

## 2 Theoretische Grundlagen

Die Beantwortung der voranstehend formulierten Forschungsfragen erfordert einen Diskurs über die zentralen Konzepte und begrifflichen Grundlagen. Dazu zählt insbesondere eine Auseinandersetzung mit dem Terminus der Quersubvention. In einem zweiten Schritt folgt die geschichtliche Betrachtung des dualen Krankenversicherungssystems einschließlich des Status quo, um den intensiven Wettbewerb zwischen den Versorgungsideologien verständlich zu machen. Der dritte Unterpunkt thematisiert die ambulante ärztliche Versorgung, da die Argumentation zur Subventionierungsthese nach einem allgemeinen Teil auf den speziellen Fall der Arztpraxis abzielt.

### 2.1 Der Begriff der Quersubvention

Allgemein bezeichnen Subventionen in der Volkswirtschaftslehre finanzielle Transferleistungen des Staates an Unternehmen ohne marktwirtschaftliche Gegenleistung – also „[...] im Prinzip [...] Steuern mit umgekehrtem Vorzeichen.“<sup>5</sup> Sie stellen einen prozesspolitischen Eingriff dar, um das Verhalten der Marktteilnehmer zu beeinflussen und – in der Regel – den Konsum auszuweiten. Rittner/Dreher (2008) differenzieren zwischen Subventionen im engeren und im weiteren Sinn.<sup>6</sup> Die eng gefasste Begriffsdeutung beschränkt Subventionen auf direkte Zahlungsströme. Dazu zählen z. B. Zuschüsse und Bürgschaften. Im weiteren Sinn umfassen Subventionen zusätzlich indirekte Finanzhilfen wie Abgabenbefreiungen oder den Verzicht auf Steuerzahlungen. Nach Gumpold (1995) müssen Subventionen vier Charakteristika erfüllen:<sup>7</sup>

- die Finanzierung aus staatlichen Mitteln,
- die Selektivität des Empfängerkreises,
- das Begünstigungselement, das heißt, die Leistung muss ohne Gegenleistung erfolgen,
- der Eingriff in die Marktkoordination.

---

<sup>5</sup> Oberender et al. (2012), S. 277.

<sup>6</sup> Vgl. für folgende Differenzierung Rittner/Dreher (2008), S. 710.

<sup>7</sup> Vgl. Gumpold (1995), S. 1f.

Problematisch gestaltet sich bei Subventionen der damit einhergehende Wohlfahrtsverlust.<sup>8</sup> Zwar steigern Subventionen die Produzenten- und Konsumentenrente. In der Gesamtbetrachtung ist die Summe der Rentenzuwächse jedoch kleiner als die dafür notwendigen Staatsausgaben, weshalb eine Überschussbelastung vorliegt.<sup>9</sup>

Im Gegensatz dazu unterstützt bei einer Quersubventionierung ein Organisationsteil einen anderen, indem dieser eine Transferleistung ohne äquivalente Gegenleistung gewährt.<sup>10,11</sup> Eine Quersubventionierung liegt demnach z. B. vor, wenn die Gewinne eines profitablen Unternehmensteils dazu verwendet werden, um die Tätigkeiten eines unprofitablen Geschäftsfelds zu unterstützen. Auch dies stellt einen Eingriff in die Marktkoordination dar, da sie einen geringeren Konsumentenpreis ermöglichen und so Einfluss auf die Konsumententscheidung nehmen. Im Extremfall verdrängen sie konkurrierende Angebote und fördern aus Wohlfahrtssicht ungünstige monopolartige Zustände, ohne dass dies auf eine höhere Leistungsfähigkeit oder Effizienz zurückgeht.<sup>12</sup>

Übertragen auf das System der GKV und PKV als substituierbare Dienstleistungen, können Quersubventionierungen die Preise verzerren.<sup>13</sup> Da die Preise für Gesundheitsleistungen aus der Perspektive der Leistungsträger Kosten darstellen, führen Quersubventionen zu einer ungerechten Kostenverlagerung zulasten des subventionierenden Marktes.<sup>14</sup> Im Gesundheitswesen ist die Quersubvention demnach als das Ergebnis einer Angebotsdifferenzierung zu verstehen. Sie findet „[...] vor allem dann statt, wenn das eine Regelwerk auf die Existenz des anderen Regelwerks angewiesen ist.“<sup>15</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Cezanne (2005), S. 180f.

<sup>9</sup> Vgl. Siebert/Lorz (2007), S. 110–112.

<sup>10</sup> Vgl. Niehaus/Weber (2005), S. 11f.; Ruthig/Storr (2015), S. 445.

<sup>11</sup> Eine Gegenüberstellung der konstituierenden Merkmale zeigt, dass eine Quersubventionierung nur drei der vier Kriterien erfüllt. Die Finanzierung aus staatlichen Mitteln ist zu negieren. Folglich sind die Begriffe nicht synonym zu verwenden.

<sup>12</sup> Vgl. Ruthig/Storr (2015), S. 445.

<sup>13</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 297.

<sup>14</sup> Vgl. Niehaus/Weber (2005), S. 11f.

<sup>15</sup> Niehaus/Weber (2005), S. 12.

Allerdings ist der Terminus im untersuchten gesundheitsökonomischen Kontext kritisch zu hinterfragen, da es sich bei den Versicherungssystemen um keine rechtlich verbundenen Organisationseinheiten handelt. Andere Autoren teilen diese Einschätzung, begründen diese aber vorrangig mit der mangelnden Planmäßigkeit und der fehlenden bewussten Einflussnahme.<sup>16</sup> Aus der Sicht von Klingenger (2001) handelt es sich eigentlich um Spillover-Effekte zwischen den Systemen.<sup>17</sup> Darunter sind Auswirkungen von Aktivitäten auf andere Ebenen und Bereiche zu verstehen.<sup>18</sup> Trotzdem soll der Begriff der Quersubventionierung im weiteren Verlauf der Arbeit Verwendung finden, da er sich in der öffentlichen Diskussion etabliert hat.

Der genannte Kritikpunkt trifft allerdings nur auf allgemeine systemweite Quersubventionen im Gesundheitswesen zu. Im weiterhin untersuchten Spezialfall der Arztpraxis gestaltet sich eine Anwendung der getroffenen Definition als unproblematisch, wenn die Behandlung von GKV- und PKV-Patienten als zwei Geschäftsfelder eines Unternehmens gelten. In diesem Fall sind die Kriterien der geforderten Planmäßigkeit und der bewussten Einflussnahme erfüllt, da Ärzte über die Terminvergabe aktiv den Anteil der behandelten GKV- und PKV-Patienten mitbestimmen.

Um die Ausführungen jederzeit nachvollziehen und einordnen zu können, werden die beiden Fälle im Folgenden begrifflich voneinander abgegrenzt. Auf der einen Seite stehen allgemeine systemweite Quersubventionen, auf der anderen Seite spezielle praxisbezogene Quersubventionen.

## 2.2 Grundlagen des deutschen Krankenkassensystems

Zwei Versicherungstypen prägen das deutsche Krankenkassensystem, weshalb es als duales System bezeichnet wird.<sup>19</sup> Dieses Kapitel stellt zunächst die historische Entwicklung dar, um darauf aufbauend die aktuellen Systeme vorzustellen und die maßgeblichen Unterschiede herauszuarbeiten. Dabei beschränkt sich der deskriptive

---

<sup>16</sup> Vgl. Klingenger (2001), S. 139f.; Böhnke (2004), S. 10.

<sup>17</sup> Vgl. Klingenger (2001), S. 137.

<sup>18</sup> Vgl. Feess/Kirchgeorg (2014).

<sup>19</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 97.

Beitrag auf die für diese Arbeit relevanten Sachverhalte. Der interessierte Leser sei für ausführlichere Darstellungen auf die jeweils angegebenen Quellen verwiesen.<sup>20</sup>

### 2.2.1 Historische Entwicklung des dualen Systems

Das deutsche Krankenkassensystem ist ein im Zeitverlauf gewachsenes Konstrukt. Zum besseren Verständnis der heutigen Positionen der einzelnen Interessenvertreter ist eine historische Betrachtung förderlich. Diesen Zweck verfolgt das nachfolgende Kapitel und unterscheidet dabei zwischen neun Phasen, die jeweils ein Unterkapitel bilden.

#### 2.2.1.1 Frühphase (bis 1883)

Klingenberg (2001) datiert die Anfänge der Krankenversicherung in Deutschland auf das 12. Jahrhundert, als sich im Heiligen Römischen Reich mit den Zunft- oder Gesellenkassen die ersten versicherungsähnlichen Einrichtungen bildeten.<sup>21</sup> Derartige Zwangsverbände, die am ehesten mit dem heutigen Kammerwesen<sup>22</sup> vergleichbar scheinen, sollten die soziale Sicherung ihrer Mitglieder gewährleisten.<sup>23</sup> Es ist dokumentiert, dass sich die Höhe der zu entrichtenden Beiträge an der individuellen Leistungsfähigkeit orientierte und somit eine interpersonelle Umverteilung stattfand: „Die Finanzierung der Zunft- und Gesellenkassen war dadurch gekennzeichnet, dass die Gesellen zumeist niedrigere Beiträge als die Meister zahlten. Mitunter hatten die Meister auch regelmäßige Beiträge an die auf den Personenkreis der Gesellen beschränkten Kassen zu entrichten.“<sup>24</sup> Obwohl die Zunft- und Gesellenkassen nur einem kleinen Teil der Bevölkerung zur Verfügung standen, waren bereits bei dieser

---

<sup>20</sup> Um den Fokus der Ausführungen zu wahren, wurde z. B. auf eine Betrachtung der Ersatzkassen verzichtet.

<sup>21</sup> Vgl. Klingenberg (2001), S. 17.

<sup>22</sup> Wie die damaligen Zünfte und Gesellenkassen stellen z. B. die Handwerkskammern aufgrund der fehlenden Austrittsmöglichkeit de facto einen Zwangsverband dar.

<sup>23</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 26.

<sup>24</sup> Klingenberg (2001), S. 17.

Urform mit der Versicherungspflicht, dem Arbeitgeberanteil und dem Leistungsprinzip drei wesentliche Merkmale der späteren GKV unverkennbar.<sup>25</sup>

Den Ursprung der modernen Krankenversicherung sehen mehrere Autoren in der preußischen Gewerbeordnung von 1845, welche die Gewerbefreiheit und damit das Ende der Zunftprivilegien vorsah.<sup>26</sup> Um die bislang durch die Zünfte vorgenommene Krankenhilfe weiterzuführen, wurden die Gemeinden ermächtigt, die vor Ort beschäftigten Gesellen in einer sogenannten „Ortskasse“ zu erfassen. Derartige Ortskassen bildeten die Wiege der GKV.<sup>27</sup> Eine Gesetzesänderung im Jahr 1849 ermöglichte den Gemeinden eine Ausdehnung des Versicherungszwangs mit Beitragspflicht auf Fabrikarbeiter und selbstständige Gewerbetreibende. Dabei missfiel vielen Unternehmen die vom Gesetzgeber vorgesehene paritätische Beitragsfinanzierung. Sie drohten mit Betriebsverlagerungen in Gemeinden, die auf ihr Recht zur Bildung einer Ortskasse verzichteten.<sup>28</sup> Solche Drohkulissen führten oftmals zum Erfolg, weshalb um 1865 nur etwa ein Prozent der Bevölkerung versichert war.<sup>29</sup> Der unternehmerseitig initiierte politische Druck führte weiterhin dazu, dass die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes 1869 die optionale Versicherungspflicht für selbstständige Gewerbetreibende wieder aufhob. Parallel wurde mit dem Hilfskassengesetz 1876 die Möglichkeit zur Absicherung in freien Hilfskassen geschaffen, die dem Ursprung der PKV entsprechen.<sup>30</sup> Zu diesem Zeitpunkt nahm das gegliederte duale Krankenkassensystem seinen Lauf.<sup>31</sup>

### 2.2.1.2 Phase des Deutschen Reichs (1883–1918)

Der Durchbruch gelang der GKV erst 1883 mit dem Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, das die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht für abhängig Beschäftigte aus der Industrie, dem Bergbau und dem Handwerk beab-

---

<sup>25</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 105.

<sup>26</sup> Vgl. Klingenger (2001), S. 18; Pfister (2010), S. 106.

<sup>27</sup> Vgl. Klingenger (2001), S. 18.

<sup>28</sup> Vgl. Klingenger (2001), S. 19.

<sup>29</sup> Vgl. Klingenger (2001), S. 19; Pfister (2010), S. 106.

<sup>30</sup> Vgl. Lüke (1970), S. 51; Pfister (2010), S. 107.

<sup>31</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 107.

sichtigte.<sup>32</sup> Im Gegensatz zu den bisherigen Regelungen, die den Gemeinden lediglich die Möglichkeit zur Zwangsversicherung einräumten, war somit erstmals eine breite Bevölkerungsschicht durch eine staatlich organisierte Sozialversicherung geschützt. Spätere Gesetzesnovellen dehnten die Versicherungspflicht auf weitere Beschäftigungsgruppen aus, sodass bis 1895 etwa 21 Prozent der Reichsbevölkerung einen gesetzlichen Versicherungsschutz genoss. Gleichzeitig war eine freiwillige Versicherung möglich, sofern das Jahresgehalt des Arbeitnehmers weniger als 3.000 Mark betrug.<sup>33</sup>

Diese Versicherungsberechtigungsgrenze wurde 1892 um eine Versicherungspflichtgrenze ergänzt. Demnach erstreckte sich die Versicherungspflicht in der GKV auf Arbeitnehmer mit einem Jahresverdienst von bis zu 2.000 Mark.<sup>34</sup> Bei einem höheren Einkommen konnten abhängig Beschäftigte entweder auf eine Versicherung verzichten oder sich eigenverantwortlich in einer freien Hilfskasse absichern. Klingenberger (2001) vermerkt, dass die freien Hilfskassen als Vorläufer der PKV aufgrund der veränderten Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken von der GKV profitierten: „Die Einführung der Versicherungspflicht führte auch den nicht einbezogenen Bevölkerungsschichten die Notwendigkeit einer Absicherung des Krankheitskostenrisikos vor Augen und gab der privaten Versicherungswirtschaft auf diese Weise wichtige Impulse.“<sup>35</sup> Innerhalb weniger Jahre verdoppelte sich die Zahl der freien Hilfskassen, während sich im gleichen Zeitraum die Versichertenzahl versiebenfachte. Dies soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Wachstum auf äußerst niedrigem Niveau stattfand und den erwerbswirtschaftlichen Privatversicherungen in der Gesamtbetrachtung nur eine geringe Bedeutung beikam. Im Geschäftsbericht des Jahres 1903 erwähnte das Kaiserliche Aufsichtsamt erstmals den Begriff der „Privaten Krankenversicherung“.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 107.

<sup>33</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 24.

<sup>34</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 27; Pfister (2010), S. 108.

<sup>35</sup> Klingenberger (2001), S. 35; siehe auch von Koppenfels-Spies (2012), S. 26.

<sup>36</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 26.

### 2.2.1.3 Phase der Weimarer Republik (1918–1933)

Nach dem Ersten Weltkrieg weitete der Gesetzgeber zunächst die Versicherungspflicht auf zusätzliche Berufsgruppen aus, sodass erstmals mehr als ein Drittel der Reichsbevölkerung Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung war.<sup>37</sup> Ab 1923 untersagte die Legislative den gesetzlichen Kassen explizit eine Differenzierung nach dem Alter und dem Gesundheitszustand. Ab diesem Zeitpunkt musste die Beitragsberechnung einzig anhand des Einkommens erfolgen. Ferner verabschiedete sie einen Kontrahierungszwang, der es den Kassen verbot, aufnahmeinteressierte Mitglieder abzulehnen.

Als einschneidend erwies sich zudem die nach Kriegsende einsetzende Geldentwertung, die für eine laufende Anpassung der Versicherungspflichtgrenze verantwortlich zeichnete. Diese Entwicklung wurde erst mit dem Übergang zur Reichsmark unterbrochen. Die neue Versicherungspflichtgrenze betrug Anfang 1924 nunmehr 1.800 Reichsmark. Die mit der Hyperinflation einhergehende Entwertung des Kapitals, das Vermögende bis dato als adäquate Absicherung gegenüber Krankheitsrisiken ansahen, schuf ein starkes Interesse nach einer Krankenversicherung.<sup>38</sup> Die GKV galt jedoch als Institution des Proletariats und schied deshalb in der stark vom Klassendenken geprägten Gesellschaft für den Großteil der Bürgerschaft aus. Zu diesem Schluss kommt auch Klingenberg (2001): „Während die meisten Reichsbürger zu den Verlierern der Inflation zählten, profitierten die privaten Krankenversicherungsunternehmen vom Geldwertverfall. [...] Als Alternative zur obsolet gewordenen Eigensicherung [...] bot sich dem Mittelstand die Individualversicherung in Form der [...] erwerbswirtschaftlichen privaten Krankenversicherung an.“<sup>39</sup>

Aufgrund der erhöhten Nachfrage stieg in der Folgezeit die Anzahl der privatwirtschaftlichen Krankenversicherungsunternehmen sprunghaft an.<sup>40</sup> Im Zeitraum von 1924 bis 1929 versechsfachte sich die Versichertenanzahl auf 3 Millionen. Die damit erzielten Beitragseinnahmen verzwanzigfachten sich auf 157 Mio. Reichsmark. Die

---

<sup>37</sup> Vgl. Klingenberg (2001), S. 33.

<sup>38</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 110.

<sup>39</sup> Klingenberg (2001), S. 34.

<sup>40</sup> Vgl. für diesen Absatz Klingenberg (2001), S. 34f.

gewonnene Stärke manifestierten die Unternehmen durch die Gründung von ersten Interessenvertretungen.<sup>41</sup>

Gleichzeitig bereitete die einsetzende Weltwirtschaftskrise der GKV Probleme. Durch den Anstieg der Arbeitslosigkeit verlor die GKV massiv Mitglieder und Beitragseinnahmen. Der Gesetzgeber reagierte auf die sinkenden Mitgliederzahlen mit der erneuten mehrmaligen Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze.<sup>42</sup> Diese Maßnahme konnte den Mitgliederrückgang aber allenfalls abschwächen und führte zu einem offenen Konflikt mit der PKV. Deren Interessenvertretung forderte 1932 eine Herabsetzung der Versicherungspflichtgrenze, um das im Zuge der Wirtschaftskrise gesunkene Lohnniveau zu kompensieren und weitere Kundengruppen zu erschließen. Ein derartiger Schritt hätte aber wohl zu einem Finanzkollaps der GKV geführt.<sup>43</sup>

#### 2.2.1.4 Phase des Nationalsozialismus (1933–1945)

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten ging eine veränderte Sozialpolitik einher, die zunächst die privaten Versicherungen begünstigte. Ende 1933 senkten die Machthaber die Versicherungsberechtigungsgrenze und untersagten den gesetzlichen Kassen PKV-ähnliche Angebote für freiwillig Versicherte, deren Gehalt zwischen der Versicherungspflicht- und der Versicherungsberechtigungsgrenze lag. Dies verbesserte den Marktzugang der PKV.

Gleichzeitig profitierte die GKV vom wirtschaftlichen Aufschwung, der die Anzahl der versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse erhöhte und damit die prekäre Finanzlage entspannte. Die klare institutionelle Differenzierung zwischen GKV und PKV besiegelte indes die 12. Aufbauverordnung des Jahres 1935, die eine strikte Trennung zwischen der staatlichen Sozial- und der auf erwerbswirtschaftliche Ziele ausgerichteten Individualversicherung vorsah.<sup>44</sup>

Die offen ausgetragenen Konflikte zum Ende der Weimarer Republik gingen in der Phase des Nationalsozialismus zurück, möglicherweise auch, weil die Machthaber eine vollständige Neuordnung in Ausblick stellten. Als Indiz hierfür darf das Vorwort

---

<sup>41</sup> Vgl. Koch/Uleer (1997), S. 29.

<sup>42</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 109.

<sup>43</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 38.

<sup>44</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 26.



der erstmalig gemeinschaftlich abgehaltenen Tagung „Gesetzliche und Private Krankenversicherung“ im März 1941 gelten: „Auch wenn die Gesundheitsfürsorge des deutschen Volkes in ganz neue Bahnen gelenkt wird, bleiben für eine solche Entwicklung die Ergebnisse von Wissenschaft und Praxis aus der Vorzeit wertvoll.“<sup>45</sup> Grundlegende strukturelle Reformen blieben jedoch in den letzten Kriegsjahren aus.

#### 2.2.1.5 Phase der Nachkriegszeit (1945–1969)

Eine solche Neuordnung wäre in der Nachkriegszeit möglich gewesen. Die Westalliierten gründeten im Juli 1945 in Berlin eine Sozialversicherungsanstalt mit dem Ziel, das duale Krankenkassensystem in einer Einheitsversicherung zu vereinen. Gegen dieses Vorhaben mobilisierten sowohl die Ärzteverbände als auch die PKV-Unternehmen und betrieben eine zielgerichtete Antireformkampagne, bis der Alliierte Kontrollrat auf eine Umsetzung der Pläne in den westlichen Besatzungszonen verzichtete.<sup>46</sup>

Stattdessen blieb die grundlegende Struktur erhalten. Allerdings stärkten die Entscheidungsträger die GKV durch das erste Sozialversicherungsgesetz, mit dem sie die Versicherungspflichtgrenze erhöhten und eine paritätische Aufteilung der Versicherungsbeiträge beschlossen. Gleichzeitig scheiterte der Vorstoß der PKV für eine erneute Einführung einer Versicherungsberechtigungsgrenze. Beide Faktoren führten zu einem stagnierenden Marktanteil der PKV, während die GKV einen signifikanten Mitgliederzuwachs verzeichnete. Einen Teilerfolg erzielten die Interessenvertretungen der PKV durch die gesetzliche Verankerung der Befreiungsmöglichkeit von der Versicherungspflicht durch eine Fortsetzung der Privatversicherung. Arbeitnehmern, die durch eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze eigentlich der GKV zufielen, kam nun ein Wahlrecht zu. Der Verband der PKV berichtet davon, dass bei der ersten Erhöhung der Pflichtgrenze immerhin 40 Prozent der Betroffenen für eine Befreiung votierten und sich weiterhin privat versicherten.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Rohrbeck (1941), S. 4.

<sup>46</sup> Die nachfolgenden Ausführungen fokussieren die Entwicklung innerhalb der westlichen Besatzungszonen, der späteren Bundesrepublik Deutschland. Im Osten wurde die PKV verboten und in ein zentralistisches Versorgungssystem überführt [vgl. Klingenberger (2001), S. 44].

<sup>47</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (1966), S. 12.

### 2.2.1.6 Phase der sozialliberalen Koalition (1969–1982)

Die sozialliberale Koalition erhöhte innerhalb kürzester Zeit die Versicherungspflichtgrenze, um diese anschließend an die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung zu koppeln. Dabei kann die Dynamisierung als großer Erfolg des PKV-Verbands erachtet werden, da sie die Marktgröße, sprich den Personenkreis, der sich für eine private Absicherung entscheiden konnte, erstmalig dauerhaft stabil hielt.<sup>48</sup> Derartige Zugeständnisse an den liberalen Koalitionspartner versuchten die Sozialdemokraten ihrerseits dadurch zu kompensieren, indem sie das Leistungsniveau der GKV deutlich anhoben.<sup>49</sup> In der Folge sank die Anzahl der PKV-Vollversicherten auf 5,3 Millionen im Jahr 1971, wohingegen die GKV 2,3 Mio. Versicherte gewann und damit 89,6 Prozent der Gesamtbevölkerung abdeckte.<sup>50</sup>

Gegen die Tendenz, das Leistungsniveau der GKV an das der PKV anzugleichen, ging der PKV-Verband entschlossen vor, da die Versicherungsunternehmen ihr Alleinstellungsmerkmal gefährdet sahen. Nach Koch/Uleer (1997) insistierte der PKV-Verband bspw. „[...] in einer Vielzahl von Anhörungen zu Landeskrankengesetzen [...], die Nivellierung [...] in Grenzen zu halten.“<sup>51</sup> Es ist demnach festzuhalten, dass das Geschäftsmodell der PKV eine Zwei-Klassen-Medizin nicht nur billigend in Kauf nimmt, sondern derartige Unterschiede bewusst herbeiführt.

Ein derartiger Offenbarungseid im Hinblick auf die gesellschaftlich fragwürdigen Motive war im Rückblick wohl überflüssig. Wegen des höheren Leistungsniveaus stiegen die Ausgaben im Zeitraum von 1970 bis 1975 im Jahr um durchschnittlich 17,4 Prozent, was die GKV vor große Finanzierungsschwierigkeiten stellte.<sup>52</sup> Da sich aufgrund von Wirtschaftskrisen gleichzeitig die Erlössituation verschlechterte,<sup>53</sup> hob die Regierung den GKV-Beitragssatz deutlich an, was jedoch nicht ausreichte, um die selbst verursachte „Kostenexplosion“ zu kompensieren. Erschwerend kam hinzu, dass die Politik das Instrument des Verschiebebahnhofs entdeckte, um kurzfristig

---

<sup>48</sup> Vgl. Moser (1994), S. 13.

<sup>49</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 115.

<sup>50</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 113.

<sup>51</sup> Koch/Uleer (1997), S. 101.

<sup>52</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 52.

<sup>53</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 115.

„[...] finanzielle Löcher eines Sozialversicherungszweiges zu Lasten eines momentan konsolidierten anderen Zweiges zu stopfen.“<sup>54</sup>

In der Konsequenz vollzog die sozialliberale Koalition einen Politikwechsel und leitete eine Phase der Kostendämpfungsgesetze ein, die einerseits den eigens ausgeweiteten Leistungskatalog einschränkten, andererseits patientenseitige Selbstbehalte vorsahen.<sup>55</sup> Die beschriebenen politischen Eingriffe vergrößerten die wahrnehmbaren Leistungsunterschiede zwischen den Systemen und verbesserten somit die relative Wettbewerbsfähigkeit der PKV.

#### 2.2.1.7 Phase der konservativ-liberalen Koalition (1982–1998)

Die der sozialliberalen Koalition nachfolgende konservativ-liberale Regierung führte die Politik der Vorgänger zunächst fort: Auf Kostensteigerungen folgten zumeist Eingriffe in das Leistungsrecht. Aufgrund der ausbleibenden nachhaltigen Wirkung sollte schließlich ein neuer ordnungspolitischer Rahmen geschaffen werden. Das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen räumte marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen ein größeres Gewicht ein, was der Position der PKV zugutekam.<sup>56</sup> Dies beinhaltete eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips, was der Gesellschaft mehr Eigenverantwortung auferlegt. Im Zuge dessen folgte die Streichung der Versicherungspflicht von Selbstständigen und Beamten. Somit öffnete der Gesetzgeber der PKV weitere attraktive Märkte. Gleichzeitig wurde jedoch das Rückkehrrecht in die GKV für Rentner eingeschränkt, wodurch sich in den Folgejahren der Anteil älterer Bevölkerungsgruppen in der PKV mehrte.<sup>57</sup> Um der zunehmenden Kritik von steigenden Beiträgen im Alter zu begegnen, führte der PKV-Verband auf politischen Druck 1994 öffentlichkeitswirksam den Standardtarif ein.<sup>58</sup> Der Beitrag für den Stan-

---

<sup>54</sup> Klingenberger (2001), S. 55. In der Zukunft sollten derartige Verschiebebahnhöfe die Finanzierungssituation der GKV mehrmals erheblich belasten.

<sup>55</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 55.

<sup>56</sup> Rentner konnten ab diesem Zeitpunkt nur noch in die GKV wechseln, wenn sie in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbstätigenzeit vor der Stellung des Rentenanspruchs mindestens 90 Prozent der Zeit GKV-Mitglied waren [vgl. § 5 I 11 SGB V].

<sup>57</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 117.

<sup>58</sup> Vgl. für die Historie des Standardtarifs Koch/Uleer (1997), S. 124f.

dardtarif, der sich am Leistungsniveau der GKV orientiert, durfte sich maximal auf 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags belaufen.

Eine besondere Rolle kommt außerdem der Reform des Beihilferechts im Jahr 1985 zu. Zur Sicherung des dauerhaften und quasi-exklusiven Zugangs zu den staatlichen Kompetenzträgern entwickelte der PKV-Verband vergünstigte Beihilfetarife ohne Leistungsausschlüsse bei eng limitierten Risikozuschlägen und einem Kontrahierungszwang.<sup>59</sup> Im Gegenzug reformierte der Gesetzgeber die Beihilfe in einer Art, dass die GKV seitdem nicht mehr als beihilfekonform gilt. Das heißt, freiwillig in der GKV versicherte Beamte müssen den vollen Kassenbeitrag (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) entrichten. Obwohl sie keine Beihilfe erhalten, ist eine alternative Gewährung eines Zuschusses als Ausgleich für den geleisteten Arbeitgeberanteil nicht möglich. Der finanzielle Nachteil in Verbindung mit dem geringeren Leistungsniveau macht die PKV de facto alternativlos.<sup>60</sup> Bemerkenswert ist dieser Vorgang vor allem deshalb, weil es der PKV damit gelingt, diejenigen, die über das Gesundheitssystem entscheiden und richten, mit Privilegien zu versehen,<sup>61</sup> die an die eigene Existenz geknüpft sind. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist deshalb die permanente institutionelle Verankerung der PKV zu konstatieren.

Aufgrund ausbleibender dauerhafter Kostensenkungseffekte<sup>62</sup> folgten diverse Gesundheitsreformen, z. B. das Gesundheitsstrukturgesetz oder das Beitragsentlastungsgesetz, in kurzen Abständen aufeinander. Die Anstrengungen strebten jeweils eine Erhöhung der Zuzahlungen und eine Ausgrenzung von Leistungen an. In der Konsequenz verlor die GKV gegenüber der PKV weiter an Attraktivität. Im Jahr 1998 lag der Anteil, der in der GKV versicherten, bei nur noch 87,1 Prozent der Gesamtbevölkerung.<sup>63</sup>

---

<sup>59</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 58f.; Pfister (2010), S. 116.

<sup>60</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 116.

<sup>61</sup> Dies gelingt sogar zu verhältnismäßig geringen Kosten, da die damit einhergehenden Risiken aufgrund des Beihilfeanteils zu mindestens 50 Prozent steuerfinanziert sind. Diese Aufwendungen trägt die Gesellschaft, die zum Großteil selbst nicht in den Genuss dieser Privilegien kommt.

<sup>62</sup> Bedingt auch durch einmalige Ereignisse wie den Kosteneffekten durch die Wiedervereinigung der Bundesrepublik Deutschland [vgl. Pfister (2010), S. 118].

<sup>63</sup> Vgl. Klingenberger (2001), S. 66.

### 2.2.1.8 Phase der rot-grünen Koalition (1998–2005)

Während der rot-grünen Koalition ist eine Konvergenz beider Systeme durch die Integration wesensfremder Elemente festzustellen. Paradoxe Weise initiiert zunächst eine stärkere Abgrenzung die anschließend verfolgte Systemangleichung. Als eine der ersten Maßnahmen verpflichtete die Regierung die PKV, einen 10-prozentigen Beitragsaufschlag für Altersrückstellungen zu erheben. Gleichzeitig schloss die rot-grüne Koalition noch verbliebene Schlupflöcher, die PKV-Versicherten im fortgeschrittenen Alter eine Rückkehr in die dann günstigere GKV ermöglichen.<sup>64</sup> Seitdem erhöht sich der Anteil der kostenintensiven älteren Mitglieder in der PKV weiter.

Derartige Gesetze beschleunigten zudem die Kostenzuwächse in der PKV. Während die Kosten der GKV von 1998–2005 um 15 Prozent anstiegen, erhöhten sich die Ausgaben in der PKV im gleichen Zeitraum um 36 Prozent (vgl. Abb. 1). Die Kostenexplosion ist folglich kein exklusives Problem der GKV, sondern betrifft ebenfalls die PKV.

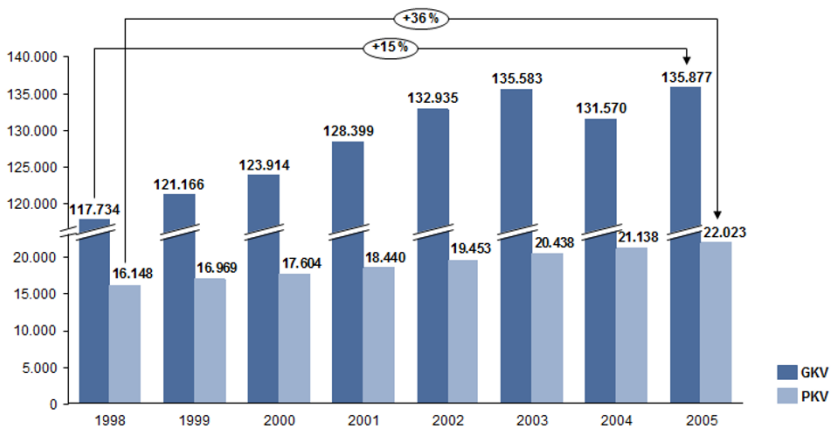


Abb. 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro (1998–2005)<sup>65</sup>

<sup>64</sup> Vgl. Klingenberg (2001), S. 70; Pfister (2010), S. 124.

<sup>65</sup> Quelle: eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2013).

Um die Anreize der GKV gegenüber der PKV zu erhöhen, wurden für freiwillig Versicherte ein Wahlrecht auf Kostenerstattung und Selbstbehalttarife eingeführt.<sup>66</sup> Im Rahmen der Kostenerstattung rechnet ein Mitglied direkt mit dem Leistungserbringer ab und reicht die erhaltenen Rechnungen anschließend bei seiner GKV ein, was dem Vorgehen in der PKV entspricht und eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip darstellt. In Selbstbehalttarifen beteiligen sich die Versicherten an den Gesundheitskosten. Dies kommt einer partiellen Re-Individualisierung des Krankheitsrisikos gleich und ist ebenfalls ein Wesensmerkmal der PKV.

Ein entscheidender Schritt war darüber hinaus der Einstieg in die direkte Steuerfinanzierung der GKV durch die Gewährung von Bundeszuschüssen für die nicht kostendeckenden Beiträge von Arbeitslosengeld- und Sozialhilfeempfängern, was eine Abkehr vom idealtypischen Solidarausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft bedeutet.<sup>67</sup>

Die beschriebene Annäherungstendenz zeigt sich ferner in der zum Ende der Legislaturperiode geführten Diskussion um die Zukunft des Versicherungssystems. Während die Sozialdemokraten bei einer Wiederwahl eine steuerfinanzierte Bürgerversicherung und Abschaffung der PKV propagierten, vertraten CDU/CSU die Idee einer einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie.<sup>68</sup>

#### 2.2.1.9 Phase der Kabinette Merckels (seit 2005)

In der Bundestagswahl 2005 erhielt jedoch keine der politischen Lager eine Mehrheit, sondern waren in einer großen Koalition zur Zusammenarbeit gezwungen. Die in einer solchen Konstellation notwendige Kompromisshaltung führte im Wesentlichen zur Beibehaltung des Status quo: einer Fortführung der dualen Struktur. Trotzdem wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung versucht, den Kassenwettbewerb zu fördern und Bürokratie abzubauen.

---

<sup>66</sup> Selbstbehalttarife stehen allen GKV-Mitgliedern offen, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden. Einzelheiten muss die jeweilige Krankenkasse in ihrer Satzung regeln. „Die Prämienzahlung in den Selbstbehalt-Tarifen darf isoliert 20 vom Hundert der Beiträge eines Mitglieds nicht übersteigen“ [Orlowski/Wasem (2007), S. 20].

<sup>67</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 126.

<sup>68</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 127.

Wesentliche Neuerung war der sogenannte Gesundheitsfonds, dem einerseits die einkommensabhängigen Krankenkassenbeiträge, andererseits ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss zugehen. Anschließend erhalten die Krankenkassen pro Versicherten einen Pauschalbetrag, der um einen Risikoausgleich (Zu- oder Abschlag) angepasst wird.<sup>69</sup> Die bislang unterschiedlichen Beitragssätze wurden durch einen Einheitssatz ersetzt, den die Bundesregierung festlegt. Zunächst lag dieser bei 15,5 Prozent wobei der Gesetzgeber den Arbeitgeberbeitrag auf maximal 7,3 Prozent begrenzt hat. Dies ist als Abkehr von der paritätischen Beitragsfinanzierung anzusehen. Reichen die über den Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel nicht aus, um ihren Finanzbedarf zu decken, müssen die Kassen nach § 242 I 1 SGB V einen Zusatzbeitrag erheben. Bestandteil des Gesundheitsfonds ist weiterhin eine nach oben unbeschränkte Liquiditätsreserve, die kurzfristige Einnahmeschwankungen ausgleicht. Sie soll mindestens 20 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben betragen.<sup>70</sup>

Ferner verabschiedete die Regierung eine Pflichtversicherung für alle Bürger, wodurch die PKV einen Basistarif mit Kontrahierungszwang einführen musste.<sup>71</sup> Er löste den bisherigen Standardtarif ab und orientiert sich am Leistungsniveau der GKV.<sup>72</sup> Die Beiträge sind auf den GKV-Höchstsatz gedeckelt.

#### 2.2.1.10 Zwischenfazit

Im historischen Rückblick kann das Verhältnis zwischen GKV und PKV bis in die 1930er Jahre als unproblematisch gelten. Zurückzuführen ist dies hauptsächlich auf das damalige Wachstumspotenzial. Die Leistungsträger waren zunächst generell darauf bedacht, die Absicherung des Krankheitsrisikos voranzutreiben, eine Auseinandersetzung mit dem anderen System erschien zweitrangig. Die ersten Sättigungstendenzen zum Ende der Weimarer Republik verschoben jedoch den Fokus.

---

<sup>69</sup> Vgl. Warns (2009), S. 218.

<sup>70</sup> Vgl. § 271 II SGB V.

<sup>71</sup> Vgl. Pfister (2010), S. 157.

<sup>72</sup> Vgl. Abschnitt 2.2.1.7. PKV-Versicherte im Standardtarif genießen allerdings Bestandsschutz. Nur Privatversicherte, die bereits bis Ende 2008 privat versichert waren, können auch künftig noch unter den heutigen Bedingungen in den Standardtarif wechseln [vgl. Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2010), S. 1].

PKV und GKV erkannten die systemimmanenten Abhängigkeiten und die daraus erwachsende Konkurrenzsituation. Das zeigt sich ebenfalls in der Gründung von Interessenvertretungen mit dem Ziel, die politischen Entscheidungsträger zu beeinflussen. Obwohl die PKV insbesondere in den 1970er Jahren Rückschläge hinnehmen musste, gelang es ihr durch eine bedürfnisorientierte Produkt- und Kommunikationspolitik an Relevanz zu gewinnen und die eigene Position zu festigen.<sup>73</sup> Dementsprechend selbstbewusst tritt der PKV-Verband mittlerweile auf und bezeichnet sich als „[...] unverzichtbare Säule im deutschen Gesundheitssystem [...]“.<sup>74</sup>

Die Geschichte des dualen Systems verdeutlicht zudem die Abhängigkeit von der politischen Machtkonstellation und der wirtschaftlichen Lage. Das Wachstum der PKV ging zu Großteilen auf Perioden mit einer Regierungsbeteiligung der konservativ-liberalen Kräfte zurück.<sup>75</sup> Die GKV profitierte hingegen meist vom Einfluss der Sozialdemokraten. Weiterhin ist zu beobachten, dass die GKV in Zeiten schlechter Konjunktur und hoher Arbeitslosigkeit aufgrund der Einkommenskopplung der Beiträge vor enormen Finanzierungsproblemen steht. Ein solcher direkter Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit des Finanzierungssystems und der Wirtschaftslage ist bei der PKV zu negieren.

Außerdem sind in der jüngeren Vergangenheit klare Angleichungstendenzen erkennbar. Nach den unzähligen, in der öffentlichen Wahrnehmung erfolglosen Gesundheitsreformen sucht die Politik offensichtlich nach Lösungsansätzen, die langfristig ein hohes Leistungsniveau bei stabilen Beiträgen gewährleisten. In diesem Bestreben können disruptive Entwicklungen, wie bspw. die Abschaffung des dualen Systems, nicht ausgeschlossen werden. Zur gleichen Einschätzung kommt Michel (2012), Mitglied des Vorstands der LVM Versicherung: „Noch nie wurde das zweigleisige, deutsche Gesundheitssystem so stark in Frage gestellt, wie in der aktuellen politischen Diskussion.“<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Die PKV schien besonders von einer Regierungsbeteiligung der FDP zu profitieren. Die Positionen der GKV wurden meist von der SPD unterstützt.

<sup>74</sup> O. V. (2015a).

<sup>75</sup> Eine Ausnahme bildet die Phase der sozialliberalen Koalition, die allerdings aufgrund der Steigerung des Leistungsniveaus die nachfolgenden durch Kostensteigerungen verursachten Krisen mitverantwortete, von denen die PKV langfristig profitieren konnte.

<sup>76</sup> Michel (2012), S. 53.



## 2.2.2 Das heutige duale Krankenversicherungssystem – Systemmerkmale und aktuelle Statistiken

Trotz der herausgearbeiteten Konvergenztendenzen bestehen weiterhin wesentliche Systemunterschiede, die dieser Abschnitt herausarbeitet, dabei aktuelle Zahlen und Statistiken zur GKV und PKV integriert und somit den Rahmen für die Betrachtung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Folgekapitel bildet.

### 2.2.2.1 Systemmerkmale

**Versicherungszwang vs. Vertragsfreiheit.** Gesetzliche Grundlage für den Versicherungszwang in der GKV ist § 5 SGB V. Wer die darin genannten Kriterien erfüllt, unterliegt der Versicherungspflicht. Der Versicherungsschutz bedarf keines Vertragschlusses und beginnt unmittelbar. Versicherungsfrei ist, wer den Bedingungen von § 6 SGB V entspricht. Wesentlich ist diesbezüglich die Jahresarbeitsentgeltgrenze, auch als Versicherungspflichtgrenze bekannt. Nach der beschriebenen Dynamisierung im Jahr 1969 legt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Jahresarbeitsentgeltgrenze in Anlehnung an den durchschnittlichen Anstieg der Bruttolöhne und -gehälter fest. Für das Jahr 2015 beträgt sie 54.900 Euro.<sup>77</sup>

In der PKV beruht die Rechtsbeziehung auf einem Vertrag. Der Versicherer entscheidet frei darüber ob – und falls ja – mit welchem Leistungsinhalt und -umfang er einen Vertrag abschließt.<sup>78</sup>

**Solidarität vs. Äquivalenz.** Die GKV beruht auf dem Solidaritätsprinzip,<sup>79</sup> welches besagt, dass ein Bürger nicht alleinverantwortlich, sondern als Teil einer Solidargemeinschaft agiert, die sich gegenseitig hilft und unterstützt. Demzufolge ist die Beitragshöhe an die individuelle Leistungsfähigkeit gekoppelt, die der Gesetzgeber durch die erzielte Einkommenshöhe quantifiziert. Dementsprechend entrichten die Besserverdienenden für das gleiche Leistungsniveau einen überproportionalen An-

---

<sup>77</sup> Vgl. Bundesregierung (2014).

<sup>78</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 31.

<sup>79</sup> Vgl. für diesen Absatz Kulbe (1993), S. 25–26.

teil. Es kommt durch die zu erbringenden Lasten zu einer politisch gewollten sozialen Umverteilung.<sup>80</sup>

In der PKV kommt stattdessen das Äquivalenzprinzip zur Anwendung, das die Gleichwertigkeit der abgezinsten Beiträge auf der einen Seite und der abgezinsten Versicherungsleistungen, des Verwaltungsaufwandes sowie entrichteter Abschlussprovisionen auf der anderen Seite voraussetzt. Die zu erbringenden Versicherungsleistungen werden maßgeblich durch das individuelle Gesundheitsrisiko bestimmt, das sich mittels finanzmathematischer Modelle in einem Geldbetrag ausdrücken lässt. Hierfür erheben Versicherer persönliche Daten (Alter, Geschlecht, Krankengeschichte etc.) und ordnen Antragsteller einer Versichertengruppe mit ähnlichen Risikomerkmale, für die Erfahrungswerte bestehen, zu.

**Sachleistungs- vs. Kostenerstattungsprinzip.** Bei dem Sach- oder Naturalleistungsprinzip der GKV rechnen die Versicherungen die erhaltenen Leistungen – abgesehen von eventuellen Zuzahlungen – selbst mit dem Leistungserbringer ab. Da die GKV die Kosten selbst mit dem Vertragspartner verhandelt, hat sie im Gegensatz zur PKV eine direkte Einflussmöglichkeit auf die entstehenden Kosten und damit ein wirkungsvolles Instrument gegen die Ausgabendynamik.<sup>81</sup> Allerdings leidet darunter die Transparenz, weil der Leistungsempfänger in der Regel keinen Einblick in die von ihm verursachten Kosten hat.<sup>82</sup>

Demgegenüber erbringen die privaten Versicherer ihren Mitgliedern keine Sachleistungen, sondern einen Ausgleich für die angefallenen Kosten. Das heißt, der Leistungserbringer hat zunächst einen Vergütungsanspruch gegen den Versicherten, nicht gegen das private Versicherungsunternehmen. Er trägt zunächst die Kosten für die erbrachten Leistungen selbst und reicht diese Rechnungen anschließend bei der privaten Krankenkasse zur Erstattung ein.

**Umlage- vs. Kapitaldeckungsverfahren.** Die Finanzierung der GKV folgt dem Umlageverfahren, wonach der Aufwand der erbrachten Leistungen direkt durch die erhaltenen Beiträge gedeckt wird. Mit Ausnahme der Liquiditätsreserve des Gesund-

---

<sup>80</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 32.

<sup>81</sup> Vgl. Kulbe (1993), S. 27.

<sup>82</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 36.

heitsfonds<sup>83</sup> ist eine Ansparung überschüssiger Beiträge nicht vorgesehen. Damit im Umlageverfahren die prozentualen Beitragssätze langfristig stabil bleiben, ist ein entsprechender Bevölkerungsaufbau notwendig.<sup>84</sup> In Deutschland gefährdet der demographische Wandel das Finanzierungsmodell erheblich, da immer weniger junge, erwerbstätige Beitragszahler die Ausgaben für die älteren, kostenintensiven Bevölkerungsschichten tragen müssen.<sup>85</sup>

Hingegen ist die PKV durch das Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Im Rahmen dessen entrichtet ein Versicherter Prämien, um bei seiner Lebenserwartung den Barwert der angenommenen Versicherungsleistungen, des Verwaltungsaufwandes sowie der Abschlussprovisionen zu tragen. Dabei handelt es sich um keine konstante, sondern um eine variable Zahlung. Zusätzlich zum reinen, mit dem Alter ansteigenden Risikobeitrag, zahlt der Versicherte einen Beitrag zur Bildung von Altersrückstellungen.<sup>86</sup> Die angesparten, verzinsten Anwartschaften werden im Alter aufgelöst und sollen auf diese Art die zu entrichtenden Prämien stabilisieren.<sup>87</sup> Gleichwohl wird der Effekt damit nur gedämpft, was viele Versicherungsnehmer zwingt, im Alter auf Tarifalternativen mit einem geringeren Leistungsumfang auszuweichen. Wären die geforderten Altersrückstellungen höher, würde für die intensiv umworbenen jungen Bevölkerungsschichten ein wesentliches Argument für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung wegfallen: die gegenüber der GKV günstigeren Beiträge. Dazu notiert Pfister (2010): „Alleinstehende Berufsanfänger wählen oft die PKV, da [...] die Prämien [...] wesentlich günstiger sind als [...] in der GKV [...]. Neben der verlockend niedrigen Prämie ist auch der Privatversicherten-Status begehrt. Nicht einbezogen in das Kalkül eines jungen, gesunden Menschen wird oft der stärkere Prämienanstieg im Alter. Bereits bei einer Familie mit Möglichkeit eines mitzuversichernden Ehepartners und Kind ist rein pekuniär die GKV oftmals interessanter.“<sup>88</sup>

---

<sup>83</sup> Vgl. Abschnitt 2.2.1.9.

<sup>84</sup> Vgl. Warns (2009), S. 211.

<sup>85</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 33.

<sup>86</sup> Vgl. von Koppenfels-Spies (2012), S. 34.

<sup>87</sup> Vgl. Warns (2009), S. 211.

<sup>88</sup> Pfister (2010), S. 185f.

### 2.2.2.2 Aktuelle Statistiken

Neben der Kenntnis der systemrelevanten Unterschiede sind für den weiteren Verlauf der Arbeit aktuelle Statistiken von Interesse. Dazu zählen neben der Entwicklung der Versichertenzahlen, der Höhe der Gesundheitsausgaben besonders im ambulanten ärztlichen Bereich auch die Zusammensetzung des GKV-Beitrags.

Die Daten werden zum großen Teil von Interessenvertretungen veröffentlicht. Im Bereich der PKV dient als Hauptquelle der jährlich veröffentlichte Zahlenbericht des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Das Pendant bildet der GKV-Spitzenverband als zentrale Vertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die zitierten Daten sind deshalb mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Gleichwohl erscheint ein Rückgriff darauf oftmals alternativlos, da andere unabhängige Datenquellen nicht zur Verfügung stehen.

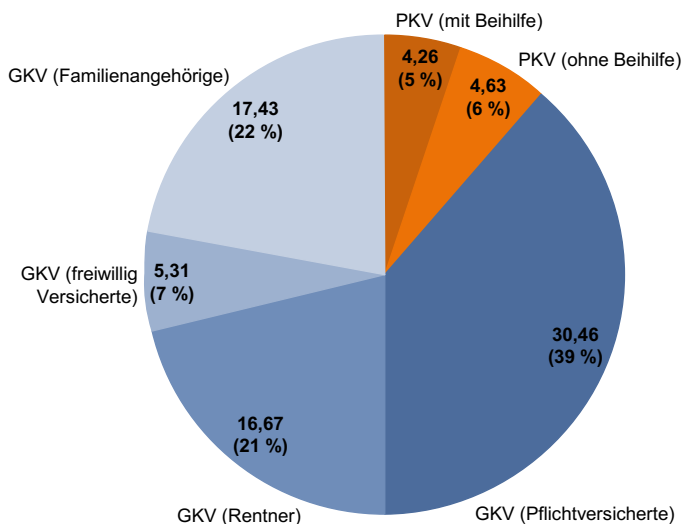


Abb. 2: Anzahl der GKV- und PKV-Versicherten absolut und in Prozent<sup>89</sup>

<sup>89</sup> Quelle: eigene Darstellung mit Daten des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (2013) sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (2013).

**Anzahl der GKV- und PKV-Mitglieder.** Die Mehrheit der Bevölkerung (69,85 Mio. Menschen) ist in der GKV versichert. Wie Abb. 2 zeigt, machen Pflichtversicherte den Großteil aus, gefolgt von Familienversicherten, Rentnern und freiwillig Versicherten.<sup>90</sup> Mit 8,89 Mio. Menschen sind etwa elf Prozent der Bevölkerung privat vollversichert. Bei 48 Prozent der privat Vollversicherten handelt es sich um Beamte und deren Familienangehörige.<sup>91</sup> Seit 2012 ist der Nettozuwachs, das heißt die Differenz aus Mitgliederzugängen und -abgängen, in der PKV erstmals leicht negativ und setzt sich seitdem fort.

**Höhe der Gesundheitsausgaben.** Die Höhe und Entwicklung der Gesundheitsausgaben erfahren in der Öffentlichkeit eine große Aufmerksamkeit. Ursachen für den beobachtbaren Kostenanstieg sind die demographische Entwicklung, die Zunahme chronischer Erkrankungen, der medizinisch-technische Fortschritt, angebotsinduzierte Nachfrageeffekte und nicht zuletzt die allgemeine Inflationsrate.

Bezüglich der Gesundheitsausgaben trägt das Statistische Bundesamt regelmäßig die Primärdaten von Versicherungsträgern, Bundesministerien und Verbänden zusammen und veröffentlicht diese als sekundärstatistisches Rechenwerk. Demnach betrugen die Gesamtgesundheitsausgaben im Jahr 2013 rund 314,9 Mrd. Euro.<sup>92</sup> Dazu zählen sämtliche Güter und Leistungen mit den Zielen Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie Kapitalinvestitionen in die Gesundheitsinfrastruktur aus öffentlicher und privater Hand. Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) entspricht dies 11,0 Prozent des BIP.<sup>93</sup> Im Zeitverlauf wird ersichtlich, dass sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den letzten Jahren nur geringfügig verändert hat.<sup>94</sup> Die häufig angeführte „Kosten- und Ausgabenexplosion“ im Gesundheitssektor ist somit vorrangig nominaler Natur.

---

<sup>90</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013).

<sup>91</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2013), S. 25–27.

<sup>92</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2013).

<sup>93</sup> Vgl. OECD (2015).

<sup>94</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a).

Von besonderem Interesse sind weiterhin die Versicherungsleistungen von GKV und PKV, die im Jahr 2013 rund 217,9 Mrd. Euro betrugen.<sup>95</sup> Im Systemvergleich ist die GKV der mit Abstand größere Ausgabenträger. Der Anteil der PKV an den Gesamtausgaben lag bei etwa elf Prozent. Auf dieser Beobachtung basiert die These der AOK-Bayern, wonach der jeweils erbrachte Leistungsausgaben-Anteil nahezu dem Versichertenanteil der Systeme entspricht (vgl. Abschnitt 1). In beiden Systemen entfällt der zweitgrößte Ausgabenanteil auf die ärztliche Behandlung. Diese verursacht in der GKV ca. 16 Prozent, in der PKV sogar 24 Prozent der Leistungsausgaben. Insgesamt sind die Ausgaben je Mitglied in der PKV über die vergangenen Jahre deutlich stärker gewachsen als in der GKV. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen mit 4.819 Euro über dem OECD-Durchschnitt (3.453 Euro).<sup>96</sup>

Höhere Gesundheitsausgaben schlagen sich nach einer gewissen Zeit in höheren Beiträgen nieder. Dies gilt insbesondere für PKV-Versicherte. In der GKV gestaltet sich der Sachverhalt komplexer.

**Zusammensetzung des GKV-Beitrags.** In der GKV findet die Erhöhung oftmals indirekt über einen Anstieg der Löhne und Gehälter statt. Die Einkommenskopplung wirkt demnach wie eine automatische Dynamisierung. Aktuell beträgt der Beitragsatz 14,6 Prozent.<sup>97</sup> Außerdem können die Krankenkassen einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Wie hoch diese ausfallen, hängt von der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Beiträge zur GKV sind nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten. Diese verabschiedet der Bundesrat in Abhängigkeit von der Gehaltsentwicklung in Deutschland. Im Jahr 2015 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 48.600 Euro. Darüber hinaus besteht die Versicherungspflicht in der GKV nur bis zur sogenannten Versicherungspflichtgrenze, welche 2015 bei 54.900 Euro liegt. Bei einem höheren Verdienst besteht die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln oder als freiwilliges Mitglied in der GKV zu verbleiben.<sup>98</sup>

---

<sup>95</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2013), S. 53; Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

<sup>96</sup> Vgl. OECD (2015).

<sup>97</sup> Vgl. § 241 SGB V.

<sup>98</sup> Vgl. Bundesregierung (2015).

## 2.3 Die ambulante ärztliche Versorgung

Neben der Betrachtung der Entwicklungsstränge des deutschen Gesundheitssystems sowie der Definition der Quersubvention ist die Beleuchtung der Vergütung sowie die Situation der niedergelassenen Ärzte von besonderer Bedeutung, um im Anschluss eine Bewertung der Ausgangsthese vornehmen zu können.

### 2.3.1 Das Vergütungssystem

Die Struktur des Vergütungssystems gilt als eine der Hauptgründe für die Diskussion um die Quersubventionierung in der Arztpraxis und ist besonders im vertragsärztlichen Bereich sehr komplex gestaltet. Die Honorarvergütung erfolgt im ambulanten Bereich in zwei Teilsystemen. Für die GKV kommt der einheitliche Bemessungsmaßstab für Ärzte (EBM) zum Einsatz. In der PKV werden die ärztlichen Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Vergütungs differenzen resultieren aus Unterschieden in Bezug auf die Leistungsabgrenzung und die monetäre Bewertung.<sup>99</sup>

#### 2.3.1.1 Die Vergütung von GKV-Patienten nach EBM

Drei Komponenten bestimmen maßgeblich das aus der vertragsärztlichen Versorgung erzielbare Honorar.<sup>100</sup> Sie werden im Folgenden näher beschrieben. Dabei handelt es sich um die Gesamtvergütung, den EBM sowie den Verteilungsmaßstab.<sup>101</sup>

**Gesamtvergütung.** Die Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung bilden Gesamtverträge, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit den Krankenkassen schließen und das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen definieren.<sup>102</sup> Seit der Einführung des Gesundheitsfonds

---

<sup>99</sup> Vgl. Niehaus (2009), S. 7.

<sup>100</sup> Vertragsarzt ist gemäß SGB V ein niedergelassener Arzt, der für die Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen und deren Familienmitgliedern zugelassen ist.

<sup>101</sup> Vgl. Walendzik et al. (2013), S. 321–329; Simon (2013), S. 304–327.

<sup>102</sup> Vgl. § 83 SGB V.

wird die Höhe der Gesamtvergütung auf der Grundlage des voraussichtlichen Behandlungsbedarfs der Versicherten einer Krankenkasse ermittelt – der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Grundformel zur Berechnung lautet:

$$\frac{\text{Ø Behandlungsbedarf je Versicherten}}{\text{(in EBM Punkten)}} \times \frac{\text{Zahl der Versicherten}}{\text{Versicherten}} \times \frac{\text{Punktwert}}{\text{(in €/Punkt)}}$$

Vereinfacht ausgedrückt, erhalten die KV von den Krankenkassen ein festes Budget für die Versorgung der Versicherten. Aufgrund von gesonderten Vereinbarungen werden für eine Reihe an Leistungen extrabudgetäre Entgelte, außerhalb der Gesamtvergütung, gezahlt.

**EBM.** Der EBM bestimmt als Gebührenordnung für die vertragsärztliche Versorgung den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander.<sup>103</sup> Jeder Leistung ist eine mit Punkten bewertete Gebührenposition zugeordnet. Das abzurechnende Entgelt resultiert aus der Multiplikation der Punkte mit dem jeweils gültigen Auszahlungspunktwert. Die finanzielle Bewertung eines EBM-Leistungspunktes nimmt der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen vor. Aktuell beträgt der bundesweite Orientierungswert 10,2718 Cent.<sup>104</sup> Ein Beispiel verdeutlicht die generelle Funktionsweise:

$$\text{EBM 01410 (Besuch eines Kranken): } 212 \text{ (Punkte)} \times 0,102718 \text{ (€/Punkt)} = 21,78 \text{ €}$$

Davon kann der tatsächlich veranschlagte Wert allerdings abweichen, um regional unterschiedlichen Kosten- und Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen. Niedergelassene Ärzte melden die erbrachten EBM-Positionen an die zuständige KV, die daraus den einem Arzt zustehenden Anteil an der Gesamtvergütung berechnet und überweist. Nicht im EBM aufgeführte Leistungen lassen sich bei gesetzlich Versicherten nicht abrechnen. Zudem sind viele Leistungen in Form von Pauschalen zusammengefasst.

---

<sup>103</sup> Vgl. § 87 II SGB V.

<sup>104</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015).



**Honorarverteilungsmaßstab (HVM).** Um eine Ausdehnung der Leistungserbringung zu verhindern,<sup>105</sup> wird zusätzlich der Honorarverteilungsmaßstab angewendet. „Die Honorarverteilung der KVen hat also die Aufgabe, die Gesamtvergütung zwischen den einzelnen Arztpraxen zu verteilen und dabei das sich aus dem EBM direkt ergebende ärztliche Honorar der Budgetierung anzupassen.“<sup>106</sup> Seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 ist es den KV überlassen, welche Form der Mengengrenzung sie bei der Honorarverteilung einsetzen, da die Pflicht zur Festlegung von Regelleistungsvolumina (RLV) gestrichen wurde, um regional besser angepasste Verteilungsmaßstäbe zu erzielen. Häufig finden Regelleistungsvolumina jedoch weiter Anwendung. Hierbei erhalten Ärzte den ausgewiesenen Punktwert nur bis zu einer festgelegten Mengengrenze. Darüber hinausgehende Leistungen werden nicht mehr voll, sondern gestaffelt vergütet. Alternativ sind individuelle, auf der Vorjahres-Fallzahl basierende Leistungsvolumen möglich.<sup>107</sup>

### 2.3.1.2 Die Vergütung privatärztlicher Leistungen nach GOÄ

Im Gegensatz zur komplizierten Verteilungssystematik in der GKV ist das Kostenerstattungsprinzip der PKV deutlich transparenter.<sup>108</sup> Der Arzt rechnet seine Leistungen nach der GOÄ direkt mit dem Patienten ab.

Die GOÄ ist eine Verordnung der Bundesregierung, die regelt, für welche Leistungen und in welcher Höhe Ärzte Honorare mit dem Privatpatienten abrechnen dürfen. Genau wie im EBM ist jeder Leistung eine mit Punkten bewertete Gebührenposition zugeordnet. Für nicht explizit in der GOÄ abgebildete Leistungen kann die Abrechnung in Anlehnung an andere äquivalente Positionen erfolgen. Der Punktwert beträgt derzeit 5,82873 Cent.<sup>109</sup> Je nach Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad kann der Arzt

---

<sup>105</sup> Vgl. § 87b II SGB V.

<sup>106</sup> Walendzik et al. (2013), S. 327.

<sup>107</sup> Vgl. z. B. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2015): „Damit wird auch ab 1. Januar 2015 die seit 1. Januar 2013 geltende Obergrenzen-Systematik aus RLV und QZV grundsätzlich fortgeführt.“ Außerdem o. V. (2013a): „[...] beschloss die Vertreterversammlung, die Regelleistungsvolumen in Hamburg abzuschaffen und stattdessen individuelle Leistungsbudgets (ILB) einzuführen.“

<sup>108</sup> Vgl. Abschnitt 2.2.2.1.

<sup>109</sup> Vgl. § 5 I GOÄ.

nach billigem Ermessen einen Hebesatz veranschlagen, der eine Abrechnung des 2,3-fachen Punktwerts erlaubt.<sup>110</sup> Bei außergewöhnlichen Schwierigkeiten und überdurchschnittlichem Zeitaufwand ist eine Erhöhung auf das 3,5-fache möglich.<sup>111</sup> Der Regelhöchstsatz ergibt sich aus dem Einfachsatz und dem jeweils maximalen Steigerungssatz des Regelfalls. Den vorhandenen Preissetzungsspielraum nutzen Ärzte nachweislich aus. Im Jahr 2012 wurde im ambulanten Bereich in mehr als 80 Prozent der Fälle der Regelhöchstsatz abgerechnet.<sup>112</sup> Weil die GOÄ keine Mengen- oder Budgetbegrenzung kennt, liegt ein ungedeckeltes System der Einzelleistungsvergütung vor.<sup>113</sup>

### 2.3.2 Die wirtschaftliche Situation von niedergelassenen Ärzten

In der Diskussion um die Einkommenssicherung von niedergelassenen Ärzten ist immer wieder das Argument anzutreffen, dass die durch GKV-Patienten erzielten Erlöse nicht zur Aufrechterhaltung eines ausreichenden Einkommens genügen. Verstärkt wird dieses Bild in der Öffentlichkeit durch zahlreiche Berichte über rückläufige Praxisumsätze und Arzteinkommen, deren Ursache speziell in der Budgetierung der Honorarmittel zu sehen sei, die für manche Vertragsärzte eine Existenzbedrohung bedeute. Plakative Schlagworte der Ärzteschaft in Richtung der Öffentlichkeit und Politik lauten bspw. „zwei Quartale wird umsonst gearbeitet“ oder „ärztliche Arbeit wird verramscht“.<sup>114</sup> Vor diesem Hintergrund erscheint es von zentraler Bedeutung, einen Blick auf das vorhandene Datenmaterial zur Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte zu werfen, um Transparenz in Bezug auf die Honorarsituation zu schaffen. Allerdings gestaltete sich die Recherche schwierig, denn „[ü]ber Validität und Interpretation der Daten zur Einkommenssituation der Vertragsärzte [...] gab es in den letzten Jahren regelmäßig Streit. KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] und Krankenkassen warfen sich gegenseitig vor, die Ärzte arm bzw. reich zu rech-

---

<sup>110</sup> Vgl. § 5 II GOÄ.

<sup>111</sup> Im Basistarif lässt sich maximal der 1,8-fache Punktwert abrechnen.

<sup>112</sup> Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2013), S. 82.

<sup>113</sup> Vgl. Neumann et al. (2014), S. 16.

<sup>114</sup> Vgl. bspw. o. V. (2013b); o. V. (2012a) sowie Repschläger (2009), S. 220.

nen.“<sup>115</sup> Dennoch ist es für die spätere Bewertung der Quersubventionsthese entscheidend, eine möglichst objektive Datenlage zu skizzieren. Mit Blick auf die ungenau geführte Diskussion erscheinen folgende drei Fragestellungen zielführend:

1. Wie hat sich die Zahl der ambulant tätigen Ärzte insgesamt verändert und wie groß ist vor allem der Anteil der Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen?
2. Welche Jahresüberschüsse erzielen niedergelassene Ärzte und welcher Anteil entfällt dabei auf die Behandlung gesetzlich und privat versicherter Patienten?
3. Wie hoch sind die Insolvenzraten im Bereich der Vertragsärzte?

#### 2.3.2.1 Entwicklung der Vertragsarztzahlen

Laut Bundesärztekammer handelt es sich bei der überwiegenden Anzahl der niedergelassenen Ärzte um klassische Vertragsärzte. Im Jahr 2014 waren gemäß Bundesärztekammer (BÄK) 147.948 Ärzte ambulant tätig, davon 121.600 Vertragsärzte. Mit Ausnahme des vergangenen Jahres haben sie seit 1999 bei geringen Steigerungsraten um acht Prozent zugenommen, wobei das Wachstum vorrangig auf angestellte Ärzte zurückgeht.<sup>116</sup>

Eine solche Entwicklung lässt sich für reine Privatärzte nicht bestätigen. Die Zahl wird zwar nur bis 2011 ausgewiesen, nimmt aber nach Angaben der Bundesärztekammer seit 2005 kontinuierlich ab. Das ifo Institut bestätigt diesen Trend. Danach waren im Jahr 2012 nur rund 1.000 Privatärzte tätig.<sup>117</sup> Während die Zunahme der privat tätigen Ärzte zwischen 2001 und 2005 mit einer Steigerungsrate von knapp 40 Prozent von der Bundesärztekammer als Indiz gesehen wird, dass die Tätigkeit als Vertragsarzt an Attraktivität verloren hat,<sup>118</sup> bleibt die deutliche Abnahme seit 2005 unkommentiert (vgl. Abb. 3).

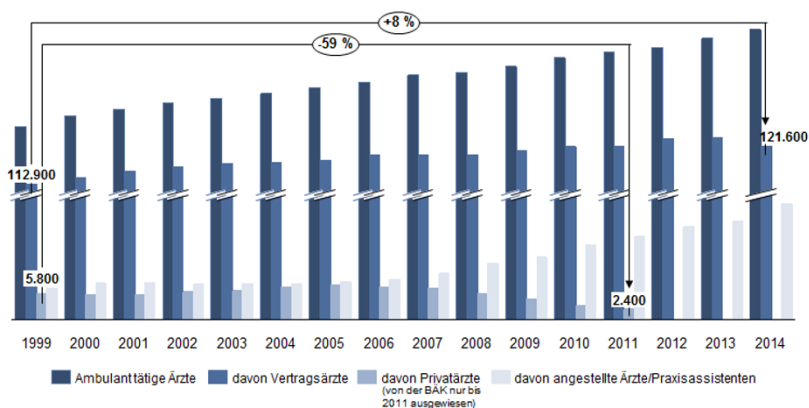
---

<sup>115</sup> O. V. (2013c).

<sup>116</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2015); Simon (2013), S. 273–275.

<sup>117</sup> Vgl. Ifo Institut (2014), S. 2.

<sup>118</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2005).

Abb. 3: Struktur der Ärzteschaft 1999–2014<sup>119</sup>

Ein abweichendes Bild vermittelt lediglich der Privärztliche Bundesverband, der davon berichtet, dass die Zahl im Schnitt um jährlich vier Prozent gestiegen sei und im Jahr 2012 bei etwa 11.000 Privärzten lag. Nach Verbandsangaben ginge diese Entwicklung auf die Frustration mit den Verhältnissen der Kassenmedizin zurück.<sup>120</sup> Objektiv belegen lassen sich jene Informationen nicht, aber ein Abgleich mit der verbandseigenen Privärztsuche<sup>121</sup> lässt die Aussage zumindest fragwürdig erscheinen. Die im Rahmen dieser Abhandlung durchgeführte stichprobenartige, bundesweit verteilte Abfrage von 15 Postleitzahlgebieten und einer Umkreissuche von 100 Kilometern führte unter Ausschluss der Doppelnennungen nur zu insgesamt 96 Privärztsuchen.<sup>122</sup>

<sup>119</sup> Quelle: eigene Darstellung mit Daten der Bundesärztekammer (1999–2014).

<sup>120</sup> Vgl. o. V. (2012b).

<sup>121</sup> Der Verband hat hierfür die Internetseite [www.arztsuche-privatärzte.de](http://www.arztsuche-privatärzte.de) eingerichtet.

<sup>122</sup> Die Anzahl an Fundstellen darf dabei nicht mit der Anzahl an Praxen gleichgesetzt werden, da die Suchmaschine jede Fachrichtung und nicht jede Praxis als Fundstelle ausgibt. Bspw. wird die Praxis von Dr. Surminski in Berlin fünfmal genannt, da diese in den Fachrichtungen Akupunktur, Chiropraktik, Manuelle Medizin, Orthopädie/Unfallchirurgie sowie Sportmedizin agiert.

### 2.3.2.2 Entwicklung der Jahresüberschüsse

In Bezug auf die Jahresüberschüsse<sup>123</sup> niedergelassener Ärzte existieren verschiedene Erhebungen. Es ist mithin schwierig, eine hinreichende Transparenz über die erzielten Gelder zu erhalten. Leider werden oftmals „[...] interpretationsbedürftige und falsche Zahlen unreflektiert in die Welt gesetzt, zitiert und kommentiert.“<sup>124</sup>

Grundsätzlich haben die KBV und die Krankenkassen vereinbart, dass eine Niederlassung – auch wenn ausschließlich GKV-Einnahmen zur Verfügung stehen – ausreichende Einnahmen zum wirtschaftlichen Betrieb einer Praxis generieren soll. Als „ausreichend“ wird dabei das Gehalt eines Oberarztes erachtet. Der Bewertungsausschuss legt den EBM so fest, dass nach Abzug der Betriebskosten ein Jahresüberschuss je Inhaber von 105.572 Euro bei 51 Wochenstunden resultiert.<sup>125</sup>

Um eine möglichst objektive Aussage im Hinblick auf die erzielten Überschüsse zu erhalten, werden im Folgenden die Daten zweier Untersuchungen dargelegt: die Kostenstrukturhebung des Statistischen Bundesamts und das Zi-Praxis-Panel des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

- **Kostenstrukturhebung bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamts**

Laut Kostenstrukturhebung, die im vierjährigen Turnus durchgeführt wird, sind die erwirtschafteten Reinerträge je Praxisinhaber von 126.000 Euro im Jahr 2003 auf 166.000 Euro im Jahr 2011 gestiegen.<sup>126</sup> Während der GKV-Spitzenverband dies als Indiz deutet, „[...] dass es insgesamt kein Einkommenproblem bei niedergelassenen Ärzten gebe“<sup>127</sup>, lässt sich aus der Kostenstruk-

---

<sup>123</sup> „Der Jahresüberschuss ergibt sich als positive Differenz zwischen den Erträgen und Aufwendungen des betreffenden Geschäftsjahrs“ [Böcking (2015)]. Die Kostenstrukturhebung weist jedoch stattdessen den Reinertrag aus. Der „Reinertrag [ist] das positive Ergebnis des Geschäftsjahres. Summe der Erträge abzüglich der niedrigeren Summe der Aufwendungen“ [vgl. Pfitzer (2015)]. Ob der Reinertrag oder der Jahresüberschuss Anwendung findet, hängt von der Rechtsform des Unternehmens ab. Im Folgenden findet nur der Begriff des Jahresüberschusses Anwendung.

<sup>124</sup> Repschläger (2009), S. 222.

<sup>125</sup> Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 10. Der Referenzwert wurde zuletzt 2008 festgelegt.

<sup>126</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 5–15.

<sup>127</sup> Ärzteblatt (2013).

turerhebung gleichzeitig ein sinkender Einnahmeanteil der GKV schlussfolgern.<sup>128</sup> Obwohl rund 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert ist, entfallen 2011 nur rund 69 Prozent der Einnahmen auf die GKV. Im Jahr 2003 waren es noch 75 Prozent, 2007 immerhin noch 71 Prozent. Der Anteil der Einnahmen aus Privatpraxis stieg im gleichen Zeitraum von 22 auf 28 Prozent (vgl. Abb. 4).

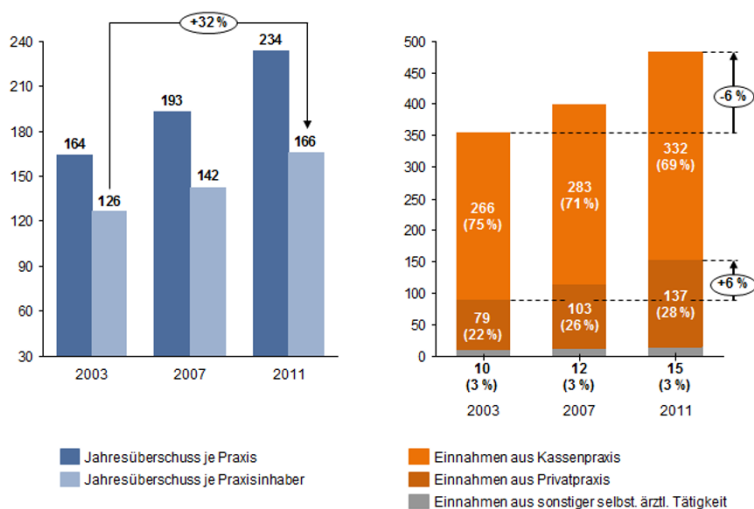


Abb. 4: Jahresüberschuss (je Praxis und Praxisinhaber) sowie Einnahmestruktur nach Einnahmearten in Tsd. Euro nach Kostenstrukturerhebung<sup>129</sup>

- **Zi-Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland**

Seit 2006 erhebt das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung Daten zur wirtschaftlichen Situation niedergelassener Ärzte. Zwar finden diese bislang keine Anerkennung von den Krankenkassen.<sup>130</sup> Gleichwohl verdienen sie im Rahmen dieser Arbeit die weitere Betrachtung, da die Erhebung im Gegensatz

<sup>128</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 15.

<sup>129</sup> Quelle: eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2013), S. 15.

<sup>130</sup> Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 10.

zur Kostenstrukturherhebung auf ein weitgehend gleichbleibendes Panel zurückgreift. Folglich liegt nicht nur eine Aneinanderreihung von Querschnitterhebungen, sondern eine echte Longitudinalstudie vor, die qualitativ hochwertige Aussagen über Entwicklungen und Trends erlaubt.<sup>131</sup> Entsprechend des Zi-Praxis-Panels sind die Jahresüberschüsse zwischen 2006 und 2011 von 108.000 Euro auf 145.000 Euro angestiegen. Der Einnahmeanteil, der auf die GKV und die Privatpraxis entfällt, blieb mit 73 bzw. 21 Prozent in diesem Zeitraum konstant.<sup>132</sup> Auf den Patientenanteil bezogen sind rund 88 Prozent gesetzlich und etwa 10 Prozent privat versichert (vgl. Abb. 5).<sup>133</sup>

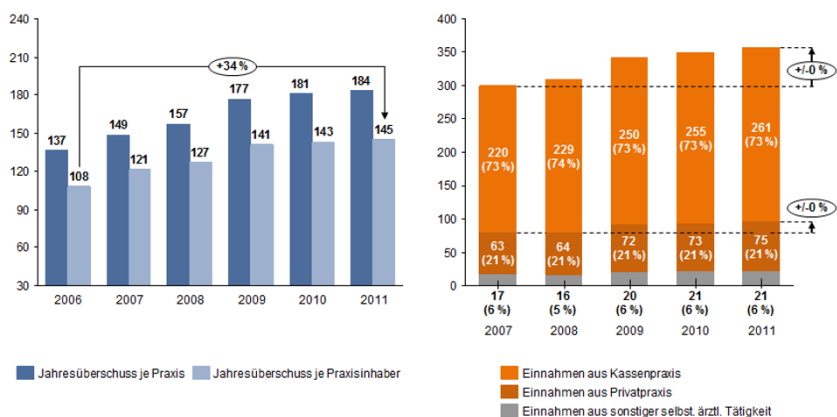


Abb. 5: Jahresüberschuss (je Praxis und Praxisinhaber) sowie Einnahmestruktur nach Einnahmearten in Tsd. Euro nach Zi-Praxis-Panel<sup>134</sup>

Die Gegenüberstellung der Statistiken offenbart deutliche Unterschiede in Bezug auf die erzielten Jahresüberschüsse, die nach Aussagen des Zentralinstituts auf methodische Unterschiede zurückzuführen sind. Sie resultieren zum einen aus der Tatsache, dass das Zi-Praxis-Panel die vertragsärztliche psychotherapeutische Versor-

<sup>131</sup> Vgl. Leibner et al. (2013), S. 12–13.

<sup>132</sup> Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 114.

<sup>133</sup> Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 34.

<sup>134</sup> Quelle: eigene Darstellung mit Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2012–2015).

gung mit in den Jahresüberschuss einberechnet, wohingegen sie die Kostenstrukturhebung separat ausweist.<sup>135</sup> Zum anderen enthält die Kostenstrukturhebung Angaben zu reinen Privatpraxen und befreit Existenzgründer. Bei gleicher Fachgebietsauswahl und Verwendung eines anderen Gewichtungsschemas ergäbe sich für das Zi-Praxis-Panel ein Überschuss in Höhe von 161.000 Euro. Lediglich die verbleibende Differenz von 5.000 Euro bleibt unerklärt.

Offen bleiben allerdings die Unterschiede hinsichtlich der Einnahmestruktur. Während der Einnahmeanteil aus Privatpraxis laut Statistischem Bundesamt in den vergangenen Jahren stark anstieg und nun bei 28 Prozent liegt, beträgt er laut Zi-Praxis-Panel unverändert 21 Prozent. Obgleich das Zentralinstitut in mehreren Publikationen die Kostenstrukturhebung mit dem Zi-Praxis-Panel vergleicht und die Aussagefähigkeit der Studien analysiert,<sup>136</sup> bleibt diese offensichtliche Diskrepanz unkommentiert.<sup>137</sup> Aus wissenschaftlicher Sicht bedenklich wirkt darüber hinaus, dass das Zentralinstitut die Daten der kritisierten Kostenstrukturhebung trotzdem nutzt, sofern sie zur Wahrung eigener Interessen zweckdienlich sind. So kommuniziert das Zentralinstitut bspw.: „Es ist offensichtlich, dass für die Praxisinhaber die ambulante Behandlung von GKV-Versicherten finanziell immer unattraktiver geworden ist. [...] Das Statistische Bundesamt schließt aus dem Vergleich seiner Erhebungen 2007 und 2011, dass die Überschüsse je Kasseninhaber um 17 Prozent gestiegen sind. [...] Nimmt man aber diesen Wert der amtlichen Mitteilung als gegeben, muss festgehalten werden, dass dies nur möglich war, weil die Praxen bei Privateinnahmen deutlich stärkere Zuwächse erzielen konnten. [...] Um [...] der Versorgung gesetzlich Versicherter gerecht zu werden, müssen die gesetzlichen Krankenkassen nachlegen.“<sup>138</sup> Diese Aussagen widersprechen aber den mit der eigentlich besseren Stichprobe erzielten Ergebnissen der eigenen Erhebung. Da dieser Umstand aber nicht

---

<sup>135</sup> Vgl. für den verbleibenden Abschnitt Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 92f.

<sup>136</sup> Vgl. bspw. Leibner et al. (2013) oder Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 92.

<sup>137</sup> Ein Erklärungsansatz könnte darin bestehen, dass die Stichprobe der Kostenstrukturhebung reine Privatpraxen enthält. Dies könnte zu einer Überbewertung dieses Einnahmeanteils führen, da diese Praxen natürlich eine divergierende Einnahmenstruktur aufweisen (vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 93).

<sup>138</sup> Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014), S. 4–5.



auf generelle methodische Schwächen zurückgeht, sollen im weiteren Verlauf der Arbeit die Zahlen des Zi-Praxis-Panels Anwendung finden.

Davon unbenommen darf nicht außer Acht bleiben, dass die durchschnittlichen Jahresüberschüsse der niedergelassenen Ärzte stark im Hinblick auf die Region, das Geschlecht sowie die Facharztgruppen schwanken.<sup>139</sup> Trotzdem ergibt sich für den überwiegenden Großteil der niedergelassenen Ärzte eine komfortable Verdienstsituation gegenüber dem durchschnittlich zu versteuernden Bruttoentgelt eines Arbeitnehmers in Höhe von 34.999 Euro für das Jahr 2015.<sup>140</sup> Entsprechend konstatiert Repschläger (2009): „Der hohe Durchschnittswert über alle Regionen und Fachgruppen hinweg belegt jedoch eindeutig, dass die Probleme der Honorierung der niedergelassenen Ärzte erst bei der Verteilung des Geldes und auf keinen Fall bereits bei der Gesamtsumme des bereitgestellten Geldes beginnen.“<sup>141</sup>

Dass ein Großteil der Ärzteschaft die überdurchschnittliche Einkommenssituation durchaus realistisch einordnen kann, zeigt z. B. der von der KBV und dem NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.) beauftragte Ärztemonitor 2014 mit einer Stichprobe von 10.586 zufällig ausgewählten niedergelassenen Ärzten.<sup>142</sup> Auf die Frage „Wenn Sie an Ihr persönliches monatliches Einkommen aus Ihrer Arbeit denken: wie zufrieden sind Sie derzeit damit ...?“ antworteten 61 Prozent der Hausärzte und 59 Prozent der Fachärzte mit „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“. Nichtsdestotrotz sind 31 Prozent der Haus- und Fachärzte „eher unzufrieden“ und immerhin acht der Hausärzte und zehn Prozent der Fachärzte sind „sehr unzufrieden“.

### 2.3.2.3 Insolvenzrisiko von niedergelassenen Medizinern

Das Insolvenzrisiko niedergelassener Ärzte ist äußerst gering. Das von der Wirtschaftsauskunft Creditreform ermittelte Ausfallrisiko beträgt 2014 in fachärztlichen Praxen sehr geringe 0,31 Prozent und in hausärztlichen Praxen 0,40 Prozent. Damit lag das Ausfallrisiko unverkennbar unter dem Niveau der Gesamtwirtschaft mit im-

---

<sup>139</sup> Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015), S. 12.

<sup>140</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung (2015).

<sup>141</sup> Repschläger (2009), S. 224.

<sup>142</sup> Vgl. für diesen Abschnitt infas Institut (2014), S. 33.

merhin 1,89 Prozent im Jahr 2014.<sup>143</sup> Die Wahrscheinlichkeit für die Insolvenz eines Arztes ist demnach viermal geringer, als die eines anderen Unternehmers.

In die gleiche Richtung stoßen diverse Branchenreporte der Banken. Sie bescheinigen niedergelassenen Ärzten geringe Insolvenzrisiken: „Hinsichtlich der Aufwandsanteile und Rentabilität zeigen sich allgemeinmedizinische Praxen durch eine hohe Stabilität aus. Bestätigt wird dies durch die sehr geringen Ausfallquoten, die deutlich unter denen der Gesamtwirtschaft liegen.“<sup>144</sup> Gleichzeitig weisen Haus- und Fachärzte eine sehr gute Cashflow-Rate aus. Der Verschuldungsgrad ist ebenfalls als gering einzustufen.<sup>145</sup>

#### 2.3.2.4 Gesamtbeurteilung der wirtschaftlichen Situation

Alle drei untersuchten Faktoren lassen auf eine solide und nachhaltige wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte schließen. Das zum Teil in der Öffentlichkeit gezeichnete Bild restriktiver Budgets, welche die Existenz vieler Praxen und die Gesundheitsversorgung in Deutschland akut bedrohen, erscheint anhand des präsentierten Zahlenmaterials zumindest deutlich übertrieben.

Gleichwohl zeigen die Daten, dass die privatärztlichen Leistungen einen wesentlichen Erlösanteil der ärztlichen Erlöse ausmachen und auf diese Weise zur äußerst positiven wirtschaftlichen Situation beitragen. Dieses Spannungsfeld zwischen GKV und PKV soll im Folgenden weiter vertieft werden. Dabei rückt nun die bereits in der Einleitung skizzierte Quersubventionsthese in den Mittelpunkt der Betrachtung.

---

<sup>143</sup> Vgl. Rebmann (2014), S. 642f.

<sup>144</sup> Deutscher Sparkassen- und Giroverband e. V. (2014a), S. 2. Gleiches gilt für die Fachärzte [vgl. Deutscher Sparkassen- und Giroverband e. V. (2014b), S. 2].

<sup>145</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2014), S. 10.

Quersubventionierung zwischen gesetzlicher und  
privater Krankenversicherung  
Quantitative Bewertung für Arztpraxen und Ableitung  
eines Entwicklungsszenarios  
Asdecker, T.  
2017, XIII, 89 S. 8 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-658-16120-0