

**Dr. Christine Arentz, Dr. Frank Wild**

**Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln**

# **Die Bedeutung der privaten Kranken(zusatz)versicherung für die Finanzierung der ambulanten Versorgung in Deutschland**

<b>1. Einführung</b>	<b>116</b>
<b>2. Darstellung der ambulanten Versorgung</b>	<b>128</b>
<b>3. Fazit</b>	<b>137</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>138</b>

*Im vorliegenden Beitrag wird das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland vorgestellt und die Bedeutung der privaten Kranken(zusatz)versicherung für die Finanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs herausgearbeitet. Hierfür werden nach der Erläuterung der unterschiedlichen Funktionsweisen des Gesetzlichen und des Privaten Krankenversicherungssystems die unterschiedlichen Vergütungsmodelle für gesetzliche und private Leistungen im ambulanten Sektor vorgestellt. Darauf aufbauend wird der Finanzierungsanteil der Privaten Kranken(zusatz)versicherung in der ambulanten Versorgung aufgezeigt und die Rolle der Privaten Kranken(zusatz)versicherung für den ambulanten Bereich diskutiert.*

# 1. Einführung

Das deutsche Gesundheitssystem ist neben den USA und Chile das einzige System, das einen privaten Krankenversicherungsschutz substitutiv zum gesetzlichen System ermöglicht. Zudem sind private Zusatzversicherungen verbreitet. Gleichzeitig besteht in Deutschland die Besonderheit, dass privat und gesetzlich Versicherte in derselben Versorgungsinfrastruktur behandelt werden, allerdings mit unterschiedlichen Vergütungssystematiken im ambulanten Bereich.

Der vorliegende Beitrag soll zum einen die unterschiedliche Funktionsweise der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Privaten Kranken(zusatz)versicherung (PKV) erläutern (vgl. Kapitel 1.1. und 1.2.). Während der Krankenversicherungsmarkt in einen privaten und einen gesetzlichen Teil getrennt ist, findet die ambulante (und stationäre) Versorgung der gesetzlich und privat Versicherten innerhalb derselben Infrastruktur statt. Die in der ambulanten Versorgung verwendeten unterschiedlichen Vergütungssysteme sollen im Folgenden erläutert (vgl. Kapitel 2.1. bzw. 2.2.) und die sich daraus ergebenden finanziellen Auswirkungen für Ärzte aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 2.3.). Eine Diskussion der Dualität in der Finanzierung des gemeinsamen Versorgungsbereichs schließt den Beitrag ab.

## 1.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)<sup>1</sup>

### 1.1.1. Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland ist der weit überwiegende Teil der Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Angeboten wird der gesetzliche Krankenversicherungsschutz von derzeit 109<sup>2</sup> gesetzlichen Krankenkassen, die Körperschaften öffentlichen Rechts sowie finanziell und organisatorisch unabhängig sind. Die Kassen übernehmen staatlich zugewiesene Aufgaben, die im Rahmen der Selbstverwaltung durchgeführt werden. Hierzu gehört die Erarbeitung der kollektivvertraglichen Regelungen für den ambulanten und stationären Sektor, die der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen verantwortet. Zudem

1 Der folgende Abschnitt basiert auf Arentz (2018).

2 Vgl. GKV-Spitzenverband (2019): [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?filter=0#krankenkassen](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?filter=0#krankenkassen), abgerufen am 17.05.2019.

bestimmt der Spitzenverband zusammen mit Ärztevertretern und Krankenhausgesellschaft die konkrete Ausgestaltung des Leistungskataloges der Kassen.<sup>3</sup>

Die einzelnen Kassen stehen seit 1996 untereinander im Wettbewerb. Vor 1996 erfolgte eine automatische Zuordnung der Versicherten zu einer Krankenkasse nach dem individuellen Status bzw. Beruf einer Person. Da sich die Risikostrukturen der Krankenkassen deutlich unterschieden, wurde mit Einführung des Kassenwahlrechts<sup>4</sup> ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen installiert. Seit 2009 ist dieser morbiditätsorientiert, so dass die Krankenkassen Pauschalen pro Versicherten erhalten, die nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus sowie nach 80 Krankheiten differenziert sind. Dies soll Wettbewerbsnachteile für Kassen mit vielen kranken Versicherten vermeiden. Für Krankenkassen besteht Kontrahierungszwang, d.h., sie sind gezwungen, jeden Versicherten unabhängig von seinem Risiko aufzunehmen.

### 1.1.2. Versichertenkreis

In Deutschland herrscht seit zehn Jahren eine allgemeine Versicherungspflicht, d.h., jeder Bürger muss eine Krankenversicherung (und Pflegeversicherung) abschließen. Alle Arbeitnehmer, die unterhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze verdienen (2019: 5062,50 Euro/Monat) sind in der GKV pflichtversichert. Diese Pflichtversicherung gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld I und II, land- und forstwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, behinderte Menschen, Jugendliche in besonderen Einrichtungen, Studenten und Rentner (SGB V, § 5). Freiwillig können sich Selbständige und Beamte in der GKV versichern, sowie Arbeitnehmer, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen (SGB V, § 6). Dieser Personenkreis hat die Wahl, eine substitutive Private Krankenversicherung abzuschließen (siehe Abschnitt 1.2.).

Es besteht die Möglichkeit einer beitragsfreien Mitversicherung für Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen bzw. mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 Euro/Monat). Die GKV hat derzeit 72,8 Millionen Versicherte, davon 56,5 Millionen zahlende Mitglieder und 16,3 Millionen beitragsfrei Mitversicherte.<sup>5</sup>

---

3 Vgl. GKV-Spitzenverband (2016): [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/selbstverwaltung\\_gkv/gkv\\_selbstverwaltung\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp), abgerufen am 27.06.2019

4 Allerdings sind nicht alle Krankenkassen für alle Versicherte bundesweit geöffnet. Von den derzeit (2019) 109 Krankenkassen sind 36 bundesweit geöffnet, während 45 Krankenkassen in nur einem bzw. mehreren ausgewählten Bundesländern tätig sind. Bestimmte Kassen sind nur betriebsbezogen wählbar (derzeit 28 Krankenkassen). Vgl. GKV-Spitzenverband (2019): [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/krankenlisten/krankenlisten.jsp?filter=0#krankenlisten](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenlisten/krankenlisten.jsp?filter=0#krankenlisten), abgerufen am 17.05.2019.

5 Vgl.: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>, abgerufen am 17.5.2019.

### 1.1.3. Finanzierung

Finanziert werden die Leistungen der GKV über lohn- bzw. rentenabhängige Beiträge im Umlageverfahren. Dies bedeutet, dass sämtliche Leistungen einer Periode durch die Einnahmen derselben Periode gedeckt werden müssen. Der für alle Krankenkassen einheitliche Beitragssatz beträgt derzeit 14,6 Prozent<sup>6</sup> und wird paritätisch und damit jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer an den sogenannten Gesundheitsfonds abgeführt.<sup>7</sup> Zusätzlich zu diesem allgemeinen Beitragssatz besteht die Möglichkeit für Krankenkassen, kassenindividuelle Zusatzbeiträge zu erheben, wenn sie ihre Ausgaben nicht mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken können. Diese Zusatzbeiträge sind ebenfalls lohn- bzw. rentenabhängig und werden ebenfalls paritätisch finanziert. Sie sollen Effizienzunterschiede zwischen den Kassen verdeutlichen.<sup>8</sup> Alle Beiträge (inkl. Zusatzbeiträge) müssen nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (2019: 4.537,50 Euro/Monat) entrichtet werden. Liegen die persönlichen Einkünfte darüber, werden diese nicht mehr verarbeitet.

Bei freiwillig in der GKV-Versicherten wird hingegen nicht nur das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung berücksichtigt, sondern die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bei der Beitragserhebung erfasst.<sup>9</sup>

Seit 2004 fließen nicht mehr nur Beitragseinnahmen, sondern auch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse in die Gesetzliche Krankenversicherung, die auch von privat Versicherten mitfinanziert werden müssen.<sup>10</sup> Die Bundeszuschüsse sind

- 6 Vor 2009 konnten die Krankenkassen individuelle Beitragssätze festlegen. Unterschiede in der finanziellen Stärke der Kassenmitglieder wurden dann vom sogenannten Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen nivelliert. Heute erfolgt dieser Ausgleich über den Gesundheitsfonds.
- 7 Aus ökonomischer Sicht muss jedoch zwischen Zahllast und Traglast unterschieden werden. Ob die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer die Beitragsbelastung zu tragen haben, hängt von den jeweiligen Elastizitäten des Angebots und der Nachfrage ab. Unabhängig von der konkreten Zahllast trägt die unelastischere Seite des Marktes einen höheren Anteil der Beitragsbelastung.
- 8 Vgl. Eibich u.a. (2011), S. 4–5.
- 9 Zudem werden die Einkünfte des Ehepartners mit berücksichtigt, sofern dieser privatversichert ist. Vgl. zur Beitragsgestaltung der freiwilligen Versicherten: GKV-Spitzenverband (2014).
- 10 Als Begründung für die Notwendigkeit von Bundeszuschüssen wurde zunächst die Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern in der GKV genannt. Aus verfassungsrechtlichen Bedenken wurde die Begründung im Gesetzestext allgemeiner gehalten und die Finanzierung „versicherungsfremder Leistungen“ als Begründung genannt. Versicherungsfremde Leistungen müssen über Steuermittel zu finanzieren, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden. Die Bundeszuschüsse werden allerdings nicht zweckgebunden ausbezahlt. Zudem ist nicht erkennbar, welche versicherungsfremden Leistungen die GKV in Höhe von derzeit 14 Mrd. Euro erbringt. Eine Untersuchung von Fichte/Schulemann (2010) stellt fest, dass die GKV im Jahr 2009 versicherungsfremde Leistungen von lediglich 4 Mrd. Euro geleistet hat. Der GKV-Spitzenverband (2013) geht hingegen von 34 Mrd. Euro aus. Dabei wird allerdings die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern als versicherungsfremde Leistung gewertet (insgesamt 29,8 Mrd. Euro). Es ist allerdings fraglich, inwiefern die Absicherung von

von 1 Milliarde Euro in 2004 auf 14,5 Milliarden Euro in 2019 gestiegen. Dadurch konnte der allgemeine Beitragssatz in der GKV gesenkt werden. In Relation zu den Beitragseinnahmen machen die Bundeszuschüsse bisher jedoch nur einen kleinen Anteil aus (2018: 6 %).

### 1.1.4. Leistungskatalog

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Leistungen während der Schwanger- und Mutterschaft, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Behandlung im Krankenhaus sowie auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Jenseits der Ausgaben, die im unmittelbaren Zusammenhang zu Erkrankungen stehen, werden auch Leistungen wie Mutterschaftsgeld finanziert.

Im Gesetz werden lediglich Rahmenvorgaben für die zu erbringenden Leistungen gemacht, ein expliziter Leistungskatalog existiert nicht. Einschränkungen können sich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (SGB V §12) ergeben, das vorgibt, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein sollen und „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen. Im sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), einem Gremium aus Vertretern der Kassen, der (Zahn-)Ärzte, der Krankenhäuser und der Patienten werden die Leistungen konkretisiert und Richtlinien für die einzelnen Leistungsbereiche erarbeitet, die für alle Kassen und Leistungserbringer verbindlich sind.

Alle Leistungen werden in der GKV gemäß des Sachleistungsprinzips erbracht, so dass die Versicherten keine Rechnung erhalten und für ambulante und stationäre Leistungen nicht in Vorleistung gehen müssen.<sup>11</sup>

Jenseits der vom G-BA festgelegten Leistungen, die von allen Kassen finanziert werden müssen, können Kassen ihren Versicherten auch Zusatzangebote machen. Zu diesen sog. Satzungsleistungen zählen etwa die Behandlung durch Homöopathen oder Heilpraktiker. Im Rahmen sog. Wahltarife können die Kas-

---

Kindern und Ehepartnern gegen Krankheitskostenrisiken als versicherungsfremd bezeichnet werden kann. Vielmehr ist dies die Kernaufgabe einer jeden Versicherung. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder kann als Beitragsgestaltung interpretiert werden: Der Beitragsfreiheit in den Kinderjahren stehen höhere Beiträge in der Erwerbsphase gegenüber. Die erwachsenen Mitglieder werden in dem Umfang stärker belastet, in dem auf Beiträge für Kinder verzichtet wird. Dem System gehen dadurch insgesamt keine Einnahmen verloren (vgl. Eekhoff/Wolfgramm (2010), S. 685).

11 Es ist jedoch möglich, sogenannte Wahltarife abzuschließen, wo in der Folge nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet wird, d.h., der Versicherte geht für die erbrachten medizinischen Leistungen in Vorleistung und erhält dann von seiner Kasse eine Rückerstattung.

sen zudem bspw. Selbstbehalttarife oder Kostenerstattungstarife auflegen.<sup>12</sup> Gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten dürfen Kassen mit Bonusprogrammen belohnen. Trotz dieser Möglichkeiten fallen die Leistungsdimensionierungen zwischen den Kassen gering aus, da etwa 95–98 % der Leistungen verpflichtend vorgeschrieben sind.<sup>13</sup>

## 1.2. Private Krankenversicherung (PKV)<sup>14</sup>

### 1.2.1. Träger der privaten Krankenversicherung und Versichertenkreis

In Deutschland besteht die Möglichkeit des Opt-Outs aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, indem eine Private Vollversicherung abgeschlossen wird. Zudem können private Zusatzversicherungen gekauft werden, die den GKV-Schutz ergänzen. Darüber hinaus werden Zusatzpolicen angeboten, die sowohl für privat als auch für gesetzlich Versicherte sinnvoll sein können, wie etwa Auslandsreisekrankenversicherungen oder Pflegezusatzversicherungen.

Eine den GKV-Schutz ersetzende Krankenversicherung kann nur von bestimmten Bevölkerungsgruppen abgeschlossen werden. Beamte, Selbständige und Freiberufler sowie angestellte Arbeitnehmer, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, können zwischen den beiden Systemen wählen. In 2018 waren 8,74 Millionen Bürger in der PKV vollversichert, davon machten etwa die Hälfte Beamte aus. Diese sind im sog. Beihilfesystem versichert: Der jeweilige staatliche Dienstherr zahlt den Beamten einen direkten Zuschuss zu den anfallenden Kosten der Versorgung. Dieser Zuschuss umfasst in der Regel 50 % der beihilfefähigen Behandlungskosten, Beamte mit Kindern können 70 % erhalten. Ehepartner bzw. Kinder bekommen 70 % bzw. 80 % der Behandlungskosten durch den Beihilfeträger erstattet. Die Private Krankenversicherung übernimmt den Differenzbetrag der anfallenden Kosten.

Der Bereich der Zusatzversicherungen ist ein seit Jahren wachsender Markt. In 2018 bestanden insgesamt 26,01 Millionen private Zusatzversicherungsverträge.<sup>15</sup>

12 Hier handelt es sich um sogenannte freiwillige Wahltarife. Verpflichtend müssen die Kassen ihren Versicherten die Wahltarife „Integrierte Versorgung“, „Hausarztzentrierte Versorgung“, „Strukturierte Behandlungsprogramme“ und „Krankengeld für Selbständige“ anbieten (vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/wahltarife-bonusprogramme-und-zusatzleistungen.html#c4855>, abgerufen am 14.11.2016).

13 Vgl. Ulrich/Pfarr (2013), S. 5.

14 Dieser Abschnitt folgt Arentz (2018).

15 Vgl. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>, abgerufen am 17.5.2019.

## 1.2.2. Private substitutive Versicherung

### 1.2.2.1. Finanzierung

Die Finanzierung der substitutiven Privaten Krankenversicherung unterscheidet sich grundsätzlich von der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die PKV finanziert die Leistungen im Kapitaldeckungsverfahren: Hierbei legt das Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 146 VAG) fest, dass substitutive Krankenversicherungsverträge nur nach Art der Lebensversicherung kalkuliert werden dürfen. Inhaltlich bedeutet dies, dass die Prämien über den Lebenszyklus der Versicherten real konstant gehalten werden. Um dies zu erreichen, werden sogenannte Alterungsrückstellungen gebildet.<sup>16</sup> In den jüngeren Jahren der Versicherten liegen die Prämieinnahmen über den erwarteten Leistungsausgaben, während sich dies in höheren Altersjahren umgekehrt verhält. Die Versicherungen legen diese Prämienüberschüsse an, um die im Alter entstehenden Prämiendefizite zu decken. Die Versicherten erhalten eine lebenslange Leistungszusage, können also die Verträge nicht einseitig kündigen.

Die Prämien in der PKV werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet, die in einer Kalkulationsverordnung festgelegt sind. Es gilt das Äquivalenzprinzip, so dass die kalkulierten Prämien über den Lebenszyklus dem Erwartungswert der Schäden entsprechen müssen. Die Versicherungen dürfen je nach Gesundheitszustand des Versicherten Zu- und Abschläge erheben sowie Leistungsausschlüsse vereinbaren. Die Höhe der erforderlichen Prämie wird ferner vom Eintrittsalter und dem gewähltem Tarif bestimmt (§ 10 der Kalkulationsverordnung (KalV)).<sup>17</sup> Zudem haben Selbstbehalte einen Einfluss auf die Prämienhöhe.

Die Prämien der Versicherten dürfen laut den gesetzlichen Vorschriften in der PKV nur dann angepasst werden, wenn entweder Veränderungen in der Leistungsanspruchnahme oder in der Sterblichkeit zu verzeichnen sind (sog. auslösende Faktoren). Wenn im Vergleich zur ursprünglichen Kalkulation eine Abweichung von 5 % bzw. 10 % festgestellt wird, dürfen bzw. müssen die Prämien neu kalkuliert werden. Dann müssen auch alle Rechnungsgrundlagen, u.a. auch der zugrunde gelegte Rechnungszins (3,5 % für Bisextarife, 2,75 % für Unisextarife), überprüft und entsprechend angepasst werden.

Können einzelne Unternehmen den jeweiligen Rechnungszins nicht vollständig erwirtschaften, müssen sie über das Verfahren „aktuarieller Unternehmenszins“

---

16 Eine Ausnahme bilden die Kindertarife, da hier nicht von einer lebenslangen Versicherung ausgegangen wird. Daher werden keine Altersrückstellungen für diese Tarife gebildet (§ 10 KalV).

17 Unterschiedliche Prämien nach Geschlecht dürfen seit der verpflichtenden Einführung von Unisextarifen nicht mehr erhoben werden.

(AUZ-Verfahren) einen neuen, niedrigeren Kalkulationszins anwenden, und zwar sowohl im Neugeschäft als auch für bestehende Verträge.<sup>18</sup> Bei einem niedrigeren Kalkulationszins fallen die notwendigen Prämiensteigerungen entsprechend höher aus als bei alleiniger Veränderung der auslösenden Faktoren. Alle Prämienanpassungen bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (§ 15 KalV). Das individuelle Prämienänderungsrisiko ist hingegen abgesichert: Prämienanpassungen aufgrund von verändertem individuellem Gesundheitszustand sind nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrages nicht zulässig.

Im sogenannten Basistarif gelten andere Kalkulationsregeln. Der Basistarif wurde im Zuge der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Jahr 2009 gesetzlich vorgeschrieben. Für die Unternehmen besteht Kontrahierungszwang, d.h., sie müssen alle Versicherten annehmen und die Prämien dürfen lediglich mit dem Alter differieren. Ferner erfolgt eine Deckelung der Prämie auf den Höchstbeitrag in der GKV (2019: 662 Euro).

Versicherte haben die Wahl, bei welchem Versicherer sie einen Vertrag abschließen möchten. Die Versicherungsunternehmen sind aber in den Normaltarifen nicht verpflichtet, alle Versicherten aufzunehmen (kein Kontrahierungszwang).

Nach Vertragsabschluss ist ein Wechsel des Versicherers prinzipiell möglich, ist finanziell jedoch häufig schon nach vergleichsweise kurzer Vertragsdauer nicht attraktiv. Denn bei Wechsel werden die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen für Bestandskunden, die einen Vertrag vor 2009 abgeschlossen haben, gar nicht auf den neuen Anbieter übertragen. Für alle Versicherungsverträge nach 2009 werden sie lediglich anteilswise an den neuen Versicherer ausbezahlt.<sup>19</sup> Dadurch lohnt sich ein Versicherungswechsel für viele Versicherte nicht, weil die fehlenden Alterungsrückstellungen beim neuen Versicherer durch Prämienaufschläge nachfinanziert werden müssen. Zudem erfolgt beim neuen Versicherer eine erneute Risikoprüfung, die ebenfalls mit dem Risiko von Prämienaufschlägen verbunden ist, falls sich neue Krankheitsbilder beim wechselwilligen Kunden ergeben haben. Innerhalb der Versicherung haben die Versicherten jedoch ein garantiertes Wechselrecht. Bei einem solchen Tarifwechsel werden dann die gesamten durchschnittlichen Alterungsrückstellungen übertragen.

18 Vgl. ohne Verfasser (2011).

19 Alterungsrückstellungen werden nur im Umfang der Leistungen des Basistarifs übertragen (vgl. § 146 Abs. 1 Satz 5).

### 1.2.2.2. Leistungskatalog

In den Normaltarifen haben die privaten Versicherer relativ viel Spielraum in der Leistungsgestaltung, eine Orientierung an den in der GKV erstatteten Leistungen ist nicht zwingend.<sup>20</sup> In der Regel sind die in der PKV erbrachten Leistungen jedoch höher und der Zugang zu innovativen Behandlungsmethoden ist schneller gegeben als in der GKV.<sup>21</sup> Neue Behandlungsmethoden können in der PKV sofort erstattet werden, wenn sie zugelassen, schulmedizinisch überwiegend anerkannt und medizinisch notwendig sind. Darüber hinaus werden Leistungen erstattet, die sich in der Praxis erfolversprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.<sup>22</sup> In der GKV herrscht hingegen der sog. Erlaubnisvorbehalt für neue Leistungen im ambulanten Bereich (§ 135 Abs. 1 SGB V). Neue Leistungen müssen erst vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt werden, bevor sie in der Versorgung für gesetzlich Versicherte genutzt werden dürfen. Dieser Prozess kann durchaus längere Zeit in Anspruch nehmen.<sup>23</sup>

Nur im Bereich des Basistarifs sind die Unternehmen verpflichtet, einen vergleichbaren Leistungskatalog wie in der GKV anzubieten (§ 152 VAG).

Bei der Abrechnung der Leistungen kommt in der Regel das Prinzip der Kostenerstattung zum Tragen, bei dem der Versicherte vom jeweiligen Leistungserbringer eine Rechnung erhält, die er dann zur Erstattung bei seinem Versicherer einreichen kann.

---

20 Die Versicherer müssen lediglich „im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (zu) erstatten“ (§192 VVG). Eine konkretere Vorschrift, welche Leistungen genau erstattet werden müssen, gibt es nicht.

21 Es gibt in der PKV auch Tarife, die weniger Leistungen als die GKV bieten, insbesondere bei psychotherapeutischen Behandlungen (vgl. Weber (2012)). Diese Leistungslücken wurden im Zuge der Umstellung auf Unisexstarife jedoch von den meisten Unternehmen geschlossen (vgl. ohne Verfasser (2013)).

22 Vgl. PKV-Verband (2013) §4 Abs. 6.

23 Vgl. Wasem (2016).

### 1.2.3. Private Zusatzversicherung

Private Zusatzversicherungen sind in Deutschland weit verbreitet. Sie können von allen Bürgern abgeschlossen werden, sind aber insbesondere für gesetzlich Versicherte interessant, da sie mit Zusatzversicherungen den gesetzlichen Leistungsumfang aus der GKV ergänzen können. Mehr als 20 % der gesetzlich Versicherten verfügt über eine private Zusatzversicherung.<sup>24</sup> Da der Leistungsumfang der GKV insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung eingeschränkt wurde, wurden in diesem Bereich die meisten Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen (15,7 Mio. in 2017), gefolgt von 8 Mio. (2017) ambulanten Zusatztarifen (vgl. Abbildung 1). Tarife, die den GKV-Schutz ergänzen, machten in 2017 14,3 % der gesamten Beitragseinnahmen der privaten Versicherer aus.<sup>25</sup>

Abbildung 1: Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz

<b>Ambulante Tarife</b>	<b>2017</b>
Frauen	3.789.900
Männer	2.947.900
Kinder	1.285.400
<b>Gesamt</b>	<b>8.023.200</b>
<b>Tarife für Wahlleistungen</b>	
<b>Krankenhaus</b>	
Frauen	2.734.000
Männer	1.959.500
Kinder	1.418.600
<b>Gesamt</b>	<b>6.112.100</b>
<b>Zahntarife</b>	
Frauen	7.978.100
Männer	6.077.500
Kinder	1.609.600
<b>Insgesamt</b>	<b>15.665.200</b>
<b>Insgesamt<sup>1</sup></b>	
Frauen	9.765.900
Männer	7.427.400
Kinder	2.390.200
<b>Insgesamt</b>	<b>19.583.500</b>

<sup>1</sup> „Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird er in den einzelnen Tarifarten mitgezählt. In der Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderungen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.“ (PKV 2016 S. 33).

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus PKV Zahlenbericht (2018), S. 33

24 Vgl. Grabka (2014), S. 304.

25 Vgl. PKV Zahlenbericht (2018), S. 17. Detaillierte Zahlen liegen nur für 2017 vor.

Im ambulanten Bereich bieten die Zusatztarife die Möglichkeit, Leistungen von Heilpraktikern und Homöopathen in Anspruch zu nehmen, die ggf. nicht von den gesetzlichen Kassen übernommen werden. Zudem bieten viele Verträge Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen oder Hörgeräten (Heil- und Hilfsmittel). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich im ambulanten Bereich wie ein Privatversicherter beim Arzt behandeln zu lassen. Voraussetzung ist hierfür, in der GKV einen Kostenerstattungstarif abzuschließen. Die Ärzte können dann nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen (vgl. Kapitel 2.2.). Der Versicherte erhält vom Arzt eine Rechnung, die er dann bei seiner gesetzlichen Kasse einreicht. Diese wendet für die in der GKV abrechnungsfähigen Leistungen die gesetzliche Vergütung und erstattet diesen Teil. Die private Zusatzversicherung begleicht dann den Differenzbetrag, der durch die private Vergütung und ggf. nicht von der GKV übernommene Leistungen entstanden ist.

Im stationären Bereich können sich gesetzlich Versicherte ebenfalls wie ein Privatpatient behandeln lassen, wenn sie stationäre Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus abschließen. Je nach Vertrag können die Versicherten dann Chefarztbehandlung und/oder die Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer in Anspruch nehmen.

Zusatzversicherungen, die sowohl für privat als auch für gesetzlich Versicherte in Frage kommen, umfassen Auslandsreiseschutz, Krankenhaustagegeld und Pflegezusatzversicherungen. Letztere bieten den Versicherten die Absicherung gegen die relativ hohen Eigenanteile, die im Pflegefall von den Pflegebedürftigen zu tragen sind.

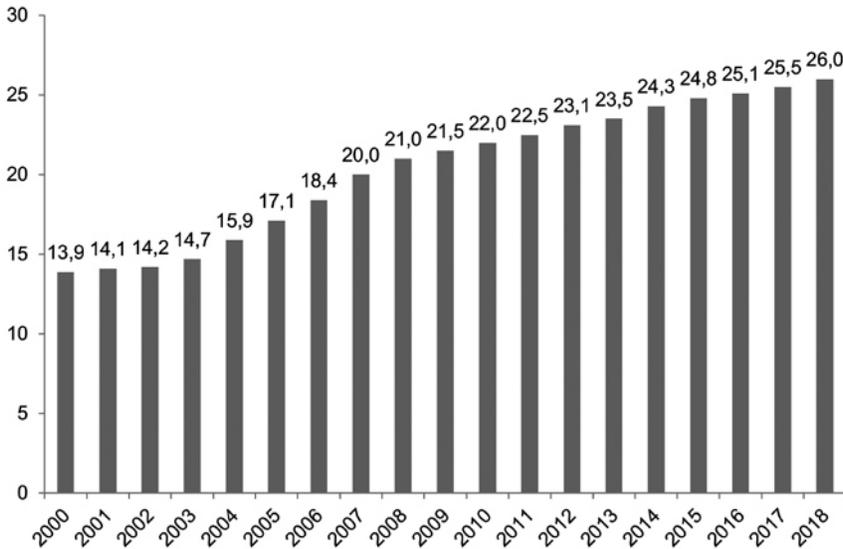
Die Anzahl der abgeschlossenen Zusatzversicherungsverträge ist seit dem Jahr 2000 deutlich gewachsen und hat sich bis heute fast verdoppelt (von 13,9 Mio. in 2000 auf 26,0 Mio. in 2018).<sup>26</sup> Dies ist darauf zurückzuführen, dass gesetzlich Versicherte die Leistungen der GKV durch Zusatzversicherungen aufstocken möchten, und dies insbesondere im zahnmedizinischen Bereich. Seit 2003 sind zudem Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen im Bereich der Zusatzversicherungen möglich. Bei diesen Kooperationsverträgen ist in der Regel keine Risikoprüfung vorgesehen, was mehr Versicherten den Zugang zu Zusatzversicherungen ermöglicht.<sup>27</sup>

---

26 Vgl. PKV Zahlenberichte 2000/2001 bis 2018. Für 2018 vorläufige Zahl, vgl. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>. Eine Person kann mehrere Versicherungsverträge abgeschlossen haben und ein Vertrag kann mehrere Versicherte umfassen.

27 Vgl. PKV Verband Zahlenbericht (2016), S. 32; Grabka (2014), S. 304.

Abbildung 2: Anzahl abgeschlossener Zusatzversicherungen in Mio. (2000–2018)



Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des PKV-Verbandes (mehrere Jahrgänge)

### 1.2.3.1. Finanzierung<sup>28</sup> und Leistungskatalog

Im Bereich der privaten Zusatzversicherung besteht für die Versicherungsunternehmen die Wahl, ob sie diese nach Art der Lebensversicherung oder nach Art der Schadensversicherung kalkulieren. Entscheiden sich die Unternehmen, die Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung anzubieten, gelten für die Kalkulation der Verträge sämtliche Vorschriften analog zur privaten substitutiven Versicherung (§ 147 VAG).

Werden die Verträge nach Art der Schadensversicherung kalkuliert, finden diese Vorschriften nicht zwingend Anwendung. Vielmehr können die Unternehmen dann selbst Vertragsdauer und -laufzeit festlegen und Verträge mit oder ohne Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens anbieten.<sup>29</sup> Ferner können die Prämien nach Risiko differenziert und Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Die Kalkulation der Prämien erfolgt in der Regel so, dass die

<sup>28</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutsche Aktuarvereinigung (2016).

<sup>29</sup> Kündigungen seitens des Versicherers sind für Krankheitskostenteilversicherungen und Krankenhaustagegeldversicherungen nur innerhalb der ersten drei Jahre möglich. In anderen Sparten ist eine Kündigung grundsätzlich möglich.

erwarteten Schäden eines Jahres abgedeckt werden. Daher sind mit dem Alter steigende Prämien möglich, genauso wie erneute Risikoprüfungen nach Abschluss des Versicherungsvertrages, wenn der Vertrag mit zeitlicher Befristung angeboten wird (§ 195 VVG). Wird der Versicherungsvertrag ohne ordentliches Kündigungsrecht seitens der Versicherung abgeschlossen, kommen die Vorschriften zu Prämienanpassungen wie bei der substitutiven Krankenversicherung zur Anwendung.<sup>30</sup>

Die Unternehmen sind in der Zusatzversicherung frei in der Vertragsgestaltung und an keine Leistungsvorgaben durch den Gesetzgeber gebunden.

---

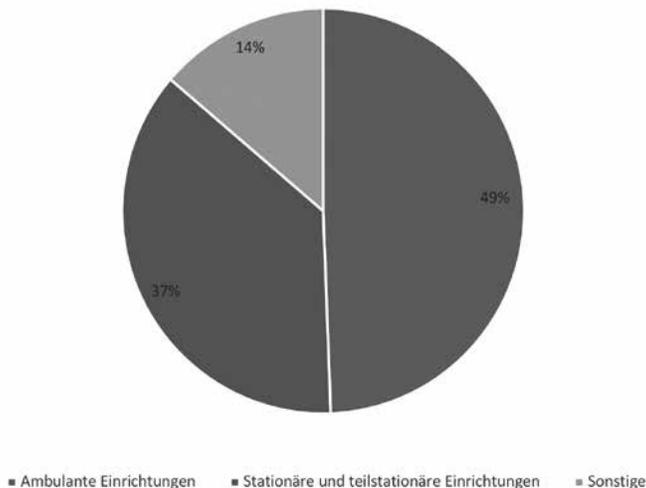
<sup>30</sup> So ist zumindest die juristische Interpretation des § 203 VVG, vgl. Deutsche Aktuarvereinigung (2016), S. 13.

## 2. Darstellung der ambulanten Versorgung

Eine Besonderheit des deutschen Systems ist die gemeinsame Versorgung von privat und gesetzlich Versicherten innerhalb eines Versorgungssystems. Im Folgenden soll die Bedeutung und Struktur der ambulanten Versorgung in Deutschland dargestellt werden. Aufbauend darauf erfolgt die Erläuterung der unterschiedlichen Vergütungsformen für den privaten und gesetzlichen Bereich (vgl. Kapitel 2.1. bzw. 2.2.) und die sich daraus ergebenden Finanzierungsanteile der beiden Krankenversicherungssysteme in der ambulanten Versorgung (vgl. Kapitel 2.3.).

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Deutschland betragen in 2017 etwa 375,6 Milliarden Euro. Davon entfiel die Hälfte der Ausgaben auf den ambulanten Bereich. Innerhalb der ambulanten Versorgung machten die Ausgaben für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und sonstige Praxen 52 % aus.<sup>31</sup>

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtungen in Prozent (2017)



Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamtes (2019). Unter Sonstiges sind Ausgaben für Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, Verwaltung, private Haushalte, Ausland und Investitionen zusammengefasst.

<sup>31</sup> Die restlichen Ausgaben innerhalb des ambulanten Bereichs verteilen sich auf Apotheken, Handwerk und ambulante Pflege, vgl. Statistisches Bundesamt (2019).

Die ambulante Versorgung in Deutschland wird von Fach- und Hausärzten erbracht. Voraussetzung für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist eine staatliche Zulassung (Approbation), die ein Medizinstudium voraussetzt. Die Approbation wird von den zuständigen Landesbehörden der Bundesländer erteilt. Die jeweiligen Landes-Ärztekammern sind für die Regelungen und die Aufsicht der ärztlichen Berufsausübung zuständig.<sup>32</sup>

#### *Vertragsarztsystem für die Versorgung gesetzlich Versicherter*

Ärzte gelten in Deutschland als Freiberufler und haben grundsätzlich Niederlassungsfreiheit, die allerdings für den von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Teil der Versorgung durch eine zentrale Bedarfsplanung begrenzt wird. Die Interessen der Ärzte, die Versorgungsleistungen für gesetzlich Versicherte erbringen (sog. Vertragsärzte), werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Länderebene vertreten. Diese verhandeln mit den gesetzlichen Krankenkassen die Ausgestaltung der Vergütung in der ambulanten Versorgung. Zudem sind die kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zuständig. Die Verträge, die von den kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen geschlossen werden, sind für alle Vertragsärzte verbindlich (Kollektivvertrag). Es besteht aber für bestimmte Facharztgruppen auch die Möglichkeit, Selektivverträge mit Krankenkassen zu schließen. Von dieser Möglichkeit machen bspw. Hausärzte Gebrauch.

Um in der ambulanten Versorgung Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln zu dürfen, benötigen Ärzte eine Zulassung als Vertragsarzt. Über die Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Ausschüsse sind paritätisch mit Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen besetzt. Mit der Zulassung wird der Arzt verpflichtend Mitglied in einer der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen.<sup>33</sup>

#### *Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung<sup>34</sup>*

Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Bedarfsplan aufstellen (§ 99 SGB V), anhand dessen festgestellt wird, wie viele Arztstühle in einem Planungsbereich vergeben werden. Die Bedarfsplanung muss bezogen auf Arztgruppen und auf Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemein-

---

32 Vgl. Simon (2017), S. 166.

33 Vgl. Simon (2017), S. 157ff.

34 Dieser Abschnitt folgt Arentz (2017).

samen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen.<sup>35</sup> Sie soll eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung ermöglichen und erfolgt anhand bestimmter Kennzahlen, die eine Über- oder Unterversorgung mit bestimmten Arztgruppen (Haus- oder Fachärzte) in den Planungsbereichen anzeigen sollen. So gilt ein Gebiet als überversorgt, wenn das festgelegte Arzt-Einwohner-Verhältnis um 10 % überschritten wird. In diesem Fall wird der Zulassungsbereich gesperrt. Als unterversorgt gelten Gebiete, in denen das optimale Arzt-Einwohner-Verhältnis im Bereich der Hausarztversorgung um 25 %, im Facharztbereich um mehr als 50 % unterschritten wird.<sup>36</sup>

Werden Ungleichgewichte in den Planungsbereichen festgestellt, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen für die über- oder unterversorgten Gebieten ergreifen, um die Versorgungssituation entsprechend anzupassen. Gilt ein Gebiet als überversorgt, dürfen dort keine neuen Praxen mehr eröffnet werden. Eine Niederlassung ist dann – wenn überhaupt – nur noch durch eine Übernahme bestehender Praxen möglich. Auch die Möglichkeiten der Übernahme können aber eingeschränkt werden. Frei werdende Arztsitze sollen in überversorgten Regionen von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgekauft und aus der Gesamtvergütung der Ärzte finanziert werden (vgl. Kapitel 2.1).<sup>37</sup>

Ärzte können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht verpflichtet werden, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können dann nur mit der Setzung von Anreizen versuchen, die Unterversorgung abzumildern. Dazu gehören Zuschüsse zu Praxisgründungen oder garantierte Mindestumsätze.<sup>38</sup> Trotzdem lässt sich feststellen, dass es in Deutschland, wie in anderen Ländern auch, höhere Ärztedichten in den großen Ballungsräumen gibt, während weniger Ärzte pro Einwohner in ländlichen Räumen arbeiten. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass nicht nur finanzielle Anreize bei der Wahl der Niederlassung eine Rolle spielen, sondern vielmehr attraktive Standortfaktoren (Jobmöglichkeiten für den Partner, Bildungseinrichtungen für die Kinder, gute Freizeitgestaltungsmöglichkeiten etc.).<sup>39</sup>

In der ambulanten Versorgung waren 2018 148.601 Ärzte (ohne Psychotherapeuten) als Vertragsärzte tätig. Die Zahl der Hausärzte lag bei 55.017 und damit bei 37 %, so dass der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung

35 Vgl. Simon (2017), S. 168.

36 Vgl. § 24 und § 29 der Bedarfsplanungsrichtlinie.

37 Allerdings muss dieser Aufkauf durch die Zulassungsausschüsse, die aus je 3 Ärzte- und je 3 Kassenvertretern bestehen, veranlasst werden. Bei Stimmgleichheit gilt der Aufkauf als abgelehnt. Insofern können die Ärztevertreter solche Aufkäufe verhindern.

38 Vgl. Simon (2013), S. 290–291.

39 Vgl. Arentz (2017).

durch Fachärzte geleistet wird.<sup>40</sup> Dies ist zum einen auf die höhere Bewertung fachärztlicher Leistungen innerhalb des Vergütungssystems als auch auf die ärztliche Ausbildung zurückzuführen, deren praktischer Teil überwiegend in den Fachabteilungen von Krankenhäusern stattfindet.<sup>41</sup>

Alternativ zur Vertragsarztstätigkeit besteht für Ärzte die Möglichkeit, eine reine Privatpraxis für privat Versicherte und Selbstzahler zu eröffnen. Diese ist von der Bedarfsplanung ausgenommen. Zur Anzahl reiner Privatärzte gibt es keine offizielle Statistik.

Ärzte mit Zulassung als Vertragsarzt können sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte behandeln, alle Versicherten werden in Deutschland also innerhalb eines gemeinsamen Versorgungssystems behandelt. Beide Versichertengruppen haben freie Arztwahl, wobei sich die Arztwahl der gesetzlich Versicherten auf die Vertragsärzte beschränkt (§ 76 SGB V). Zwar soll der Hausarzt für gesetzlich Versicherte als Lotse fungieren, der Überweisungen zum Facharzt oder Krankenhaus vornimmt, die Versicherten sind aber frei, auch ohne Überweisung einen Facharzt bzw. ein Krankenhaus aufzusuchen.<sup>42</sup>

## 2.1. Vergütungssystem für vertragsärztliche Leistungen

Für die gesetzlich Versicherten zahlen die deutschen Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine sogenannte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) an die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der Überweisung der MGV haben die Krankenkassen ihre Pflicht zur Vergütung der ärztlichen Leistungen erfüllt, Nachforderungen sind nur in Ausnahmefällen möglich.<sup>43</sup> Diese Gesamtvergütung wird von den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den jeweiligen regional tätigen Krankenkassen jedes Jahr für die kommende Abrechnungsperiode ausgehandelt. Die Verhandlungen auf regionaler Ebene sind eine Konkretisierung der Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, die als Mantelvertrag auf Bundesebene getroffen werden. Grundlage der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ist der voraussichtliche Behandlungsbedarf der Versicherten, der aus der vergangenen Abrechnungsperiode für die kommende geschätzt wird.

---

40 Vgl. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, zuletzt abgerufen am 11.6.2019.

41 Vgl. Simon (2017), S. 162

42 Vgl. Simon (2017), S. 158.

43 Vgl. § 87a Abs. 3 SGB V.

Aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) behalten die kassenärztlichen Vereinigungen einen Teil für Verwaltungsausgaben und für Rückstellungen ein. Aus diesen Rückstellungen werden bspw. Ausgaben für Praxisaufkäufe in übertersorgten Gebieten oder Subventionen für unterversorgte Gebiete finanziert. Nach Abzug dieser Posten verbleibt die „trennungsrelevante Gesamtvergütung“. Diese wird dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Hausärzte und Fachärzte nach festen Regelungen verteilt (sog. Honorarverteilungsmaßstab). Etwa 40 % der Gesamtvergütung fließt an Hausärzte, 60 % an die Fachärzte.<sup>44</sup>

Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt in Einzelleistungsvergütung, die auf dem sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beruht und mit einer Mengenbeschränkung in Form von Regelleistungsvolumina (RLV) versehen ist. Der EBM ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärzte und wird vom sog. Bewertungsausschuss mit Vertretern aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ermittelt.<sup>45</sup>

Mit dem EBM werden alle mit den Kassen abrechnungsfähigen Leistungen bestimmt und mit einem Punktwert versehen, der auf Bundesebene ausgehandelt wird. Der EBM-Punktwert soll das wertmäßige Verhältnis zwischen einzelnen Leistungen darstellen. So werden bspw. für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG 67 Punkte vergeben, während ein Belastungs-EKG 200 Punkte ergibt.<sup>46</sup>

Die Vergütung des Vertragsarztes ergibt sich dann aus der Multiplikation der EBM-Punktwerte mit dem sog. Auszahlungspunktwert. Für diesen wird zunächst auf Bundesebene ein sog. Orientierungswert ausgehandelt (2019: 10,8226 Cent). Auf Basis dieses Orientierungswertes verhandeln dann die regionalen KVen mit den Krankenkassen den regionalen Auszahlungspunktwert.

Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist das Volumen, bis zu dem die Ärzte ihre Leistungen nach dem EBM abrechnen können. Das RLV ergibt sich aus der Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal multipliziert mit der durchschnittlichen Vergütung der Arztgruppe pro Fall. Überschreitet der Arzt das RLV, wird jede weitere erbrachte Leistung nur abgestaffelt vergütet. In der Folge sinkt der Fallwert der Leistungen. Diese zusätzlichen Vergütungen werden aus den Rücklagen der Kassenärztlichen Vereinigung finanziert. Ein RLV gilt dann als

44 Vgl. Simon (2017), S. 187.

45 Für eine ausführliche Darstellung der Vergütungslogik für Vertragsärzte siehe Simon (2017), S. 175ff.

46 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), abrufbar unter <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>, abgerufen am 11.6.2019.

überschritten, wenn die Fallzahl mind. 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe entspricht.

Neben der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, die etwa 70 % der Leistungen abdeckt, trägt auch die extrabudgetäre Vergütung (EGV) zum Honorar der Ärzte bei. Extrabudgetäre Leistungen erfolgen auch in Einzelleistungsvergütung, sind aber keinen Mengenbeschränkungen unterworfen. Über die EGV werden bspw. Vorsorgeleistungen wie Impfungen finanziert oder spezielle Versorgungsprogramme für bestimmte Patientengruppen wie etwa Krebskranke.<sup>47</sup>

## 2.2. Vergütungssystem für privatärztliche Leistungen<sup>48</sup>

Neben dem Vergütungssystem für vertragsärztliche Leistungen können Ärzte für Privatversicherte und Selbstzahler nach der sogenannten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, bzw. GOZ für Zahnärzte) abrechnen. Die Gebührenordnung ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, die für alle Ärzte und Zahnärzte verpflichtend ist. In der Gebührenordnung finden sich alle abrechnungsfähigen Leistungen. Sie untergliedern sich in Grundleistungen, wie Beratungsleistungen, und gebietsbezogene bzw. nicht gebietsbezogene Sonderleistungen. Unter gebietsbezogenen Sonderleistungen versteht man etwa Leistungen der Laboratoriumsmedizin, während bspw. Blutabnahmen unter die nicht gebietsbezogenen Leistungen fallen.

Für die einzelnen Leistungen erhalten die Ärzte sogenannte Gebührensätze. Dieser errechnen sich über die mit den Leistungen verbundenen Punktzahlen, die dann mit einem einheitlichen Punktwert (5,82873 Cent) multipliziert werden. Je nach Schweregrad der Behandlung kann der Arzt diese Gebührensätze mit unterschiedlichen Steigerungssätzen multiplizieren. Ohne Begründung können die Gebührensätze mit dem einfachen und 2,3-fachen Satz multipliziert werden, mit medizinischer Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz. Medizinisch-technische Leistungen können mit dem 1,8-fachen und Laboratoriumsleistungen bis zum 1,15-fachen Satz gesteigert werden. Aus der Multiplikation des Gebührensatzes mit den jeweiligen Steigerungssätzen ergibt sich dann das Gesamthonorar des Arztes.<sup>49</sup>

---

47 Vgl. GKV-Spitzenverband (2017).

48 Dieser Abschnitt folgt Arentz (2018).

49 Vgl. GOÄ § 5.

Um Flexibilität hinsichtlich neuer Leistungen zu gewährleisten, für die noch keine Gebührensätze existieren, können Ärzte diese über sogenannte Analog-Ziffern abrechnen, indem sie Leistungen aus der GOÄ heranziehen, die den neuen Leistungen ungefähr entsprechen.

Ärzte unterliegen im Gegensatz zur GKV bei der Behandlung von Privatversicherten keinen Mengenbeschränkungen.

In der PKV wird nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet. Hier reicht der Patient die vom Arzt gestellte Rechnung bei der Krankenversicherung ein. Die GOÄ ist zwar die Grundlage der Erstattung durch die Krankenversicherungsunternehmen, diese sind allerdings nicht verpflichtet, jeden vom Arzt verwendeten Steigerungssatz zu erstatten. Die Höhe der Erstattung richtet sich vielmehr nach den jeweiligen Bestimmungen der Krankenversicherungsverträge. Für den Fall, dass die Krankenversicherung nur einen niedrigeren Steigerungssatz erstattet, muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst tragen.

Verträge zwischen Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern müssen auf Basis der GOÄ erfolgen, Selektivverträge mit eigenen Vergütungssystemen sind bisher ausgeschlossen. Die aktuelle GOÄ stammt aus dem Jahre 1996 und enthält daher viele neue Leistungen nicht. Daher verhandelt der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Bundesärztekammer derzeit über die Novellierung der GOÄ. Diese soll in Zukunft laufend angepasst werden können.<sup>50</sup>

### 2.3. Finanzierungsanteil der Arztpraxen durch GKV und PKV

Ärzte mit Kassenzulassung dürfen sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte behandeln. Eine indirekte Begrenzung der Behandlung von Privatversicherten ergibt sich nur aus der Vorschrift, dass Kassenärzte mindestens 25 Stunden pro Woche für Sprechstunden für gesetzlich Versicherte vorhalten müssen.<sup>51</sup> Allerdings ist fraglich, ob diese Vorschrift systematisch überprüft wird.<sup>52</sup>

Durch die unterschiedliche Vergütungsstruktur sind die Einnahmen aus der Behandlung Privatversicherter im Vergleich zu gesetzlich Versicherten deutlich höher. Legt man die gesetzliche Vergütung zugrunde, ergäben sich Ausgaben

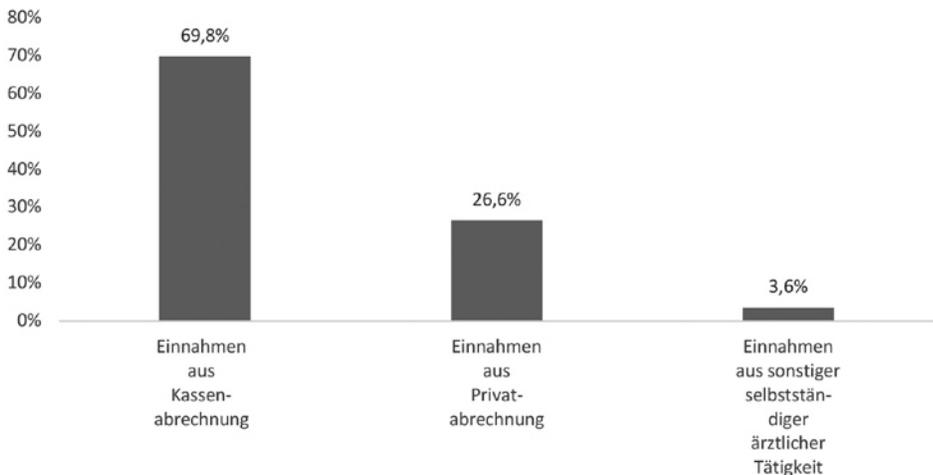
50 Vgl. Rahmenvereinbarung zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer [http://www.pkv.de/w/files/verband/pressestatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae\\_11-11-2013-3-.pdf](http://www.pkv.de/w/files/verband/pressestatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae_11-11-2013-3-.pdf), zuletzt abgerufen am 28.6.2019.

51 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, § 19a.

52 Vgl. Sundmacher/Ozegowski (2016), S. 450.

der privaten Versicherungen in der ambulanten Versorgung von 5,11 Mrd. Euro (2017). Tatsächlich fallen in der Privatversicherung jedoch Ausgaben von 11,53 Mrd. Euro an. Der Differenzbetrag entspricht dem Mehrumsatz, den die Ärzte durch die Behandlung von PKV-Versicherten erzielen.<sup>53</sup> Die höheren Ausgaben sind überwiegend dem Preiseffekt durch die unterschiedliche Vergütung der Leistungen zuzuschreiben, allerdings dürften auch Mengenausweitungen eine Rolle spielen: Angesichts der besseren Vergütung der Leistungen und fehlender Mengenbeschränkungen ist es wahrscheinlich, dass Ärzte mehr Leistungen bei Privatversicherten abrechnen, als sie in einem vergleichbaren Fall für GKV-Versicherte erbringen würden.

Abbildung 4: Einkommensanteile aus Kassen- und Privatleistungen 2015



Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017). Sonstige selbständige Tätigkeiten umfassen bspw. Betriebsärztliche Tätigkeit oder Gutachtenerstellung.

Abbildung 4 verdeutlicht die Verteilung der Einnahmen von Arztpraxen aus gesetzlichen und privaten Praxisleistungen in 2015 (aktuellstes verfügbares Jahr). Bei der Betrachtung der Finanzierungsanteile einer Arztpraxis durch Privateinnahmen und Einnahmen aus der Behandlung von Kassenpatienten ist zu beachten, dass hier nicht unterschieden werden kann, ob sie aus der Behandlung von GKV-Selbstzahlern<sup>54</sup>, Versicherten mit einer privaten substitutiven Versicherung

<sup>53</sup> Hagemeister/Wild (2019).

<sup>54</sup> Hier kommen „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL-Leistungen) in Betracht. Dies sind Leistungen, die GKV-Versicherte privat bezahlen, weil sie von den Kassen nicht übernommen werden, aber von den Ärzten empfohlen werden. Ein Beispiel ist die zusätzliche

oder von Versicherten mit privaten Zusatzversicherungen stammen. Auch hier ist jedoch davon auszugehen, dass der weit überwiegende Anteil aus der Behandlung Privatvollversicherter stammt, da hier das gesamte Leistungsspektrum abgerechnet wird. So schätzt Zok (2019), dass IGeL-Leistungen ein Umsatzvolumen von etwa 1 Mrd. Euro generieren. Bei 14 Mrd. privat abgerechneter Leistungen macht dies also nur einen Anteil von 7 % aus.

Mit knapp 27 % der Einnahmen von Arztpraxen stellen privat abgerechnete Leistungen eine bedeutende Einnahmequelle für Arztpraxen dar. Es ist davon auszugehen, dass die Einnahmen aus der Privatpraxis für einige Ärzte notwendig sind, um eine Praxis wirtschaftlich betreiben zu können.

Die duale Finanzierung der ambulanten Versorgung führt insgesamt zu einer höheren Vergütung der niedergelassenen Ärzte und damit *ceteris paribus* zu einer höheren Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Bereich.

### 3. Fazit

Die gemeinsame Versorgung von privat und gesetzlich Versicherten innerhalb derselben Infrastruktur bietet Vorteile für Ärzte und gesetzlich versicherte Personen. Die Ärzte erwirtschaften mit den Privatversicherten, die einen Anteil von 11 % an allen Versicherten ausmachen, knapp 27 % ihrer Einnahmen, d.h., sie verdienen bei gleichem Arbeitsaufwand mit Privatversicherten deutlich mehr als mit gesetzlich Versicherten. Für etliche Praxen dürften die Privateinnahmen notwendig sein, um die Praxis wirtschaftlich betreiben zu können.

Das deutsche System der ambulanten Versorgung ist eine historisch gewachsene Struktur, die einen im internationalen Vergleich sehr guten Zugang aller Versicherten zu Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrem Versicherungsstatus erreicht. Allerdings ist angesichts der Besonderheiten des deutschen Versicherungssystems fraglich, ob sich diese Ergebnisse auf andere Gesundheitssysteme übertragen lassen. Die hohen Privateinnahmen in der ambulanten Versorgung dürften in Deutschland zum weit überwiegenden Teil von Versicherten mit einem substitutiven Krankenversicherungsvertrag stammen und weniger aus der privaten Zusatzversicherung, die im ambulanten Bereich vor allem Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln sowie für Vorsorgeuntersuchungen leistet. Nennenswerte Einkommenseffekte für Ärzte aus einer privaten Zusatzversicherung dürften sich also erst dann ergeben, wenn in größerem Umfang Leistungen aus dem gesetzlichen Katalog gestrichen und diese Leistungen dann über Zusatzversicherungen finanziert werden. Beispielhaft kann in Deutschland der zahnmedizinische Bereich herangezogen werden. Dort wurden stärker Leistungen gekürzt, in der Folge stieg der Absatz von Zahnzusatzversicherungen, die heute mit großem Abstand den größten Anteil an den insgesamt verbreiteten Zusatzversicherungen ausmachen. Schon heute machen privat Zahnärztliche und selbständige Tätigkeiten der Zahnärzte über die Hälfte der Einnahmen aus.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2017), S. 15.

## Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine (2018): Private Zusatzversicherung in der stationären Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2/2018. Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung.
- Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen OECD-Ländern. WIP-Analyse 2/2017. [www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/Regionale\\_Verteilung\\_von\\_Aerzten\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_Aerzten_in_Deutschland.pdf), Stand: 28.6.2019.
- Deutsche Aktuarvereinigung (2016): Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung, URL: [https://aktuar.de/unsere-themen/fachgrundsaeetze-oefentlich/2016-01-19\\_Hinweis\\_KV\\_nach\\_Art\\_SV.pdf](https://aktuar.de/unsere-themen/fachgrundsaeetze-oefentlich/2016-01-19_Hinweis_KV_nach_Art_SV.pdf), Stand: 29. November 2016.
- Eckhoff, Johann/Wolfgramm, Christine (2010): Solidarische Privatversicherung oder Bürgerprivatversicherung? Eine Replik, in: Wirtschaftsdienst, 90. Jg., Nr. 10, S. 683-691.
- Eibich, Peter/Schmitz, Hendrik/Ziebarth, Nicolas (2011): Zusatzbeiträge erhöhen die Preis-transparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse, in: DIW Wochenbericht, 51+52, S. 3–13.
- Fichte, Damian/Schulemann, Olaf (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 90. Jg., Nr. 10, S. 676–682.
- Finkenstädt, Verena/Niehaus, Frank (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick, Köln.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.
- GKV-Spitzenverband (2013): Faktenblatt Ausgaben versicherungsfremde Leistungen.
- GKV-Spitzenverband (2017): Faktenblatt Ambulante Versorgung - Systematik Ärztehonorare. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/aerzteverguetung/Faktenblatt\\_Systematik\\_Aerztehonorare\\_2017-11-07.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/aerzteverguetung/Faktenblatt_Systematik_Aerztehonorare_2017-11-07.pdf)., zuletzt abgerufen am 11.6.2019
- GKV-Spitzenverband (2018): Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler), URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/grundprinzipien\\_1/finanzierung/beitragsbemessung/2018-11-28\\_Beitragsverfahrensgrundsaeetze\\_Selbstzahler.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2018-11-28_Beitragsverfahrensgrundsaeetze_Selbstzahler.pdf), Stand: 11. Juni 2019.
- Grabka, Markus (2014): Zahl privater Zusatzkrankenversicherungen hat sich verdoppelt, in: DIW Wochenbericht, Nr. 14.
- Hagemeister, Sonja / Wild, Frank (2019): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV. WIP-Analyse Nr. 4/2019 (im Erscheinen).

- ohne Verfasser (2011): Die PKV in der Niedrigzinsphase, in: Aktuar Aktuell, Nr. 18, S. 8–9.
- ohne Verfasser (2013): Alles neu., in: PKV Publik, Nr. 1, S. 4–7.
- PKV Verband (mehrere Jahrgänge): Zahlenbericht, Köln.
- PKV-Verband (2013): Musterbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, URL: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-kk-2009.pdb.pdf>, Stand: 2. Dezember 2016.
- Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 4. Aufl., s.l.
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., s.l.
- Statistisches Bundesamt (2017): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2 Reihe 1.6.1. URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159004.pdf?__blob=publicationFile&v=3), Stand: 11.6.2019
- Statistisches Bundesamt (2019): Gesundheit - Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.1, URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/\\_inhalt.html#sprg235028](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html#sprg235028), Stand: 11.6.2019.
- Sundmacher, Leonie/Ozegowski, Susanne (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany, in: The European journal of health economics: HEPAC : health economics in prevention and care, Vol. 17, No. 4, pp. 443–451.
- Ulrich, Volker/Pfarr, Christian (2013): Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbpolitischen Bedeutung der PKV, URL: [http://www.pkv.de/w/files/politik/studien/gutachten-pkv\\_endfassung.pdf](http://www.pkv.de/w/files/politik/studien/gutachten-pkv_endfassung.pdf), Stand: 13.6.2019.
- Wasem, Jürgen (2016): Innovationen im GKV-/PKV-System, URL: [http://www.euroforum.de/veranstaltungen/pkv\\_aktuell\\_2016/artikel-innovationen](http://www.euroforum.de/veranstaltungen/pkv_aktuell_2016/artikel-innovationen), Stand: 29. November 2016.
- Weber, Roland (2012): Plädoyer für eine reformierte Dualität, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61. Jg., Nr. 3, S. 286–298.
- Zok, Klaus (2019): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WidoMonitor Ausgabe 1/2019. ISSN: 1614-8444.