Versicherten hohe Zustimmung erfahren, während der Status quo des dualen Systems

weniger Zustimmung erhält als Reformoptionen mit größerer gemeinsamer Finanzierungsbasis (FinanzKommission Gesundheit, 2026, S. 13; Zok & Jacobs, 2023). Daraus folgt jedoch keine automatische politische Lösung. Die Systemfrage ist ökonomisch, rechtlich und normativ zugleich.

7 Fazit

GKV und PKV sind keine einfachen Qualitätsstufen, sondern unterschiedliche institutionelle Arrangements. Die GKV steht für solidarische Finanzierung, einkommensabhängige Beiträge, Familienversicherung und einen gesetzlich definierten Anspruch auf notwendige Versorgung. Ihre Schwächen liegen in Kapazitätsproblemen, Wartezeiten, begrenzten Leistungen bei Zahnersatz und Sehhilfen sowie im langfristigen Finanzierungsdruck des Umlageverfahrens.

Die PKV steht für Vertragsfreiheit, individuelle Tarifgestaltung, potenziell weitergehende Erstattung und Komfortleistungen. Ihre Schwächen liegen in Tarifkomplexität, Gesundheitsprüfung, individuellen Beitragsrisiken, fehlender beitragsfreier Familienversicherung und eingeschränkten Rückkehrmöglichkeiten in die GKV. Alterungsrückstellungen sind ein zentrales Stabilisierungselement, aber kein Schutz vor Beitragsanpassungen.

Die empirische Evidenz rechtfertigt die Aussage, dass PKV-Versicherte in bestimmten Bereichen Zugangsvorteile und Komfortvorteile haben können. Sie rechtfertigt aber keine pauschale Aussage, dass die medizinische Versorgungsergebnisqualität in der PKV generell besser sei. Eine belastbare Bewertung muss Leistungsumfang, Zugang, Kosten, soziale Absicherung und methodische Selektionseffekte getrennt betrachten. Für eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse ist genau diese Differenzierung der höhere Standard: nicht die zugespitzte Systemwertung, sondern die quellenkritische, bereichsspezifische Beurteilung.

I. Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). (2025). Risikostrukturausgleich - RSA einfach erklärt. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/>
- Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (2025a). Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2026 (Sozialversicherungsrechengrößen-Verordnung 2026 - SVBezGrV 2026). Gesetze im Internet. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gesetze-im-internet.de/svbezgrv_2026/SVBezGrV_2026.pdf
- Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (2026a). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. Gesetze im Internet. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (2026b). Versicherungsvertragsgesetz (VVG), § 193 - Versicherte Person; Versicherungspflicht. Gesetze im Internet. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/___193.html
- Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (2026c). Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), § 152 - Basistarif. Gesetze im Internet. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gesetze-im-internet.de/vag_2016/___152.html
- Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (2026d). Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (KVAV). Gesetze im Internet. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.gesetze-im-internet.de/kvav/>
- Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (2026e). Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, § 6 Rehabilitationsträger. Gesetze im Internet. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/___6.html
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026a). Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026b). Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026c). Wechsel zwischen GKV und PKV. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/wechsel-zwischen-gkv-und-pkv>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026d). Alterungsrückstellung. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alterungsrueckstellung>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026e). Elektronisches Rezept (E-Rezept). Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-rezept>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026f). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Abgerufen am 24.06.2026, von

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/digitale-gesundheitsanwendungen-verordnung-digav>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026g). Rehabilitation und Hilfen zu Hause. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2026h). Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). (2022). Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine psychotherapeutische Behandlung. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung>
- FinanzKommission Gesundheit. (2026). Erster Bericht: Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2026a). Festzuschuss-Richtlinie. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.g-ba.de/richtlinien/27/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2026b). Psychotherapie und psychiatrische Versorgung. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2026c). Hilfsmittel-Richtlinie. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.g-ba.de/richtlinien/13/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2026d). Medizinische Rehabilitation. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/medizinische-rehabilitation/>
- GKV-Spitzenverband. (2024). Informationen zur medizinischen Rehabilitation. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gkv-spitzenverband.de/service/medizinische_rehabilitation/reha_infos_1.jsp
- GKV-Spitzenverband. (2026a). Die gesetzlichen Krankenkassen. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp
- GKV-Spitzenverband. (2026b). GKV-Versichertenbefragung: Jeder dritte Versicherte unzufrieden mit Wartezeit auf Facharzttermin. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2181888.jsp
- gesund.bund.de. (2024). Krankenversicherung. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://gesund.bund.de/krankenversicherung>
- Hollerer, A. (2025). Gesundheitliche Ungleichheit in einem Gesundheitswesen mit 2 Vollversicherungssystemen? Sekundäranalysen des Mikrozensus bei Versicherten der GKV und PKV in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 68, 1291-1303. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04142-1>

- PKV-Verband. (2026a). PKV-Leistungen und Erstattung. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/leistungen-und-erstattung/>
- PKV-Verband. (2026b). So wird der Beitrag in der PKV berechnet und kalkuliert. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.pkv.de/wissen/beitraege/beitragskalkulation/>
- Verbraucherzentrale. (2026). Was Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung bewirken. Abgerufen am 24.06.2026, von <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/was-alterungsrueckstellungen-in-der-privaten-krankenversicherung-bewirken-54428>
- Zok, K., & Jacobs, K. (2023). Solidarität steht hoch im Kurs - Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten. WIdOmonitor, 21(1), 1-16. Abgerufen am 24.06.2026, von https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Projekte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2023_solidaritaet.pdf

