

Dr. Christine Arentz

Projektleiterin, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Private Zusatzversicherung in der stationären Versorgung in Deutschland

1. Einführung	101
2. Kurzdarstellung des deutschen Krankenversicherungssystems	101
2.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	101
2.2. Private Krankenversicherung (PKV)	104
3. Die stationäre Versorgung in Deutschland	107
3.1. Allgemeine Krankenhausvergütung in Deutschland	110
3.2. Vergütung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus	111
4. Der private Zusatzversicherungsmarkt in Deutschland	113
4.1. Verbreitung in der Bevölkerung	113
4.2. Finanzierung der Zusatzversicherung	116
4.3. Versorgung von Privatpatienten im Krankenhaus	118
5. Zusammenfassung	120
Literaturverzeichnis	121

1. Einführung

In Deutschland bietet die Private Krankenversicherung sowohl Vollversicherungsverträge für bestimmte Bevölkerungsgruppen als auch Zusatzversicherungsverträge für die gesamte Bevölkerung an. Im folgenden Beitrag wird insbesondere auf die Zusatzversicherung im Krankenhaus abgestellt. Hierzu soll kurz die Funktionsweise des deutschen Krankenversicherungssystems dargestellt werden, um in einem zweiten Schritt die Struktur der stationären Versorgung in Deutschland zu erläutern. Darauf aufbauend wird dargestellt, welche Leistungen die private Zusatzversicherung im Krankenhaus bietet und wie diese finanziert werden.

2. Kurzdarstellung des deutschen Krankenversicherungssystems

2.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland sind rund 90 Prozent der Bevölkerung bei einer der derzeit 110¹ gesetzlichen Krankenkassen versichert. Die Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts und finanziell sowie organisatorisch unabhängig. Die staatlich zugewiesenen Aufgaben werden im Rahmen der Selbstverwaltung durchgeführt. So ist der GKV-Spitzenverband, der die Kassen vertritt, für die Erarbeitung der kollektivvertraglichen Regelungen für den ambulanten und stationären Sektor zuständig sowie zusammen mit Ärztevertretern und Krankenhausgesellschaft für die Ausgestaltung des Leistungskataloges der Kassen.²

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen seit 1996 im Wettbewerb. Bis dahin erfolgte die Zuordnung der Versicherten zu einer Krankenkasse nach dem individuel-

1 Vgl. GKV-Spitzenverband (2018), https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 12.06.2018.

2 Vgl. GKV-Spitzenverband (2018): https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp, abgerufen am 12.06.2018.

len Status bzw. Beruf einer Person. Mit Einführung der freien Kassenwahl³ wurde ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen installiert, der seit 2009 morbiditätsorientiert ist: Krankenkassen erhalten über den Risikostrukturausgleich Pauschalen pro Versicherten, die nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus sowie nach 80 Krankheiten differenziert sind. Dadurch sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen möglichst ausgeglichen werden, um Wettbewerbsnachteile für Kassen mit vielen kranken Versicherten zu vermeiden. Krankenkassen sind gezwungen, jeden Versicherten unabhängig von seinem Risiko aufzunehmen (Kontrahierungszwang).

Seit 2009 herrscht in Deutschland eine allgemeine Versicherungspflicht, d.h. jeder Bürger muss eine Krankenversicherung (und Pflegeversicherung) abschließen. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist hierbei eine Pflichtversicherung für alle Arbeitnehmer, die unterhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze verdienen (2018: 59.400 Euro/Jahr), für Bezieher von Arbeitslosengeld I und II, land- und forstwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, Menschen mit Behinderung, 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 (§ 6 SGB V). Dieser Personenkreis hat die Wahl, eine substitutive Private Krankenversicherung abzuschließen. Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen bzw. mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 Euro/Monat) sind in der GKV beitragsfrei mitversichert.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt im Umlageverfahren über lohn- bzw. rentenabhängige Beiträge. Seit 2009 herrscht mit der Einführung des sogenannten Gesundheitsfonds, an den alle Beiträge abgeführt werden müssen, ein einheitlicher Beitragssatz von 14,6 Prozent.⁴ Dieser Beitragssatz wird paritätisch und damit jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer abgeführt.⁵ Der Arbeitgeberanteil ist bisher gesetzlich bei 7,3 Prozent

3 Allerdings sind nicht alle Krankenkassen für alle Versicherte bundesweit geöffnet. Von den derzeit (2018) 110 Krankenkassen sind 37 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 (2018): https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?filter=0#krankenkassen, abgerufen am 12.06.2018.

4 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.

5 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.

festgeschrieben. Neben dem 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 wurden bisher allein von den Versicherten getragen. Ab 2019 sollen aber auch diese wieder paritätisch finanziert werden. Beiträge (inkl. Zusatzbeiträge) sind nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (2018: 53.100 Euro/Jahr) zu entrichten. Liegen die Einkünfte darüber, werden diese nicht mehr verbeitragt.

Anders als bei den pflichtversicherten Mitgliedern der GKV wird bei freiwillig in der GKV-Versicherten Selbständigen, Freiberuflern und anderen nicht sozialversicherungspflichtigen Personen die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bei der Beitragserhebung betrachtet (vgl. § 240 SGB V).⁶

Zusätzlich zu den Beitragseinnahmen wurden 2004 Bundeszuschüsse aus allgemeinen Steuermitteln eingeführt, die auch von privat Versicherten finanziert werden. Betragen die Bundeszuschüsse 2004 noch 1 Milliarde Euro sind es 2018 14,5 Milliarden Euro.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen umfassen 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus werden Leistungen erbracht, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit Erkrankungen stehen, wie etwa die Zahlung von Mutterschaftsgeld. Leistungen werden in der GKV im Sachleistungsprinzip erbracht, d.h. die Versicherten müssen für ambulante und stationäre Leistungen nicht in Vorleistung gehen.⁷

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen ist nicht explizit in einem Katalog spezifiziert, das Gesetz macht lediglich Rahmenvorgaben für die zu erbringenden Leistungen. Einschränkungen ergeben sich gegebenenfalls durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V), das besagt, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein sollen und „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen. Konkretisiert werden die Leistungen durch den sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dieses Gremium aus Vertretern der Kassen, der (Zahn-)Ärzte, der Krankenhäuser und der Patienten er-

6 Zudem werden die Einkünfte des Ehepartners mitberücksichtigt, sofern dieser privatversichert ist.

7 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.

arbeitet für die einzelnen Leistungsbereiche Richtlinien, die für alle Kassen und Leistungserbringer verbindlich sind.⁸

In der GKV gibt es einen sog. Erlaubnisvorbehalt für neue Leistungen im ambulanten Bereich (§ 135 Abs. 1 SGB V). Diese müssen erst vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) genehmigt werden, bevor sie in der Versorgung für gesetzlich Versicherte genutzt werden dürfen. Dieser Prozess kann mehrere Jahre in Anspruch nehmen.⁹ Im stationären Bereich gilt dagegen, dass innovative Leistungen prinzipiell erlaubt sind, solange noch kein explizites Verbot ausgesprochen worden ist (sog. Verbotsvorbehalt). Innovative Behandlungen dürfen also angewandt werden, sofern „sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist“ (§ 137c Abs. 3 SGB V).

2.2. Private Krankenversicherung (PKV)

In Deutschland wird die Private Krankenversicherung sowohl als substitutive Versicherung als Ersatz für die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen¹⁰ angeboten als auch als Zusatzversicherung, durch welche die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen lediglich ergänzt werden.

Die Finanzierung der Privaten Krankenversicherung unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt sowohl für die Voll- als auch für die Zusatzversicherung. Hier soll zunächst die Finanzierungsweise der Vollversicherung erläutert werden, um dann in Kapitel 4.2 auf mögliche Abweichungen in der Zusatzversicherung eingehen zu können.

Zum einen kalkuliert die PKV in der Vollversicherung grundsätzlich im Kapitaldeckungsverfahren: Das Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 146 VAG) legt fest, dass substitutive Krankenversicherungsverträge nur nach Art der Lebensversicherung kalkuliert werden dürfen. Dies bedeutet, dass die Prämien über den Lebenszyk-

8 Im Rahmen sogenannter Satzungsleistungen können Kassen ihren Versicherten Zusatzangebote machen, wie etwa die Behandlung durch Homöopathen oder Heilpraktiker. Mit Wahlтарifen können sie zudem bspw. Selbstbehaltтарifen oder Kostenerstattungтарifen auflegen. Mit Bonusprogrammen dürfen Kassen zudem gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten belohnen. Allerdings sind die Spielräume für Leistungsdifferenzierungen begrenzt, etwa 95 % – 98 % der Leistungen sind verpflichtend vorgeschrieben (vgl. Ulrich/Pfarr (2013), S. 5).

9 Vgl. Wasem (2016).

10 Siehe Kapitel 2.1.

lus der Versicherten real konstant gehalten werden, hierfür werden sogenannte Alterungsrückstellungen gebildet.¹¹ Die Prämien liegen in jüngeren Jahren über den erwarteten Leistungsausgaben. Die Versicherungen legen diese Prämienüberschüsse an, um die im Alter entstehenden Prämiendefizite zu decken. Der Versicherer hat kein ordentliches Kündigungsrecht, so dass der Versicherte eine lebenslange Leistungszusage erhält.

Zum anderen sind die zu entrichtenden Beiträge in der PKV nicht lohnabhängig, sondern werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet, die in einer Kalkulationsverordnung festgelegt sind. Die Prämienberechnung folgt dem Äquivalenzprinzip, so dass die kalkulierten Prämien über den Lebenszyklus dem Erwartungswert der Schäden entsprechen müssen. Je nach Gesundheitszustand des Versicherten können Zu- und Abschläge erhoben sowie Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Des Weiteren bestimmen das Eintrittsalter und der gewählte Tarif die Höhe der erforderlichen Prämie (§ 10 der Kalkulationsverordnung (KalV)).¹² Zudem haben Selbstbehalte einen Einfluss auf die Prämienhöhe.

Prämienanpassungen dürfen laut den gesetzlichen Vorschriften in der PKV nur erfolgen, wenn einer von zwei sogenannten „auslösenden Faktoren“ anspricht: Veränderungen in der Leistungsanspruchnahme oder in der Sterblichkeit. Ergibt sich im Vergleich zur ursprünglichen Kalkulation eine Abweichung von 5 bzw. 10 Prozent, dürfen bzw. müssen die Prämien angepasst werden. Im Zuge dieser Prämienanpassungen müssen alle Rechnungsgrundlagen, u.a. auch der zugrunde gelegte Rechnungszins, überprüft und entsprechend angepasst werden. Kann der aktuelle Rechnungszins von einzelnen Unternehmen nicht erwirtschaftet werden, müssen die betroffenen Unternehmen über das Verfahren „aktuarieller Unternehmenszins“ (AUZ-Verfahren) einen neuen, niedrigeren Kalkulationszins anwenden, und zwar sowohl im Neugeschäft als auch für bestehende Verträge.¹³ Die Prämienanpassungen fallen bei einem niedrigeren Kalkulationszins entsprechend höher aus als bei alleiniger Veränderung der auslösenden Faktoren. Alle Prämienanpassungen bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (§ 15 KalV). Die Prämienanpassungen erfolgen aber für alle Mitglieder eines Tarifs und nicht auf individueller Versichertenebene: Prämienanpassungen aufgrund von ver-

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

12 Unterschiedliche Prämien nach Geschlecht dürfen seit der verpflichtenden Einführung von Unisexstarifen nicht mehr erhoben werden.

13 Vgl. ohne Verfasser (2011).

ändertem individuellem Gesundheitszustand sind nach Abschluss des Vertrages nicht zulässig.¹⁴

Versicherte können frei wählen, bei welchem Versicherer sie einen Vertrag abschließen. Der Versicherer ist aber in den Normaltarifen nicht verpflichtet, alle Versicherten aufzunehmen (kein Kontrahierungszwang).¹⁵

In den Normaltarifen sind die privaten Versicherer in ihrer Leistungsgestaltung weitgehend frei, eine Orientierung an den in der GKV erstatteten Leistungen ist nicht zwingend.¹⁶ In der Regel sind die in der PKV erbrachten Leistungen höher als in der GKV, insbesondere besteht ein besserer Zugang zu Innovationen.¹⁷ Diese können in der PKV sofort erstattet werden, wenn sie zugelassen, schulmedizinisch überwiegend anerkannt und medizinisch notwendig sind. Ebenso werden Leistungen erstattet, die sich in der Praxis erfolgversprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.¹⁸ Die Leistungen werden in der Regel nach dem Prinzip der Kostenerstattung mit dem Versicherungsunternehmen abgerechnet. Der Versicherte erhält vom jeweiligen Leistungserbringer eine Rechnung, die er dann zur Erstattung bei seinem Versicherer einreichen kann.

14 Abweichend zu den obigen Ausführungen gestaltet sich die Prämienberechnung für den sogenannten Basistarif. Dieser wurde im Zuge der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Jahr 2009 gesetzlich vorgeschrieben. Im Basistarif herrscht für die Unternehmen Kontrahierungszwang und die Prämien dürfen lediglich mit dem Alter differieren. Zudem ist die Prämienhöhe auf den Höchstbeitrag in der GKV (2018: 646 Euro) begrenzt. Im Bereich des Basistarifs sind die Unternehmen verpflichtet, einen vergleichbaren Leistungskatalog wie in der GKV anzubieten (§ 152 VAG).

15 Versicherungswechsel sind prinzipiell möglich, lohnen sich jedoch häufig schon nach vergleichsweise kurzer Vertragsdauer nicht. Bei einem solchen 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 anteilsweise übertragen. Dadurch lohnt sich ein Versicherungswechsel kaum, weil die fehlenden Alterungsrückstellungen beim neuen Versicherer durch höhere Prämien nachzufinanzieren wären. Zudem erfolgt eine neue Risikoprüfung. Die Versicherten haben jedoch ein Wechselrecht innerhalb ihres Versicherungsunternehmens, bei dem die gesamten durchschnittlichen Alterungsrückstellungen übertragen werden.

16 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.

17 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 Unisextarife jedoch von den meisten Unternehmen geschlossen (vgl. ohne Verfasser (2013)).

18 Vgl. PKV-Verband (2013) § 4 Abs. 6.

3. Die stationäre Versorgung in Deutschland¹⁹

Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung liegt in Deutschland im Kompetenzbereich der einzelnen Bundesländer. Sie sind somit dafür verantwortlich, dass für die jeweilige Bevölkerung ausreichend Krankenhäuser in erreichbarer Entfernung für die Versorgung zur Verfügung stehen. Die Bundesländer sind nicht verpflichtet, diese Krankenhäuser selbst zu betreiben, sondern können ihren Sicherstellungsauftrag auch dadurch erfüllen, dass sie freigemeinnützigen oder privaten Trägern einen Krankenhausbetrieb ermöglichen. Die Bundesländer erstellen zur Wahrung ihres Sicherstellungsauftrages sogenannte Krankenhauspläne, indem der Bedarf an Krankenhäusern und Krankenhausleistungen in unterschiedlichen Versorgungsstufen festgelegt wird. Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für den Erhalt von staatlichen Fördermitteln für Investitionen. Krankenhäuser werden in Deutschland in einem dualen System finanziert. Die Investitionen sollen durch Steuermittel, die laufenden Betriebskosten durch die Entgelte der Nutzer finanziert werden, mithin durch die Beiträge der Versicherten. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt automatisch ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen, d.h. jedes der Plankrankenhäuser ist dazu berechtigt, GKV-Versicherte zu behandeln und dafür eine entsprechende Vergütung durch die Krankenkassen zu erhalten. Diese müssen mit allen Plankrankenhäusern kontrahieren. Ein weiterer automatischer Versorgungsvertrag ist die Aufnahme in das Hochschulverzeichnis bei Universitätskliniken. Häuser, die nicht im Hochschulverzeichnis und nicht im Krankenhausplan aufgenommen sind, müssen gesonderte Versorgungsverträge mit den Krankenkassen schließen, um gesetzlich Versicherte behandeln zu dürfen. Wird kein Versorgungsvertrag abgeschlossen, dürfen Krankenhäuser nur privat Versicherte behandeln.

Von den 1.951 Krankenhäusern, die 2016 in Deutschland Versorgung anboten, handelte es sich zum einen um „Allgemeine Krankenhäuser“ (1.607 Krankenhäuser) und zum anderen um „sonstige Krankenhäuser“ (344 Krankenhäuser). Letztere Krankenhäuser bieten ausschließlich psychiatrische, psychotherapeutische, neurologische oder geriatrische Versorgung an oder es handelt sich um reine Tages- oder Nachtkliniken. Im Folgenden werden nur die Allgemeinen Krankenhäuser betrachtet, die den Großteil der Versorgung erbringen. Von diesen waren 1.343 Plankrankenhäuser, 35 Universitätskliniken, 61 Vertragskrankenhäuser und

¹⁹ Dieser Abschnitt folgt Simon (2017), S. 220ff.

168 sog. sonstige Krankenhäuser, die keinen Versorgungsvertrag mit der GKV hatten und damit nur zur Liquidation mit Privatversicherten zugelassen waren (vgl. Abbildung 1).

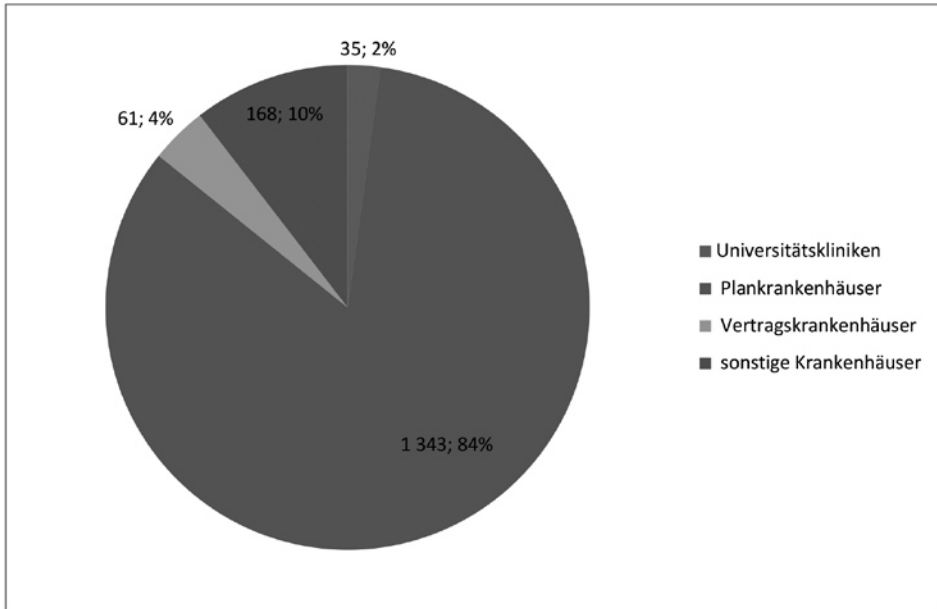


Abbildung 1: Anzahl Krankenhäuser nach der Zulassung

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

Die Bedeutung der staatlich regulierten Krankenhausplanung erschließt sich aber erst bei der Berücksichtigung der Bettenzahl der einzelnen Häuser. So wurden 97 Prozent aller Betten von Plankrankenhäusern bzw. Universitätskliniken gestellt. Lediglich 1 Prozent waren in Vertragskrankenhäusern zu finden und nur 2 Prozent der Krankenhausbetten wurden von Krankenhäusern gestellt, die keinen Versorgungsvertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung haben (vgl. Abbildung 2).

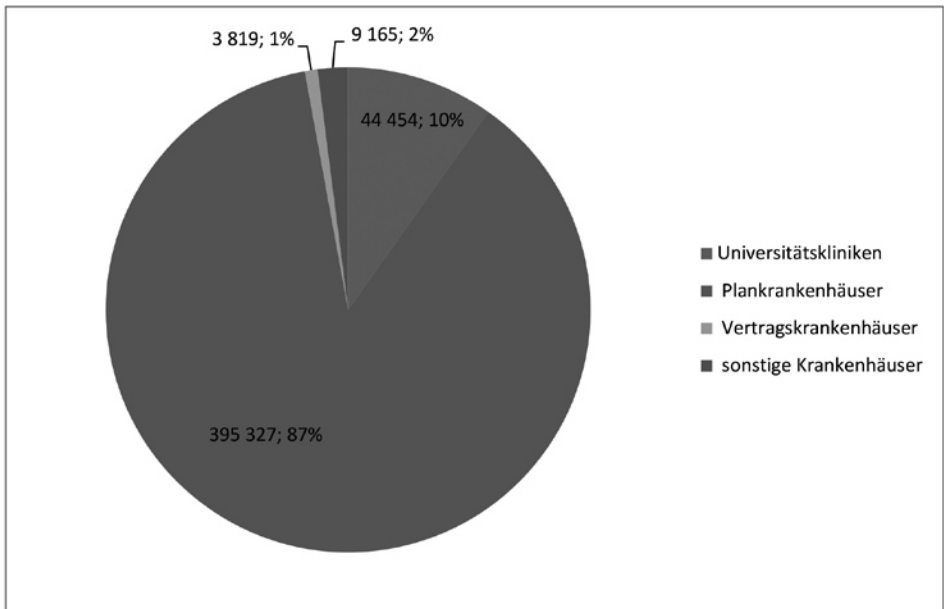


Abbildung 2: Bettenanzahl nach Vertragstyp

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

Die Krankenhäuser unterscheiden sich u.a. nach ihrer Trägerschaft, also danach, ob es sich um öffentliche, freigemeinnützige oder private Häuser handelt.²⁰ Von den insgesamt 1.607 Allgemeinen Krankenhäusern befinden sich 478 Häuser bzw. 30 Prozent in öffentlicher Trägerschaft, 554 bzw. 34 Prozent in freigemeinnütziger und 575 bzw. 36 Prozent in privater Trägerschaft. Private Trägerschaft ist hier nicht mit einem reinen Privatkrankenhaus nur für Privatpatienten gleichzusetzen. Auch Krankenhäuser in privater Trägerschaft behandeln GKV-Versicherte, sofern sie entweder in den Krankenhausplan aufgenommen wurden oder einen Vertrag mit der GKV abgeschlossen haben. Auch Universitätskliniken können pri-

20 Bei den öffentlichen Krankenhäusern wird ebenfalls nochmals unterschieden, ob sie in öffentlicher oder privatrechtlicher Form betrieben werden: „Die in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen Krankenhäuser sind entweder rechtlich selbstständig (z. B. Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder rechtlich unselbstständig (z. B. Regie- oder Eigenbetrieb). In privatrechtlicher Form (z. B. als GmbH) betriebene Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z. B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z. B. Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 v. H. des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.“ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Erläuterungen zu den Grunddaten der Krankenhäuser 2016, S. 1.

vate Träger haben. So ist das Universitätsklinikum Gießen-Marburg nahezu vollständig in privater Trägerschaft.²¹

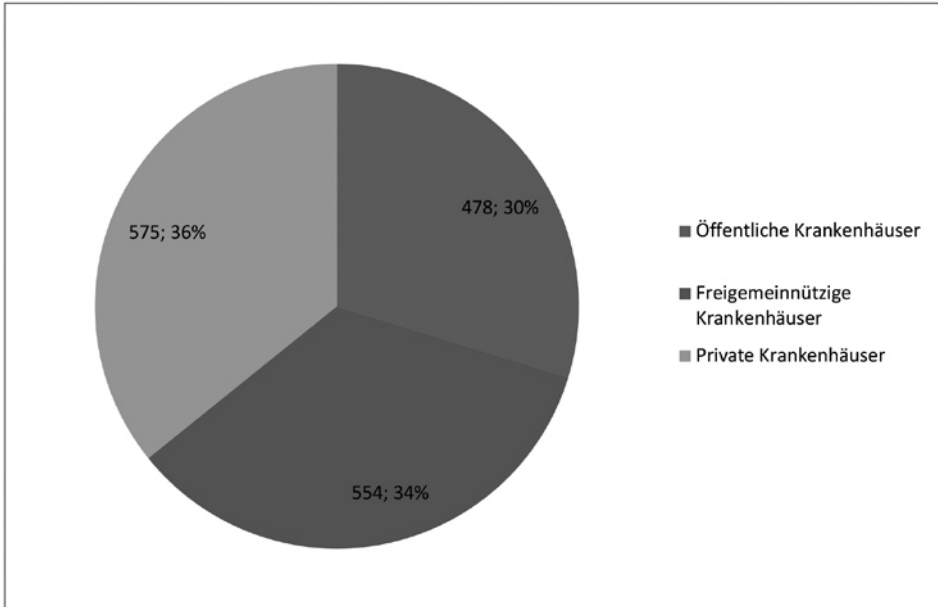


Abbildung 3: Krankenhäuser nach Trägerschaft

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

3.1. Allgemeine Krankenhausvergütung in Deutschland²²

Für die allgemeinen Krankenhausleistungen gilt sowohl für die GKV als auch für die PKV dasselbe Vergütungssystem.²³ Dieses Entgeltsystem beruht seit 2004 auf diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG). Diese haben (mit einer Übergangsfrist bis Ende 2009) die davor übliche Vergütung nach Belegungstag abgelöst. Allerdings finden sich in den DRGs auch weiterhin tagesbezogene Entgeltbestandteile.

21 Vgl. https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/194.html, zuletzt abgerufen am 6.6.2018.

22 Dieser Abschnitt folgt Simon (2017), S. 242 ff.

23 Im ambulanten Bereich dagegen unterscheiden sich die Vergütungssystematiken stark. Während für die PKV die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (vgl. Abschnitt 3.2) gilt, erfolgt in der GKV eine budgetierte Vergütung der Ärzte auf Basis des sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Für eine detaillierte Darstellung dieser Vergütung siehe Simon (2017), S. 175ff.

Die DRGs decken die allgemeinen Krankenhausleistungen, die für den jeweilig definierten Behandlungsfall anfallen. Es handelt sich hier um durchschnittliche, nicht um die tatsächlichen Kosten für einen Krankheitsfall. Die Fallpauschalen werden für alle Patienten gleich berechnet, unabhängig davon, ob sie Kassen- oder Privatpatient sind. Die Fälle, für die DRGs zur Anwendung kommen, werden jährlich aktualisiert und die Liste ist auf der Seite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus InEK abrufbar. Für jeden Fall gibt es eine obere Grenze für die Verweildauer des Patienten. Wird diese überschritten, kann das Krankenhaus eine tagesbezogene Zusatzvergütung nach vorgegebenen Regeln berechnen. Erfolgt eine Unterschreitung der Verweildauer, werden Abzüge von der Fallpauschale geltend gemacht. Neben den DRGs können Krankenhäuser Zusatzentgelte erheben für die Fälle, die nicht sachgerecht über DRGs abgegolten werden können. Auch diese Leistungen werden festgelegt und in einem Zusatzentgelte-Katalog festgehalten. Zudem gibt es die Kategorie „sonstige Entgelte“, die für alle Leistungen gedacht sind, die weder unter DRGs noch unter Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können. Auch hierfür existiert ein Katalog. Krankenhäuser oder bestimmte Teile von Krankenhäusern können als „besondere Einrichtungen“ auch ganz aus der DRG-Systematik ausgenommen werden. Was als besondere Einrichtung gilt (als Bsp. seien hier Isolierstationen angebracht) ist ebenfalls in einer Vereinbarung festgelegt. Daneben können die Krankenhäuser noch Entgelte für teilstationäre und nachstationäre Behandlungen sowie Sicherstellungszuschläge erhalten. Letztere sollen zur Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung in dünnbesiedelten Räumen dienen.

Werden jedoch Leistungen erbracht, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, die sog. Wahlleistungen, können diese über sog. „Wahlleistungsentgelte“ abgerechnet werden (§ 17 KHEnTG).

3.2. Vergütung privatärztlicher Leistungen im Krankenhaus

Leistungen für Privatversicherte und Selbstzahler werden nach der sogenannten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, bzw. GOZ für Zahnärzte) abgerechnet. Bei der GOÄ/GOZ handelt es sich um Rechtsverordnungen der Bundesregierung, die verpflichtend von allen Ärzten (und Zahnärzten) angewendet werden müssen. In der GOÄ sind alle abrechnungsfähigen Leistungen zusammengestellt. Diese gliedern sich in Grundleistungen (bspw. Beratung durch den Arzt) und gebietsbezogene bzw. nicht gebietsbezogene Sonderleistungen. Zu den gebietsbezogenen Sonder-

leistungen zählen etwa Leistungen der Laboratoriumsmedizin, während Blutabnahmen beispielhaft für nicht gebietsbezogene Leistungen stehen.

Für die einzelnen Leistungen enthält die GOÄ bestimmte Punktzahlen, die dann mit einem einheitlichen Punktwert (5,82873 Cent) multipliziert werden, um den sogenannten Gebührensatz zu ermitteln. Diesen Gebührensatz kann der Arzt je nach Schweregrad der Behandlung mit unterschiedlichen Steigerungssätzen multiplizieren. Diese betragen für ärztliche Leistungen in der Regel zwischen dem einfachen und 2,3-fachen Satz, mit medizinischer Begründung auch bis zum 3,5-fachen Satz. Im Krankenhaus können die Sätze auch noch darüber liegen. Für medizinisch-technische Leistungen kann bis zum 1,8-fachen und für Laboratoriumsleistungen bis zum 1,15-fachen Satz abgerechnet werden. Die Multiplikation des Gebührensatzes mit den jeweiligen Steigerungssätzen ergibt dann das Gesamthonorar des Arztes.²⁴

Neue Leistungen, die noch nicht Eingang in die GOÄ gefunden haben, rechnen Ärzte über sogenannte Analog-Ziffern ab, indem sie Ziffern von Leistungen zugrunde legen, die den neuen Leistungen ungefähr entsprechen. Grundsätzlich gibt es für die Behandlung von Privatversicherten keine Mengenbeschränkungen.

Der Arzt stellt dem Patienten eine Rechnung aus, die dieser dann bei seiner Krankenversicherung einreichen kann. Die GOÄ ist auch die Grundlage der Erstattung durch die Krankenversicherungen, die allerdings nicht verpflichtet sind, jeden vom Arzt angesetzten Steigerungssatz zu erstatten. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach den jeweiligen Bestimmungen der Krankenversicherungsverträge. Übernimmt die Versicherung nicht den höheren Satz, muss der Versicherte die Differenz tragen.

Derzeit verhandelt der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Bundesärztekammer eine Novellierung der GOÄ. Diese Novellierung ist notwendig geworden, weil die aktuelle GOÄ noch von 1996 stammt und damit viele neue Leistungen nicht mehr enthält. Zudem soll in Zukunft die GOÄ laufend angepasst werden.²⁵ Die privaten Krankenversicherer müssen mit allen Leistungserbringern kontrahieren, d.h. sie haben keine Möglichkeit, Selektivverträge mit eigenen Vergütungssystemen abzuschließen, die von der GOÄ abweichen.

²⁴ Vgl. GOÄ § 5.

²⁵ Vgl. Rahmenvereinbarung zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer http://www.pkv.de/w/files/verband/pressstatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae_11-11-2013-3-.pdf, zuletzt abgerufen am 24.11.2016.

4. Der private Zusatzversicherungsmarkt in Deutschland

4.1. Verbreitung in der Bevölkerung

Der Bereich der privaten Zusatzversicherungen ist in Deutschland ein seit Jahren wachsender Markt. In 2016 bestanden insgesamt 25,1 Millionen private Zusatzversicherungsverträge (vgl. Abbildung 4).²⁶ Innerhalb von 10 Jahren hat die Zahl der Zusatzversicherungen um knapp 7 Millionen zugenommen (von 18,4 Mio. in 2006 auf 25,1 Mio. in 2016).²⁷ Der Zuwachs ist zum einen dadurch zu erklären, dass Versicherte die Leistungskürzungen in der GKV durch Zusatzversicherungen ausgleichen wollen, was sich insbesondere im zahnmedizinischen Bereich widerspiegelt. Zum anderen sind seit 2003 Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen im Bereich der Zusatzversicherungen möglich, die einen Abschluss dieser Zusatzversicherungen ohne Risikoprüfung ermöglichen und damit mehr Versicherte ansprechen können.²⁸

26 Vgl. PKV Verband (2017), S. 16.

27 Vgl. PKV Zahlenberichte 2000/2001 bis 2015. Eine Person kann mehrere Versicherungsverträge abgeschlossen haben und ein Vertrag kann mehrere Versicherte umfassen.

28 Grabka (2014), S. 304.

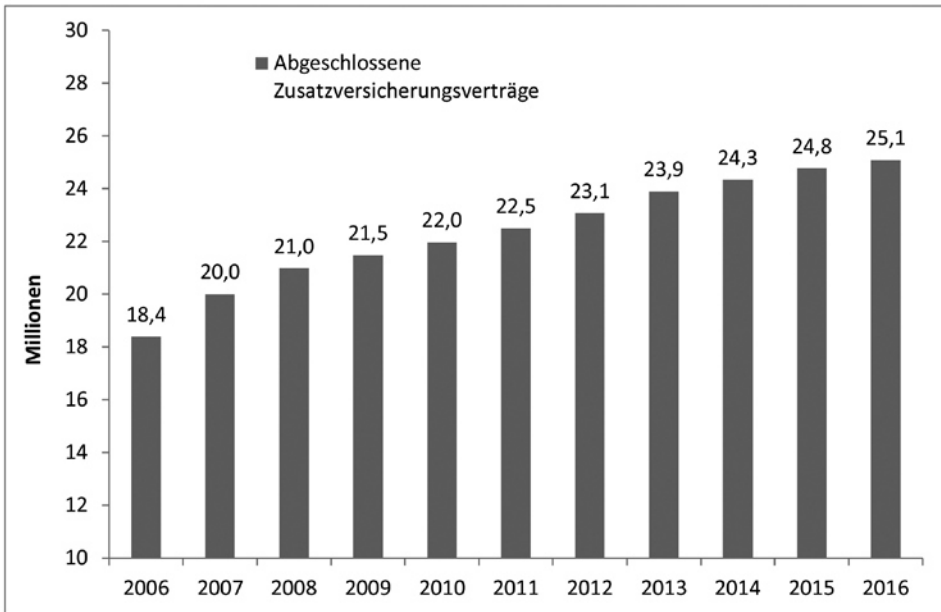


Abbildung 4: Anzahl abgeschlossener Zusatzversicherungen in Mio. (2006–2016)

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

Private Zusatzversicherungen können in Deutschland von allen Bürgern abgeschlossen werden. Mehr als 20 Prozent der gesetzlich Versicherten verfügen über eine private Zusatzversicherung.²⁹ Für diese Versicherten sind insbesondere Tarife interessant, die den gesetzlichen Schutz ergänzen. Dieser ist in der Vergangenheit besonders stark im Bereich der Zahnmedizin eingeschränkt worden. Die meisten Verträge wurden folglich im Bereich der Zahnzusatzversicherungen (15,4 Mio. in 2016) abgeschlossen, gefolgt von 7,9 Mio. (2016) ambulanten Zusatztarifen³⁰ (vgl. Abbildung 5) und Wahlleistungen im Krankenhaus (6 Mio. in 2016).

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

30 Mit den Zusatztarifen für den ambulanten Bereich besteht die Möglichkeit, Leistungen von Heilpraktikern und Homöopathen in Anspruch zu nehmen, die ggf. nicht von den gesetzlichen Kassen übernommen werden, und Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen oder Hörgeräten zu erhalten (Heil- und Hilfsmittel). Zudem bieten bestimmte ambulante Zusatztarife die Möglichkeit, sich wie ein Privatversicherter beim Arzt behandeln zu lassen. Voraussetzung ist hierfür, in der GKV einen Kostenerstattungstarif abzuschließen. Die Vergütung der Ärzte erfolgt dann wie bei Privatversichererten.

Ambulante Tarife	2016
Frauen	3.704.300
Männer	2.884.500
Kinder	1.331.000
Gesamt	7.919.800
Tarife für Wahlleistungen	
Krankenhaus	
Frauen	2.711.700
Männer	1.926.900
Kinder	1.420.000
Gesamt	6.058.600
Zahntarife	
Frauen	7.780.000
Männer	5.914.600
Kinder	1.677.300
Insgesamt	15.371.900
Insgesamt¹	
Frauen	9.503.900
Männer	7.208.700
Kinder	2.423.200
Insgesamt	19.135.800
¹ „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 2017 S. 33).	
Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus PKV (2017), S. 33	

Abbildung 5: Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz

Der Anteil der Bevölkerung mit einer Zusatzversicherung für das Krankenhaus hat in den letzten 10 Jahren ebenfalls zugenommen, von 6,2 Prozent auf 7,3 Prozent in 2016.

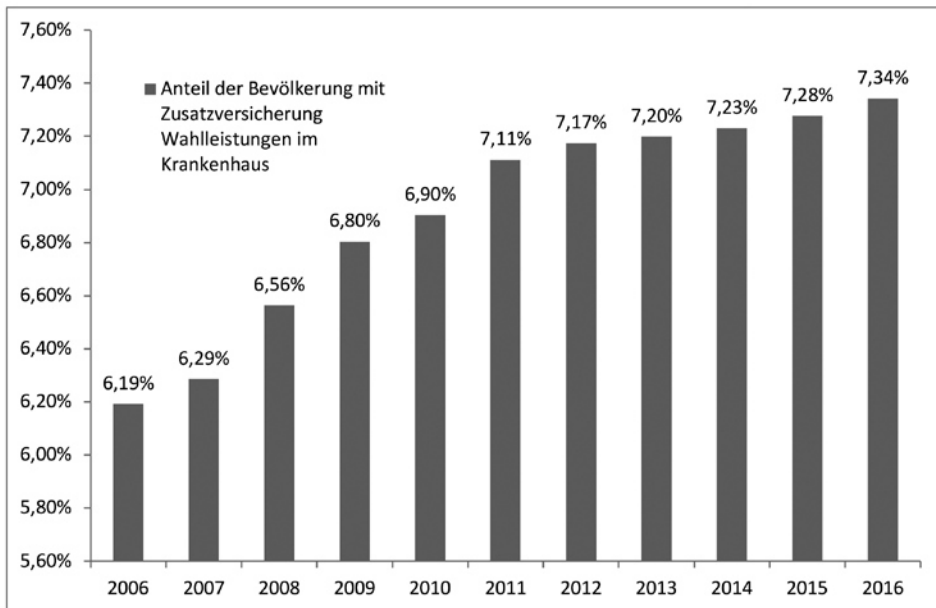


Abbildung 6: Anteil der Bevölkerung mit einer Zusatzversicherung „Wahlleistungen im Krankenhaus“

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Zahlenberichte des PKV-Verbandes und des Bevölkerungsstands laut Statistischem Bundesamt (Vgl. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/_/rbevo03.html, abgerufen am 21.06.2018).

4.2. Finanzierung der Zusatzversicherung

Wie im Bereich der substitutiven privaten Krankenversicherung sind die Unternehmen frei in ihrer Vertragsgestaltung und an keine Leistungsvorgaben durch den Gesetzgeber gebunden.

Im Bereich der privaten Zusatzversicherung können die Versicherungsunternehmen wählen, ob sie diese nach Art der Lebensversicherung oder nach Art der Schadensversicherung anbieten. Bieten sie die Zusatzversicherung nach Art der Lebensversicherung an, gelten für die Kalkulation überwiegend die Vorschriften analog zur privaten substitutiven Versicherung (§ 147 VAG).³¹ In der Zusatzversicherung werden im Gegensatz zur Vollversicherung bspw. keine Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers übertragen.

³¹ Im Gegensatz zur substitutiven Krankenversicherung werden in der Zusatzversicherung bspw. keine Alterungsrückstellungen übertragen (vgl. § 147 VAG in Verbindung mit § 146 VAG).

Wird die Zusatzversicherung nach Art der Schadensversicherung betrieben, finden diese Vorschriften nicht zwingend Anwendung. Die Krankenversicherungsunternehmen sind hier frei in der Wahl der Vertragsdauer und -laufzeit und können entscheiden, ob sie die Verträge mit oder ohne Kündigungsrecht seitens des Versicherungsunternehmens anbieten.³² Die Prämien orientieren sich am Risiko des Antragsstellers (auch Leistungsausschlüsse sind möglich) und sind gewöhnlich so kalkuliert, dass sie die erwarteten Schäden eines Jahres abdecken. Die Prämien können somit altersabhängig über den Lebenszyklus steigen, auch erneute Risikoprüfungen nach Abschluss des Versicherungsvertrages sind zulässig, sofern der Vertrag mit zeitlicher Befristung angeboten wird (§ 195 VVG). Wenn ein Versicherungsvertrag ohne ordentliches Kündigungsrecht seitens der Versicherung abgeschlossen wurde, kommen die Vorschriften zu Prämienanpassungen wie bei der substitutiven Krankenversicherung zur Geltung.³³ Ansonsten gibt es keine speziellen Vorschriften zur Prämienkalkulation.

Die unterschiedliche Kalkulationsweise spiegelt sich dann auch in den Prämien wider. Tarife ohne Alterungsrückstellungen sind anfangs deutlich günstiger. Da hier die Prämien allerdings mit dem Alter steigen, geht man das Risiko ein, dass die Prämien gerade in dem Alter, in dem das Risiko der Inanspruchnahme steigt, nicht mehr so einfach tragbar sind. Tarife mit Alterungsrückstellungen sind anfangs höher, bleiben aber mit zunehmendem Alter stabil.

In Deutschland bewegen sich die Prämien für einen Zusatzversicherungsvertrag für stationäre Aufenthalte für einen 25-Jährigen bspw. zwischen 26 Euro und 48 Euro in Tarifen mit Alterungsrückstellungen und unterschiedlich hohen Leistungen. Ohne Alterungsrückstellungen wären in diesem Alter Tarife schon ab 15 Euro verfügbar. Ein 55-Jähriger zahlt zwischen 54 Euro und 100 Euro für Tarife mit Alterungsrückstellungen und ab 24 Euro ohne Alterungsrückstellungen.³⁴

Die Prämien für die stationäre Zusatzversicherung in Deutschland sind im Vergleich mit der österreichischen Sonderklasse damit relativ günstig. Als Beispiel seien die Prämien beim MUKI Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit herangezogen. Hier kostet der Tarif mit regional unterschiedlichem Selbstbehalt in einem Zwei-Bett-Zimmer für einen 25-Jährigen 76,55 Euro und für einen 55-Jährigen 228,55 Euro im Monat. Ohne Selbstbehalt bewegen sich die Prämien zwischen 89,17 und

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

33 So ist zumindest die juristische Interpretation des § 203 VVG, vgl. Deutsche Aktuarvereinigung (2016), S. 13.

34 Eigene Abfrage mit Beispielkunden geboren am 1. Januar 1993 bzw. 1963 bei <https://zusatz.check24.de/krankenhaus/benutzereingaben/>. Stand: 18.6.2018.

114,46 Euro für einen 25-Jährigen und zwischen 221,55 Euro und 294,03 Euro für einen 55-Jährigen.³⁵ Eine Regionalisierung der Prämien und Selbstbehalte wie in Österreich sind in der deutschen Zusatzversicherung nicht üblich.

4.3. Versorgung von Privatpatienten im Krankenhaus³⁶

Privat(zusatz)versicherte haben prinzipiell die freie Wahl des Krankenhauses, d.h. sie sind nicht darauf angewiesen, in die vom behandelnden Arzt empfohlene und auf dem Überweisungsschein vermerkte Klinik zu gehen.

Zusatzversicherte haben jedoch in der Regel keinen Anspruch auf eine Behandlung in einer reinen Privatklinik. Auch bei privater Vollversicherung hängt es vom jeweiligen Vertrag des Versicherten ab, ob er eine Privatklinik aufsuchen darf. Reine Privatkliniken zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht im Krankenhausplan und nicht mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Sie fallen damit nicht unter das Krankenhausentgeltgesetz und können daher die Preise auch für die allgemeinen Krankenhausleistungen selbst bestimmen. Krankenhäuser waren in der Folge dazu übergegangen, Privatstationen auszugründen, damit sie höhere Preise vereinbaren können. Dieses Geschäftsmodell wurde durch eine Regelung unterbunden, die besagt, dass Privatkliniken, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus und organisatorisch mit diesem verbunden sind, keine höheren Preise für allgemeine Krankenhausleistungen erbringen dürfen (§ 17 Abs. 1 KHG).

Privatpatienten werden in Krankenhäusern, die auch mit der GKV abrechnen dürfen, entweder auf gesonderten Privatstationen oder in Ein- bis Zwei-Bett-Zimmern auf normalen Stationen behandelt. Für die allgemeinen Krankenhausleistungen gelten dieselben Preise wie für GKV-Versicherte (DRG-Fallpauschalen). Dem Kostenerstattungsprinzip der privaten Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung folgend, geht grundsätzlich auch hier der Versicherte in Vorleistung. Da im Falle von Krankenhausleistungen jedoch sehr hohe Behandlungsbeträge entstehen können, gibt es bei einigen Versicherern die Möglichkeit der Direktabrechnung mit den Krankenhäusern, d.h. die Rechnung wird direkt vom Versicherer bezahlt.

35 Vgl. https://www.muki.com/assets/muki/pdf/Personen/Gesundheitsvorsorge/Sonderklasse-Exklusiv/Folder-SOE1_03-2018.pdf, zuletzt abgerufen am 18.6.2018.

36 Dieser Abschnitt folgt in weiten Teilen Simon (2017), S. 255–257.

Bei den Wahlleistungen werden zwei unterschiedliche Leistungen unterschieden: Die Wahlleistung „Unterkunft“ und die Leistung „ärztliche Leistungen“. Bei den Unterkunfts-Wahlleistungen handelt es sich in der Regel um die Unterbringung in einem Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und sogenannte Komfortleistungen für Unterkunft und Verpflegung. Diese umfassen bestimmte Ausstattungsmerkmale des Zimmers (etwa Komfortbetten, eigene Dusche und WC, Schreibtisch, zusätzliche Schränke u.Ä.) und/oder gehobene Krankenhauskost. Für die Unterkunftsleistungen haben sich die Krankengesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherungen auf eine gemeinsame Empfehlung geeinigt, was die Entgelte anbetrifft. Diese dient der Orientierung für die Bepreisung dieser Wahlleistungen und soll die Angemessenheit der Preise sowie bestimmte Standards sicherstellen.³⁷

Die Wahlleistung „Ärztliche Leistungen“ umfasst die Behandlung durch die Chef- bzw. Oberärzte, die dazu berechtigt sind, privat Leistungen in Rechnung zu stellen. Wird diese Leistung in Anspruch genommen, kann sie aber nicht auf bestimmte Ärzte beschränkt werden. Der Patient erhält also nicht nur vom behandelnden Oberarzt der betreffenden Abteilung, sondern ggf. auch von Labor-Chefärzten oder zur Beratung hinzugezogenen Chefärzten anderer Abteilungen eine eigene Rechnung. Grundlage für die Abrechnung dieser Leistungen ist die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ). Wahlleistungen werden entweder vom Chefarzt/Oberarzt selbst abgerechnet (in den sog. Altverträgen) oder vom Krankenhaus (in den sog. Neuverträgen). Bei Altverträgen müssen die Ärzte dem Krankenhaus ein Nutzungsentgelt und einen Vorteilsausgleich zahlen. Bei Neuverträgen rechnet das Krankenhaus die wahlärztlichen Leistungen ab und gewährt den Ärzten eine Beteiligung an diesen Einnahmen.

Versicherte mit Zusatzversicherungen haben auch die Möglichkeit, auf Wahlleistungen im Krankenhaus zu verzichten. Dann erstattet ihnen die Versicherung ein sog. Krankentagegeld als Ausgleich.

Die Private Krankenversicherung kooperiert seit 2012 mit ausgewählten Partnerkliniken im Hinblick auf Qualität und Service. Der Verband vergibt Qualitätssiegel, das jeweils für ein Jahr gilt, wenn Krankenhäuser folgende Kriterien erfüllen: Das Krankenhaus muss eine überdurchschnittliche medizinische Qualität in wesentlichen Leistungsbereichen erbringen. Dies wird durch Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung nachgewiesen. Gibt es weitere Indikatoren zur Behandlungsqualität, werden auch diese in die Beurteilung einbezogen. Ferner muss das Krankenhaus im Bereich Wahlleistung Unterkunft hervorragende Leistungen bieten, die mit dem PKV-Verband im Rahmen der „Gemeinsamen Empfehlung für die

37 Vgl. <https://www.derprivatpatient.de/sites/default/files/Ge.pdf>, zuletzt abgerufen am 6.6.2018.

Wahlleistung Unterkunft“ abgestimmt sind. Zudem muss der PKV-Verband die Klinik in ihrem gesamten Leistungsspektrum als leistungsrechtlich unbedenklich erachten, damit diese als Qualitätspartner anerkannt wird. Eine weitere Voraussetzung ist die Teilnahme des Krankenhauses am Verfahren zur elektronischen Datenübermittlung (§ 301 SGB V).³⁸ Die Qualitätssiegel sollen den Versicherten Orientierung bei der Krankenhauswahl bieten.

5. Zusammenfassung

Die Zusatzversicherung in Deutschland für den stationären Bereich ist ein seit Jahren wachsender Markt, der den Krankenhäusern zusätzliche Einnahmen generiert, die in die allgemeine Versorgung fließen können. Die Versicherten profitieren von hochwertiger Unterbringung in Ein- bis Zwei-Bettzimmern und von der freien Arztwahl, die auch den Zugang zu Spezialisten beinhaltet. Die Prämien für diese Versorgung hängen vom gewählten Leistungsumfang und dem Einstiegsalter ab, sind aber in Deutschland vergleichsweise günstig, so dass sie für breite Bevölkerungsschichten finanzierbar sind.

38 Vgl. <https://www.derprivatpatient.de/krankenhaus/qualitaetspartner>, zuletzt abgerufen am 14.6.2018.

Literaturverzeichnis

- Deutsche Aktuarvereinigung (2016): Kalkulation von Krankenversicherungstarifen nach Art der Schadenversicherung, URL: https://aktuar.de/unsere-themen/fachgrundsuetze-oeffentlich/2016-01-19_Hinweis_KV_nach_Art_SV.pdf, Stand: 11.6.2018.
- GKV-Spitzenverband (2013): Faktenblatt Ausgaben versicherungsfremde Leistungen. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen__2013-03-04.pdf, Stand: 15.6.2018.
- Grabka, Markus (2014): Zahl privater Zusatzkrankenversicherungen hat sich verdoppelt, in: DIW Wochenbericht, Nr. 14.
- OECD (2017): Health Statistics. URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, zuletzt abgerufen am 30.05.2018.
- 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 (2013): Musterbedingungen für die Krankheitskostenversicherung, URL: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-kk-2009.pdb.pdf>, Stand: 15.06.2018.
- PKV-Verband (2017): Zahlenbericht 2016. Köln
- PKV Verband (mehrere Jahrgänge). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung. URL: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>, Stand: 11.6.2018.
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., s.l.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile, Stand: 30.5.2018.
- Ulrich, Volker/Pfarr, Christian (2013): Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV, URL: http://www.pkv.de/w/files/politik/studien/gutachten-pkv_endfassung.pdf, Stand: 15.06.2018.
- Wasem, Jürgen (2016): Innovationen im GKV-/PKV-System, URL: 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.