
Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013

Dr. Frank Niehaus



Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln
Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653
E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | Einleitung..... | 5 |
| 2. | Methodik..... | 6 |
| 2.1 | Zwei Wege zur Berechnung des Mehrumsatzes..... | 7 |
| 2.1.1 | Direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten..... | 7 |
| 2.1.2 | Zuordnung der Kopfschadenprofile über die Ausgaben in der GKV-Statistik..... | 8 |
| 2.2 | Datenlimitationen | 8 |
| 3. | Berechnung des Mehrumsatzes | 10 |
| 3.1 | Ambulante Arzthonorare | 10 |
| 3.2 | Arzneien- und Verbandmittel | 11 |
| 3.3 | Heilmittel | 13 |
| 3.4 | Hilfsmittel | 14 |
| 3.5 | Stationärer Bereich | 15 |
| 3.6 | Zahnmedizinischer Bereich | 17 |
| 3.7 | Heilpraktiker | 19 |
| 3.8 | Kuren | 20 |
| 4. | Übersicht und Fazit | 21 |
| | Quellenverzeichnis | 22 |

1. Einleitung

Mit der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) besteht das duale Gesundheitssystem in Deutschland aus zwei grundlegend verschieden konzipierten Sicherungssystemen. Neben den beiden Finanzierungsformen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren unterscheiden sich diese auch in Organisation und Vergütung der Leistungserbringer. In der GKV gilt in der Regel das Sachleistungs- und in der PKV das Kostenerstattungsprinzip. Das Sachleistungsprinzip ermöglicht der GKV begrenzend auf die Versorgung einzuwirken, beispielsweise durch Regelleistungsvolumina und Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten. Zusätzlich werden verschiedene Gebührenordnungen und Preise angewandt. In der Folge dieser Unterschiede, die sowohl zu Unterschieden in der Menge der Gesundheitsleistungen als auch im Preis führen, liegen die Zahlungen der Privatversicherten für Gesundheitsleistungen deutlich über den Gesundheitsausgaben, die die gesetzlichen Krankenkassen für vergleichbare Versicherte aufbringen müssten.

Dieser Abstand in den Finanzierungsbeiträgen beider Systeme bei unterstelltem gleichen Versichertenbestand, der sogenannte Mehrumsatz, wurde vom Wissenschaftlichen Institut der PKV bereits in mehreren Veröffentlichungen für die Jahre von 2001 bis 2011 auf Grundlage von Daten der Privaten Krankenversicherung und aus Daten des Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung berechnet.¹ Die Datengrundlage in der PKV hat sich für das Jahr 2013 deutlich verbessert und ist detaillierter geworden. Dieser Fortschritt wird nun zum Anlass genommen, die etablierte Darstellung des Mehrumsatzes ebenfalls weiterzuentwickeln. In der Auswertung kann jetzt zusätzlich auf die einzelnen Leistungsbereiche Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Heilpraktiker und Kuren separat eingegangen werden. Für diese Bereiche gab es zuvor keine belastbaren Zahlen. Damit wird eine neue Zeitreihe gestartet, die die finanzielle Entwicklung der beiden Gesundheitssysteme exakter abbildet.

¹ Vgl. Niehaus/Weber (2005), Niehaus (2006a, 2006b, 2007, 2009, 2010 und 2013).

2. Methodik

Die Methodik orientiert sich an den hergebrachten Berechnungen des Mehrumsatzes der Jahre 2001 bis 2011.² So werden Daten des Bundesversicherungsamtes zu den Leistungsausgaben pro Tag der GKV-Versicherten, die im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) ermittelt werden, verwendet.³ Hier ist die Struktur der Aufteilung in 5 Hauptleistungsbereiche gleich geblieben. Diese sind:

- HLB 1 = Leistungsausgaben Ärzte,
- HLB 2 = Leistungsausgaben Zahnärzte,
- HLB 3 = Leistungsausgaben Apotheken,
- HLB 4 = Leistungsausgaben Krankenhaus,
- HLB 5 = Sonstige Leistungen.

Auf der PKV-Seite werden die Kopfschadenstatistiken herangezogen. Hier hat sich eine deutliche Verbesserung der Datenqualität und Detailliertheit eingestellt. So werden die Leistungsausgaben pro Kopf nach Alter und Geschlecht inzwischen auf der Basis von über 7 Millionen PKV-Versicherten ermittelt und die Daten liegen differenziert nach den in der Tabelle angegebenen Bereichen vor.

Tabelle 1

| Leistungsarten in der Kopfschadenstatistik | Zuordnung zur GKV |
|---|---|
| Ambulant Arzt (ohne Heilpraktiker) | HLB 1 Ärzte |
| Ambulant Heilpraktiker | Unberücksichtigt: Keine Zuordnung |
| Ambulant Arzneien und Verbandmittel | HLB 3 Apotheken |
| Ambulant Heilmittel | Anteilig: HLB 5 sonstige Leistungsausgaben Berechnung über KJ1 |
| Ambulant Hilfsmittel | Anteilig: HLB 5 sonstige Leistungsausgaben Berechnung über KJ1 |
| Stationär allgemeine Krankenhausleistungen | HLB 4 Krankenhaus |
| Stationär privatärztliche Behandlung | HLB 4 Krankenhaus |
| Stationär Wahlleistung Einbettzimmer | HLB 4 Krankenhaus |
| Stationär Wahlleistung Zweibettzimmer | HLB 4 Krankenhaus |
| Stationär Krankenhaustagegeld für Verzicht auf Wahlleistungen | Unberücksichtigt: Keine Zuordnung |

² Vgl. Niehaus/Weber (2005), Niehaus (2006a, 2006b, 2007, 2009, 2010 und 2013).

³ Vgl. Bundesversicherungsamt (2015), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2013 (Stand: 10.02.2015) unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen.html>.

| | |
|---------------------------|---|
| Zahn Behandlung | HLB 2 Zahnärzte |
| Zahn Zahnersatzleistungen | HLB 2 Zahnärzte |
| Zahn Kieferorthopädie | HLB 2 Zahnärzte |
| Kurleistungen | Anteilig: HLB 5 sonstige Leistungsausgaben Berechnung über KJ1 |
| Sonstiges | Unberücksichtigt: Keine Zuordnung |

Diese Aufteilung der Kopfschadenstatistik wird für die Untergliederung des Mehrumsatzes verwendet. Die Tabelle gibt einen Überblick über die Zuordnung der PKV-Daten zu den Daten der GKV. Die ambulanten Ausgaben für die Arztbehandlung lassen sich direkt dem HLB 1 im RSA gegenüberstellen. Zu den Ausgaben für Heilpraktiker gibt es keine Entsprechung in der GKV. Arzneien und Verbandmittel lassen sich wieder direkt dem HLB 3 Apotheke zuordnen. Heilmittel, Hilfsmittel und Kurleistungen sind anteilig in den Sonstigen Leistungsausgaben enthalten, so dass hier noch weitere Berechnungen durchgeführt werden, die nachfolgend beschrieben werden. Stationäre allgemeine Krankenhausleistungen, stationäre privatärztliche Behandlung, stationäre Wahlleistung Einbettzimmer und Zweibettzimmer werden zusammengefasst und dem HLB 4 Krankenhaus gegenübergestellt. Stationäres Krankenhaustagegeld für Verzicht auf Wahlleistungen wird hierbei nicht berücksichtigt, da diese Leistungen nicht ins Gesundheitssystem fließen, sondern als Geldbetrag dem Versicherten zugutekommen. Sonstige Leistungen werden – wie die in der GKV nicht zuordenbaren sonstigen Leistungsausgaben – nicht gegenübergestellt und bleiben bei der Mehrumsatzberechnung unberücksichtigt.

2.1 Zwei Wege zur Berechnung des Mehrumsatzes

Nicht für jeden der in der Kopfschadenstatistik abgegrenzten Bereiche liegt in den Daten des RSA entsprechend abgegrenzte Pro-Tage-Werte vor. So wird in der Methodik zwischen Bereichen unterschieden, in denen in beiden Systemen die Pro-Kopf-Profile auf Versichertenbasis vergleichbar vorliegen, und in Bereiche, für die dies nicht der Fall ist.

2.1.1 Direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten

Bei direkter Zuordenbarkeit wird die bereits in den älteren Publikationen verwendete Mehrumsatzberechnung durchgeführt, nach der den tatsächlichen PKV-Ausgaben die hypothetischen der GKV gegenübergestellt werden. Letztere werden aus der Versichertenstruktur der PKV multipliziert mit den Pro-Kopf-Profilen der GKV berechnet. Es werden somit Vergleichswerte in der GKV für ein Versichertenkollektiv geschaffen, das dem der PKV-Versicherten in Bezug auf die Alters- und Geschlechtsstruktur entspricht. Unterschiede in den Ausgaben in beiden Systemen können sich dann nicht mehr durch eine unterschiedliche Versichertenzahl oder eine abweichende Alters- bzw. Geschlechterverteilung ergeben.

2.1.2 Zuordnung der Kopfschadenprofile über die Ausgaben in der GKV-Statistik

Im zweiten Fall, bei dem den Kopfschadenprofilen nicht direkt RSA-Profile zugeordnet werden können, weil diese nicht verfügbar sind, wird hilfsweise auf die detaillierten Finanzergebnisse der GKV aus der KJ1 zurückgegriffen.⁴

Zur Berechnung von Vergleichswerten werden die Pro-Kopf-Profile der PKV herangezogen und auf die Versichertenzahl der GKV angewandt. So ergeben sich Ausgaben für die GKV-Versicherten, die sich eingestellt hätten, wären diese PKV-versichert und nicht wie tatsächlich GKV-Versichert. Diesen berechneten Werten werden dann die tatsächlichen Werte aus der KJ1 gegenübergestellt. Beide Werte beziehen sich so auf den Versichertenstamm der GKV. Einmal handelt es sich hierbei um die aus den PKV-Profilen berechneten Werte und einmal um die tatsächlichen Werte, hinter denen die nicht bekannten GKV-Pro-Kopf-Profile stehen. Das Verhältnis dieser beiden Werte zueinander wird ermittelt. Es drückt aus, um welchen Faktor die PKV-Ausgaben höher liegen als die GKV-Ausgaben – bezogen auf das Versichertenkollektiv der GKV.

Dieses Verhältnis wird dann auf die tatsächlichen PKV-Ausgaben angewandt, so dass sich ein GKV-Wert ergibt, der den gleichen relativen Abstand zum PKV-Wert hat, wie die beiden Werte die sich auf das GKV-Kollektiv beziehen. Aus diesen zwei nun auf das PKV-Niveau bezogenen Werten lässt sich ein Mehrumsatz ermitteln.

Mit dieser Methodik ist die Tatsache verbunden, dass die Grundlage für die Verhältnisbildung das Versichertenkollektiv der GKV ist und nicht das der PKV. Die Abweichungen sind aber nicht sehr groß, da sich die Versichertenstruktur in beiden Systemen insbesondere in Hinsicht auf das Durchschnittsalter deutlich angenähert hat. Somit ergeben die Berechnungen aussagekräftige Ergebnisse.

2.2 Datenlimitationen

Die Mehrumsatzermittlung hat mit einigen Problemen vor allem in Bezug auf Vollständigkeit und korrekte Zuordnung der Daten zu kämpfen.

So sind den PKV-Unternehmen Rechnungen nicht bekannt, die selbst vom Versicherten getragen und nicht eingereicht werden. Ursache hierfür kann sein, dass die Rechnungen in einen Selbstbehalt fallen oder eine Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme erwartet wird. Auch GKV-Versicherte können im Gesundheitssystem als Selbstzahler auftreten und

⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015), Finanzergebnisse, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/1.-4._Quartal_2013.pdf.

auch diese Ausgaben werden hier nicht erfasst. Eine Abschätzung der Umfänge zeigt, dass der in der PKV nicht erfasste Anteil der Zahlungen ins Gesundheitssystem denjenigen in der GKV deutlich übertrifft. Somit wird der hier berechnete Mehrumsatz unterschätzt. Tatsächlich liegt der Betrag, der durch die Existenz der PKV-Versicherten zusätzlich ins Gesundheitssystem fließt, so noch höher als der hier ausgewiesene.

In beiden Systemen bleiben Ausgaben, die nicht den hier verglichenen Kategorien zuzuordnen sind, unberücksichtigt. Es fließen jeweils nur die zugeordneten Leistungsausgaben ein. Auch die Abgrenzung der einzelnen Bereiche weicht leicht voneinander ab. Diese Unschärfe der Zuordnung führt dazu, dass die Ausgaben in einem Bereich über- und im anderen Bereich unterschätzt werden. Im gesamten Mehrumsatz gleicht sich dies jedoch wieder aus.

3. Berechnung des Mehrumsatzes

3.1 Ambulante Arzthonorare

Die Ausgaben im ambulanten ärztlichen Bereich werden neben den unterschiedlichen Regelungen der Leistungserbringung (Sachleistungs- vs. Kostenerstattungsprinzip) mit den damit verbundenen unterschiedlich starken Eingriffen in die Versorgung auch maßgeblich von den abweichenden Preisordnungen der GOÄ für die Privatzahler und dem EBM für die Abrechnung der GKV geprägt. Hieraus ergibt sich ein großer Unterschied in der Vergütung der Ärzte, der sowohl aus einem beachtlichen Preiseffekt, aber auch aus einem Mengeneffekt resultiert.

Durch die neue Datenbasis in der PKV ist es für das Jahr 2013 erstmals möglich diesen Unterschied nach Alter und Geschlecht darzustellen, indem die Ausgabenprofile der PKV und der GKV direkt gegenübergestellt werden. Die Abbildung 1 zeigt den Unterschied der Ausgaben in diesem Bereich.

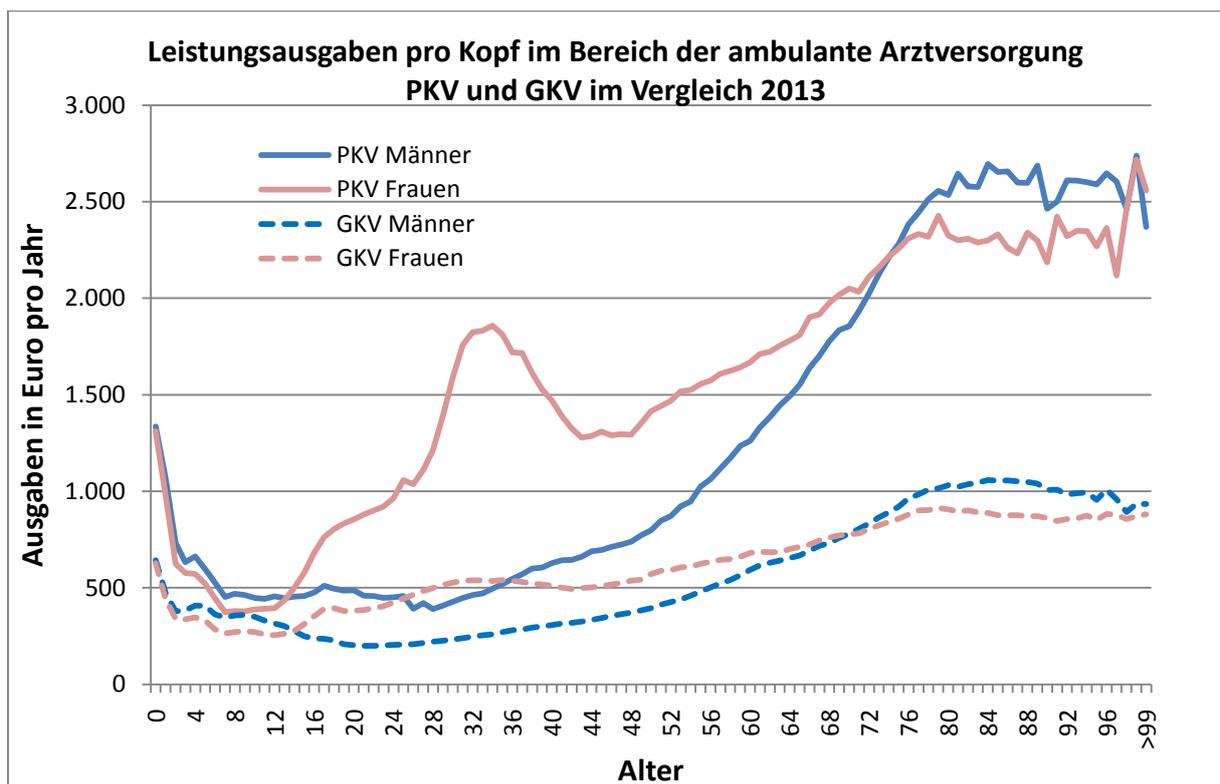


Abbildung 1

Werden die Ausgaben nach Alter jeweils für beide Geschlechter als Verhältnis dargestellt (Abbildung 2), wird deutlich, dass im Alter in der PKV ca. das 2,5-fache im Vergleich zur GKV an Ausgaben anfällt. Frauen im gebärfähigen Alter liegen über den GKV-Werten, jüngere Männer darunter. Bei Kindern ist der Unterschied am geringsten ausgeprägt.

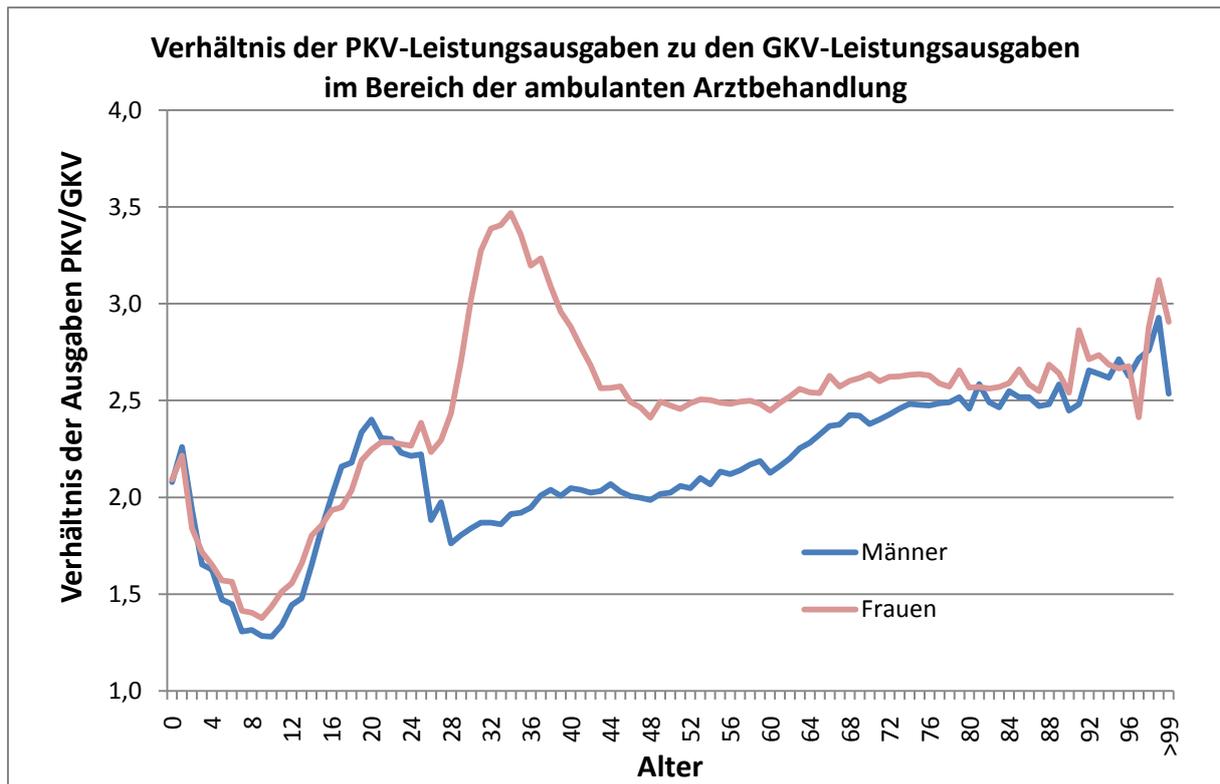


Abbildung 2

Aus diesen Profilen errechnen sich für die PKV-Versicherten tatsächliche Ausgaben im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung von 9,902 Mrd. € (inklusive der Beihilfe und der erfassten Selbstbehalte). Die GKV hätte nach den RSA-Profilen für die gleichen Versicherten in diesem Bereich nur 4,288 Mrd. € aufgewendet. Damit ergibt sich ein Mehrumsatz von 5,615 Mrd. €. Diese höheren Ausgaben sind in erster Linie die Folge der höheren Preise in der PKV und weniger durch einen Mengeneffekt bestimmt. Die Ärzte profitieren damit stark von den PKV-Versicherten.

3.2 Arzneien- und Verbandmittel

Für den Vergleich der Ausgaben im Arznei- und Verbandmittelbereich können – wie im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung – direkt die Profile der Kopfschadenstatik des PKV-Verbandes und die RSA-Daten des HLB 3 „Apotheke“ verglichen werden. Abbildung 3 zeigt die Verläufe der Ausgaben pro Kopf nach Alter und Geschlecht für beide Versicherungssysteme.

Erkennbar wird, dass die Ausgaben bis zur Altersgruppe der 50-Jährigen in der PKV und der GKV auf einem vergleichbaren Niveau verlaufen. Im höheren Alter übersteigen die Ausgaben in der PKV dann die der GKV deutlich.⁵

⁵ Für eine detaillierte Analyse der Unterschiede im Arzneimittelmarkt siehe Wild (2015).

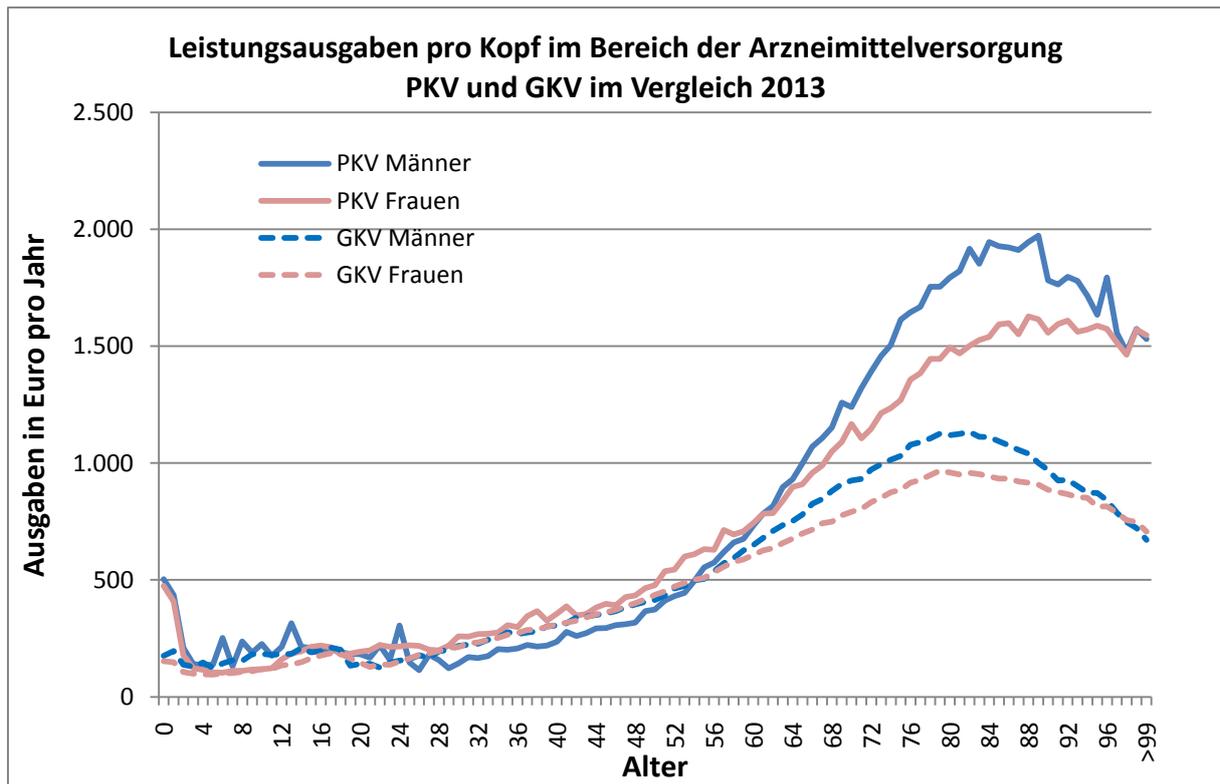


Abbildung 3

Auch die in Abbildung 4 dargestellten Verhältnisse des Ausgebens zwischen PKV und GKV verdeutlichen das gleiche Niveau vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. Hier liegen die PKV-Frauen leicht über GKV-Niveau und die Männer leicht darunter. Im Kleinkindesalter und im Alter übersteigen dann die PKV-Ausgaben die der GKV. Die höheren Ausgaben bei Neugeborenen und den Einjährigen sind zum Teil der unterschiedlichen Erfassung der Impfungen geschuldet. In der GKV werden Impfungen zum großen Teil als Praxisbedarf abgerechnet und erscheinen damit nicht in den Ausgaben für Arzneimittel.

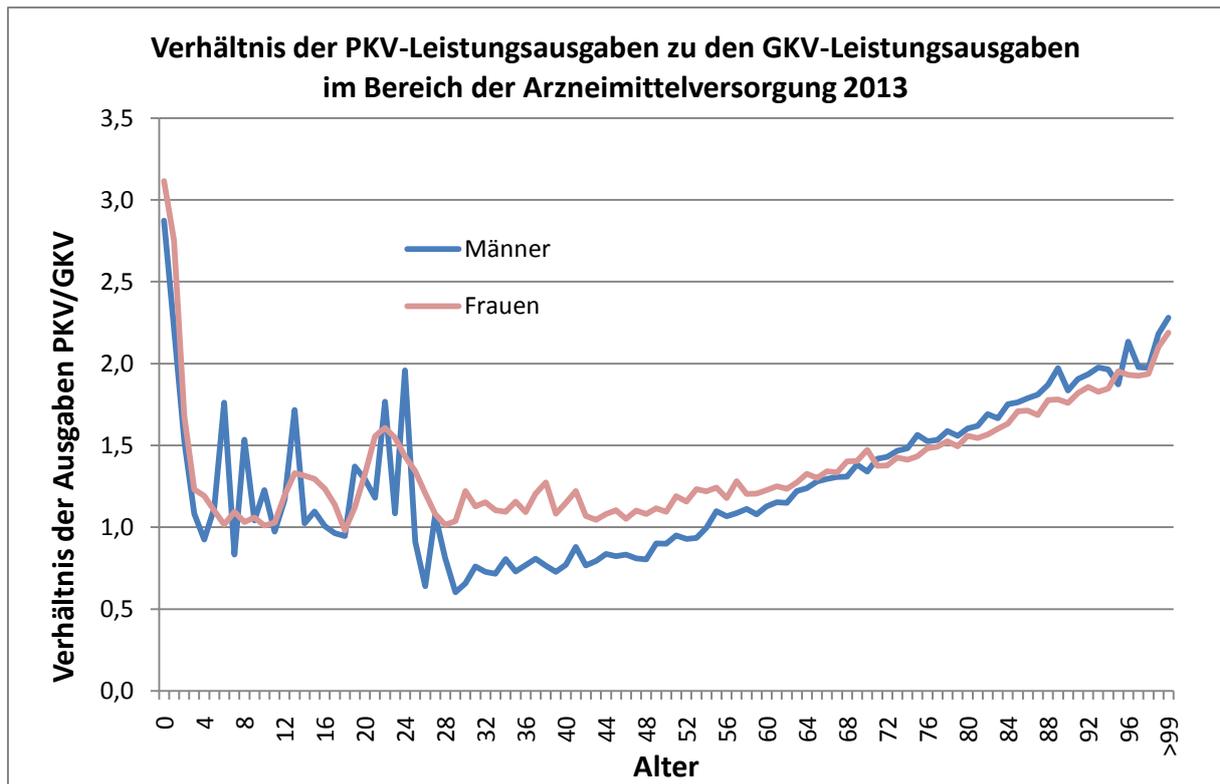


Abbildung 4

Durch Anwendung der Kopfschäden je Alter auf den Versichertenbestand der PKV werden die gesamten Arzneimittelausgaben der Privatversicherten berechnet (inklusive erfasster Selbstbehalte und den von der Beihilfe übernommenen Kosten). Die Summe beläuft sich auf insgesamt rund 4,629 Mrd. € im Jahr 2013. Diese Ausgaben sind um das 1,22fache höher als die Ausgaben, die die GKV im Vergleich für die PKV-Versicherten aufwenden würde. Hier errechnet sich ein Betrag von rund 3,81 Mio. €. Die Differenz dieser beiden Größen ergibt den Mehrumsatz der Privatversicherten im Arzneimittelbereich. Er beläuft sich auf 822 Mio. €. Damit gaben Privatversicherte im Jahr 2013 822 Mio. € mehr für Arzneimittel aus, als die GKV für sie aufgewendet hätte.

3.3 Heilmittel

Die Berechnung des Mehrumsatzes im Heilmittelbereich wurde bereits in einer Studie des WIP zur Heilmittelversorgung im PKV-GKV-Vergleich ausführlich dargestellt.⁶

Da zu den PKV-Profilen (Abbildung 5) im RSA keine vergleichbar abgegrenzten Daten verfügbar sind, wird hier die im Absatz 2.2 beschriebene Methodik verwendet, nach der über die PKV-Profil Vergleichswerte für die GKV-Versicherten berechnet und diese mit den tatsächlichen GKV-Werten aus der offiziellen Statistik verglichen werden.

⁶ Vgl. Finkenstädt (2014), S. 14 ff.

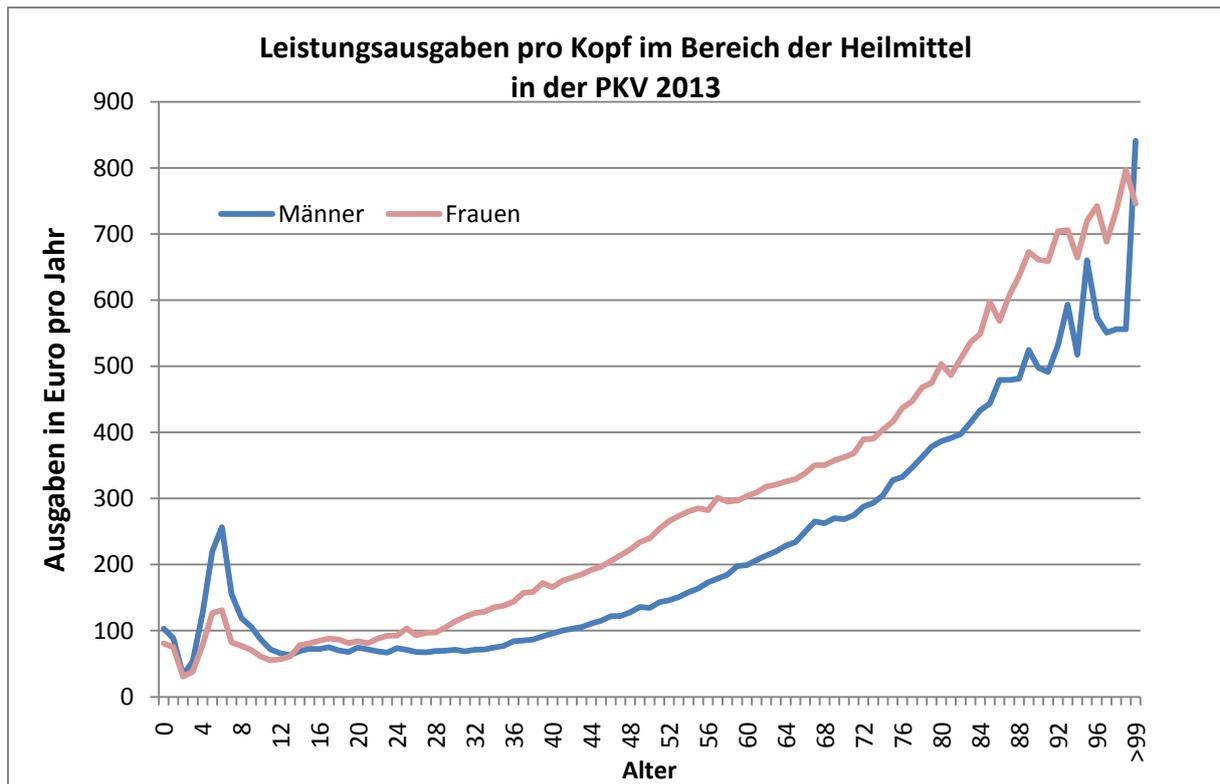


Abbildung 5

Die GKV-Versicherten wendeten laut amtlicher Statistik des BMG im selben Jahr 5,56 Mrd. € für Heilmittel auf (inklusive gesetzlicher Zuzahlungen).⁷ Die Ausgaben auf Basis der PKV-Profile wären um das 2,51fache höher.

Werden die Heilmittelausgaben der PKV-Versicherten (inklusive Beihilfe und erfasster Selbstbehalte) in Höhe von 1.554 Mio. € um dieses Verhältnis verringert, ergibt sich ein Betrag von rund 618 Mio. €. Die Differenz dieser beiden Größen ergibt den sogenannten Mehrumsatz der Privatversicherten im Heilmittelbereich, der sich im Jahr 2013 auf 936 Mio. € beläuft.

3.4 Hilfsmittel

Die Leistungen für Hilfsmittel können anhand der neuen Kopfschadensstatistik erstmals separat analysiert werden. Abbildung 6 enthält die Leistungsausgaben pro Kopf der PKV-Versicherten. Es ist eine starke Altersabhängigkeit erkennbar.

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014).

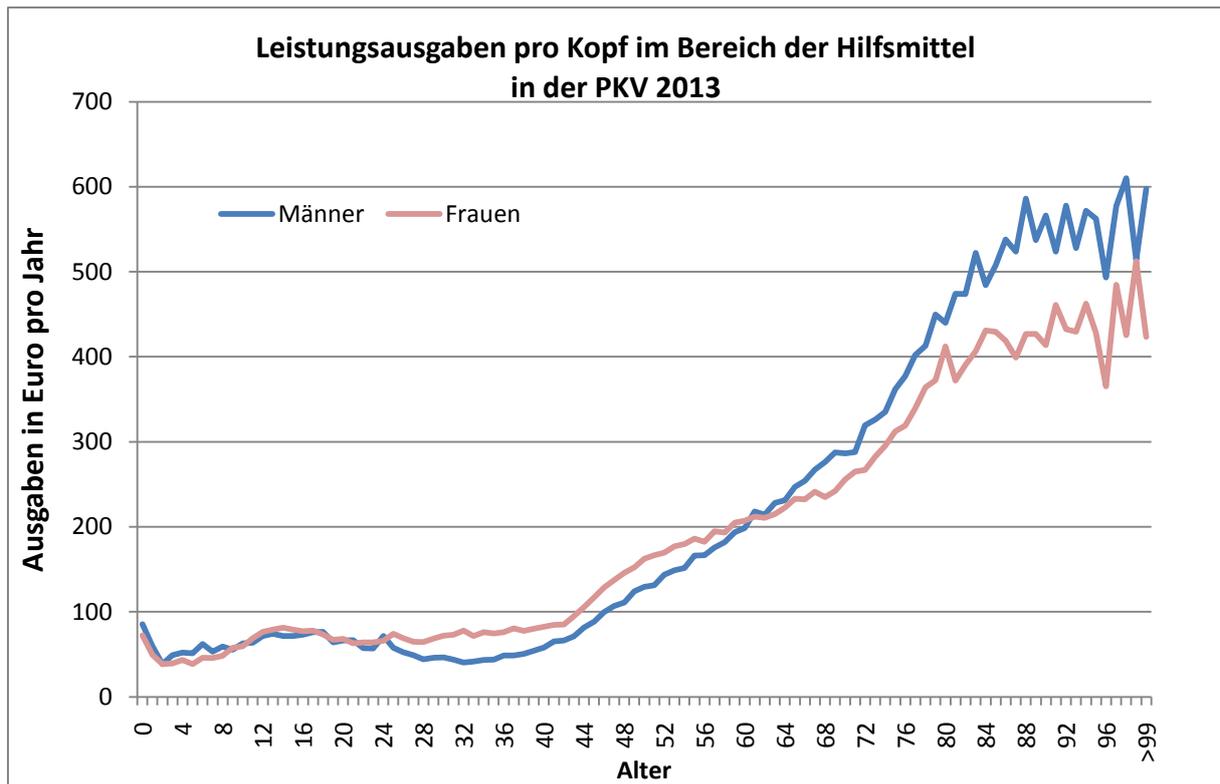


Abbildung 6

Da es im RSA – wie im Heilmittelbereich – keine vergleichbar abgegrenzten Profile für diesen Bereich gibt, sondern die Hilfsmittel anteilig unter den sonstigen Leistungsausgaben (HLB 5) verbucht werden, wird hier ebenfalls der unter Absatz 2.2 beschriebene Weg der Berechnung gewählt, bei dem aufgrund der PKV-Profile PKV-Ausgaben für die GKV-Versicherten ermittelt und mit den tatsächlichen GKV-Ausgaben ins Verhältnis gesetzt werden.

Aufgrund dieser Methodik lässt sich ermitteln, dass den berechneten PKV-Ausgaben (inklusive Beihilfe und erfasste Selbstbehalt) von 1,245 Mrd. € in der GKV für den gleichen Versichertenbestand 0,835 Mrd. € gegenüberstehen würden.⁸ Daraus errechnet sich ein Mehrumsatz von 0,410 Mrd. €.

3.5 Stationärer Bereich

Im stationären Bereich werden den RSA-Daten des HLB 4 „Krankenhaus“ für die PKV neben den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Ausgaben für Chefarztbehandlung und Unterkunft gegenübergestellt. Damit entsteht der Mehrumsatz durch die berücksichtigten Wahlleistungen anteilig aus einem Mengeneffekt. Abbildung 7 zeigt die Pro-Kopf-Ausgaben für die PKV-Versicherten aus der Kopfschadensstatistik und für die GKV aus dem RSA.

⁸ Die für die GKV-Versicherten aufgrund der PKV-Profile berechneten Ausgaben liegen mit 10,840 Mrd. € ca. 50 % über den in der KJ1 ausgewiesenen 7,269 Mrd. €. Dieses Verhältnis wird auf die PKV-Versicherten übertragen.

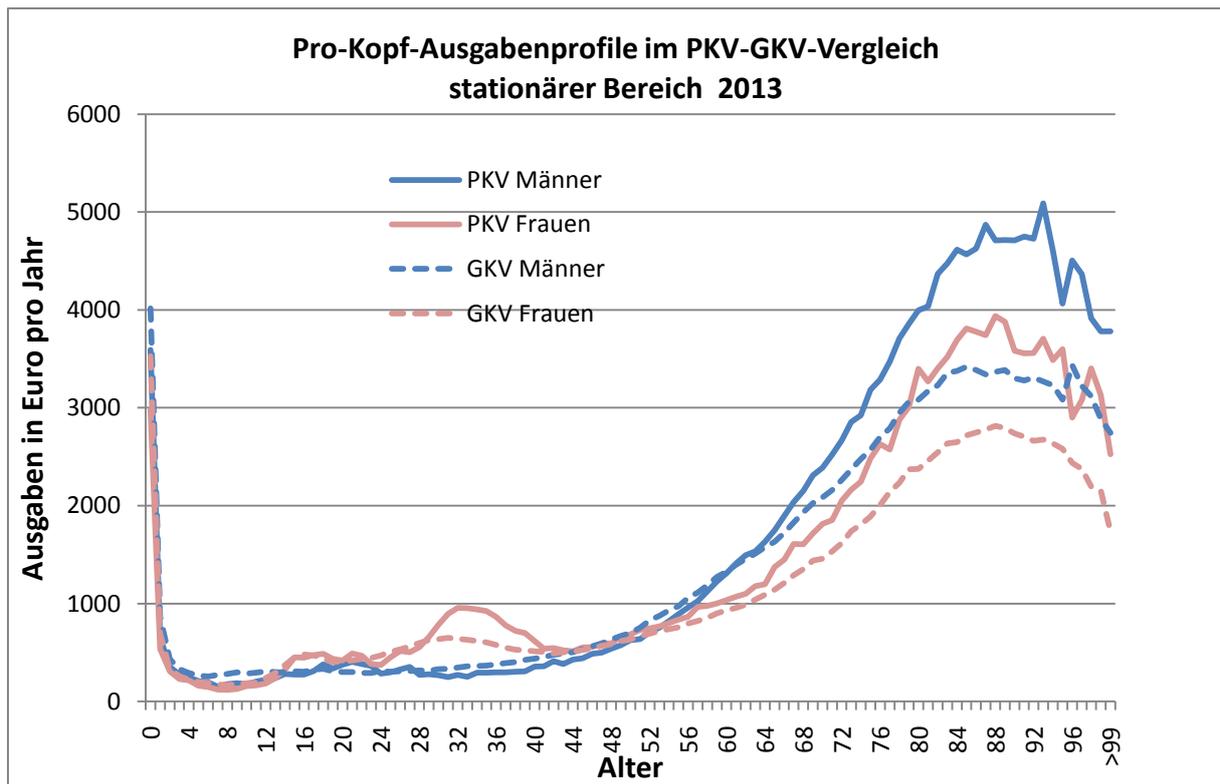


Abbildung 7

Die Abbildung 8 macht deutlich, dass mit einem Verhältnis über 1 die Ausgaben in der PKV bei Frauen und insbesondere im Alter über denen der GKV liegen. Der Abstand zu GKV fällt hier aber deutlich geringer aus als beispielsweise im ambulanten ärztlichen Bereich.

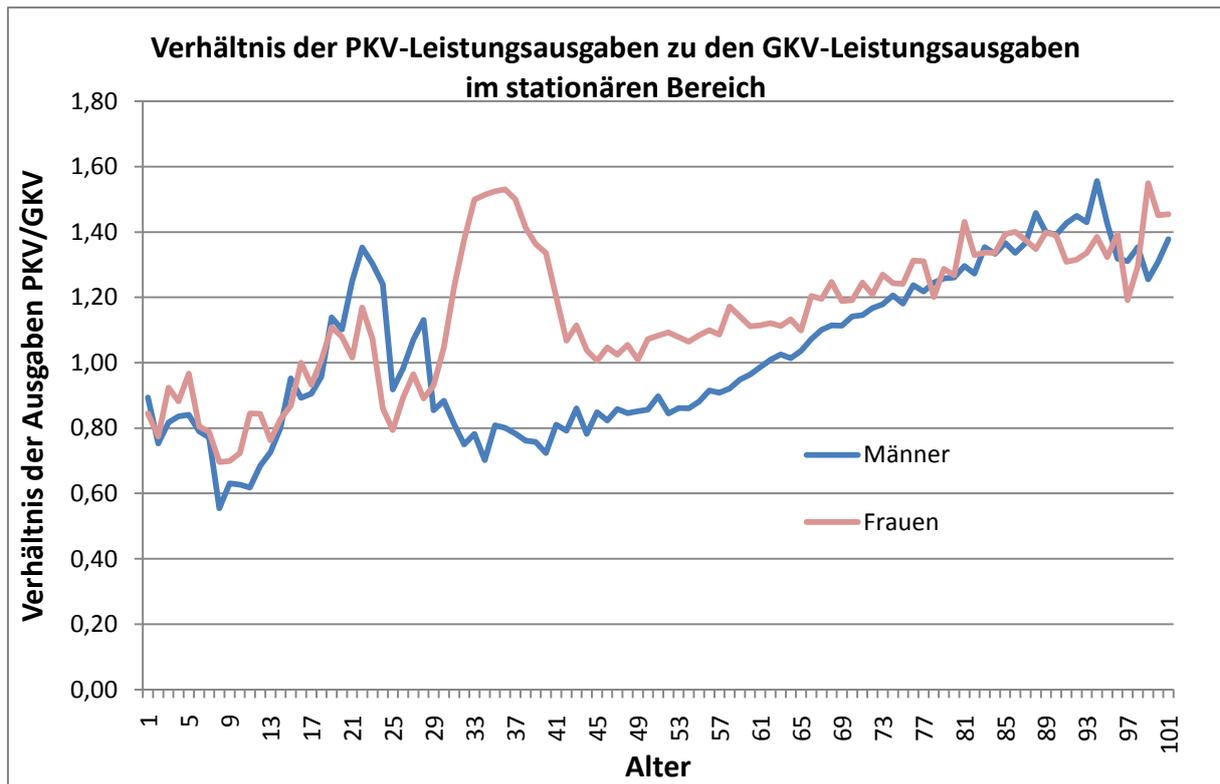


Abbildung 8

Die PKV-Versicherten geben für stationäre Leistungen 8,358 Mrd. € (inklusive Beihilfe und erfasste Selbstbehalte) aus, denen in der GKV 7,778 Mrd. € für ein vergleichbaren Versichertenbestand gegenüberstehen würden. So ergibt sich hier ein Mehrumsatz von 580 Millionen Euro.

3.6 Zahnmedizinischer Bereich

Der zahnmedizinische Bereich ist in den letzten Jahren von starken Leistungseinschnitten in der GKV geprägt. Viele neuere Leistungen werden von der GKV nicht mehr oder nur mit einem geringen Festbetrag finanziert, so dass GKV-Versicherte häufig auch zu Selbstzahlern werden, für die die Gebührenordnung für Zahnärzte gilt (GOZ). Diese Unterschiede zeigen sich auch in der großen Differenz der PKV-Ausgaben (inklusive Beihilfe und erfasste Selbstbehalte) und den GKV-Ausgaben für den gleichen Versichertenbestand (Abbildung 9).

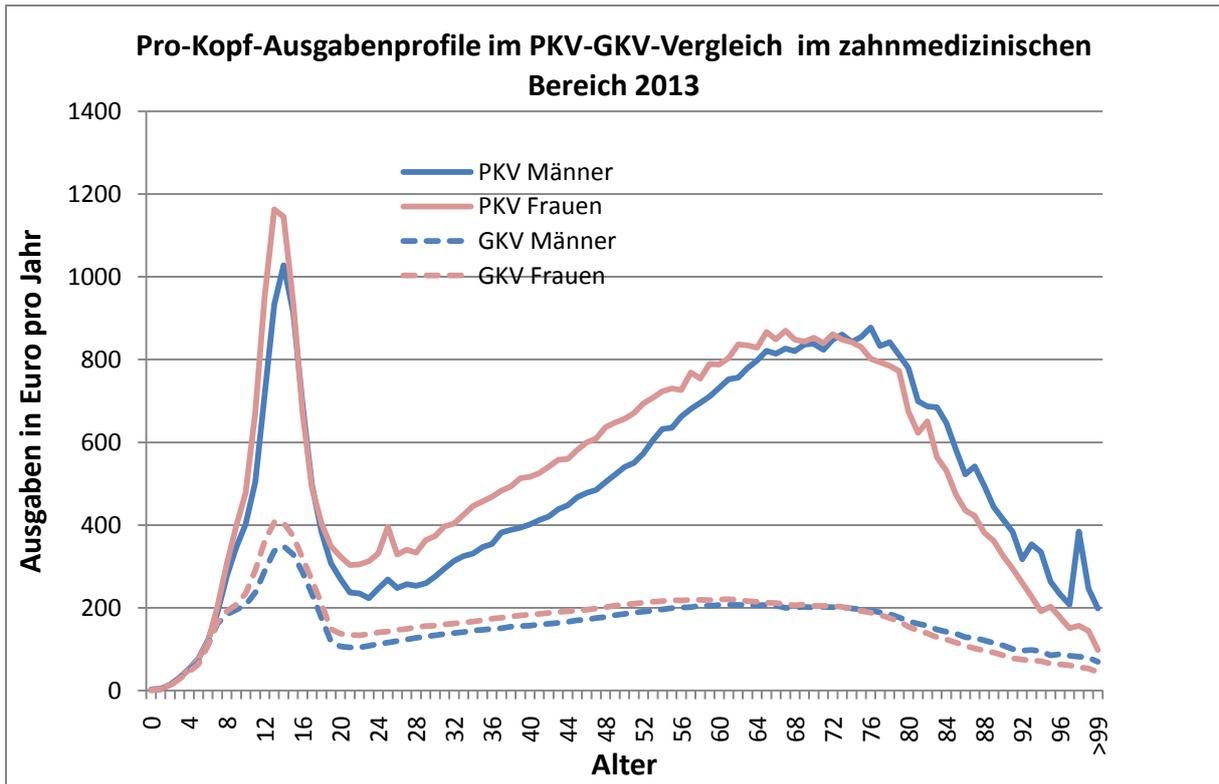


Abbildung 9

Als Verhältnis ausgedrückt fallen im System der PKV im Alter um die 80 Jahre bis zum 4,5fachen an Ausgaben im Vergleich zur GKV an (Abbildung 10). Nur im Alter von 3 bis 6 Jahren gibt es keinen signifikanten Ausgabeunterschied zwischen den Systemen.

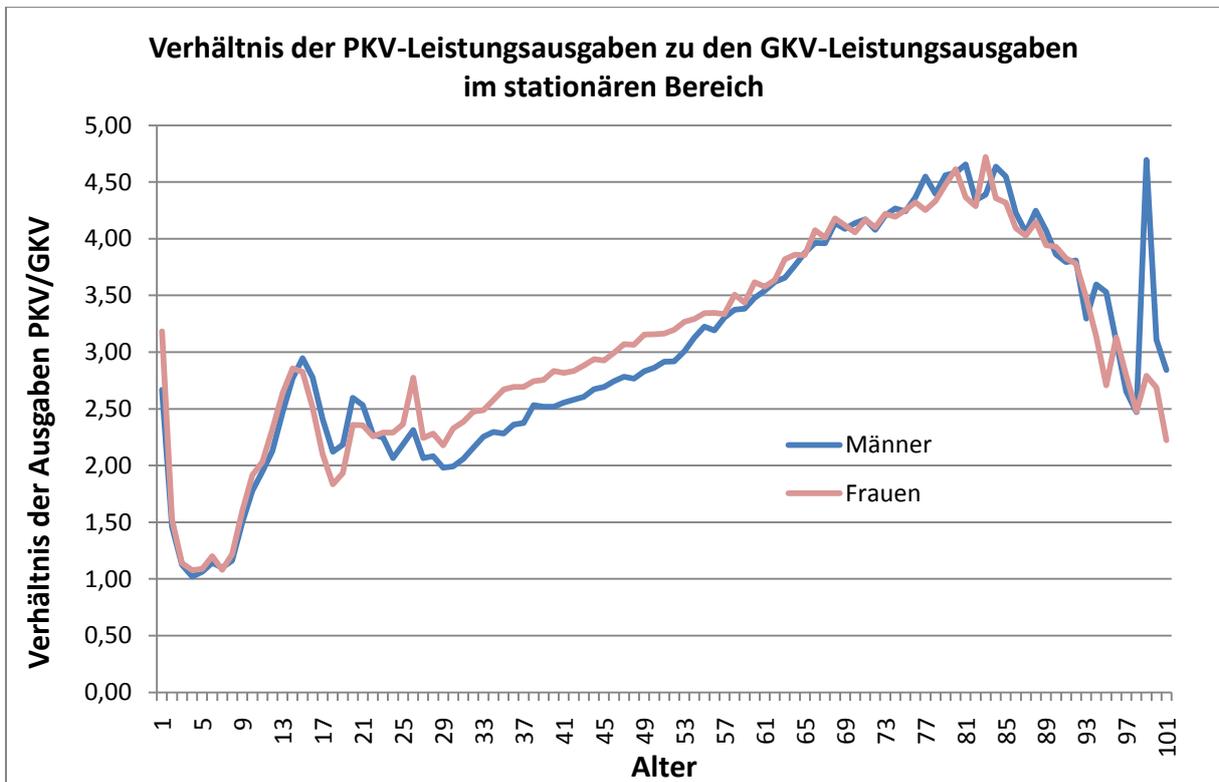


Abbildung 10

Insgesamt stehen im zahnmedizinischen Bereich 4,789 Mrd. € im PKV-System nur 1,571 Mrd. € im GKV-System gegenüber, was zu einem Mehrumsatz von 3,218 Mrd. € führt. Auswirkung zeigt hier auch die gestiegene Vergütung durch die neue GOZ, die seit 2012 ihre Gültigkeit hat.

3.7 Heilpraktiker

Heilpraktikerleistungen sind in der GKV kein Bestandteil des Leistungskatalogs, werden aber von einigen Kassen (anteilig) als Satzungsleistungen angeboten. Die PKV übernimmt die Leistungen in vielen Tarifen.

Die Profile der Kopfschadensstatistik (Abbildung 11) verdeutlichen, dass Heilpraktiker hauptsächlich von Frauen in Anspruch genommen werden.

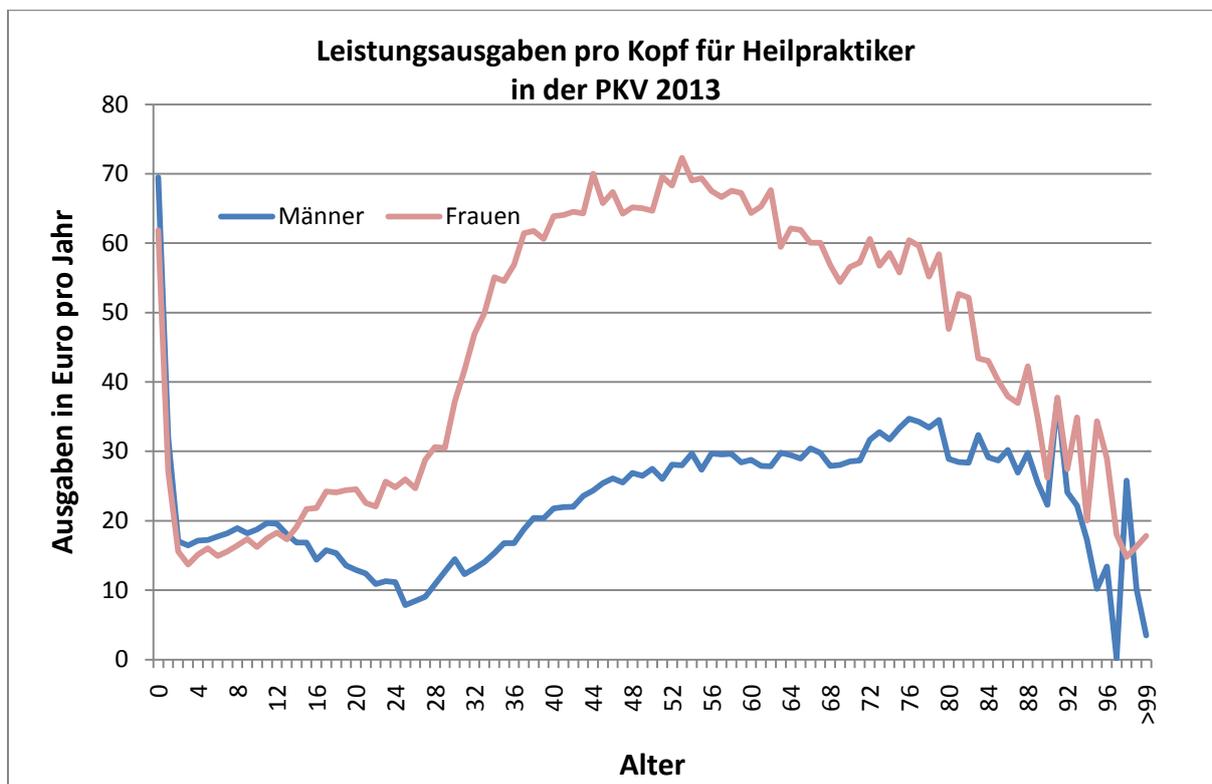


Abbildung 11

Aus den Profilen ergeben sich Leistungsausgaben der PKV-Versicherten von 0,295 Mrd. €. Da über die in der GKV als Satzungsleistungen abgerechneten Heilpraktikerrechnungen keine Daten vorliegen, werden hier die Ausgaben der PKV-Versicherten als Mehrumsatz ausgewiesen, der sich aus einem reinen Mengeneffekt ergibt.

3.8 Kuren

Die Kurbehandlung ist eine Leistungsart, die in der PKV nur in geringem Umfang durch den Versicherungsschutz abgedeckt ist. Dies zeigt sich auch in den relativ niedrigen Pro-Kopf-Ausgaben (Abbildung 12).

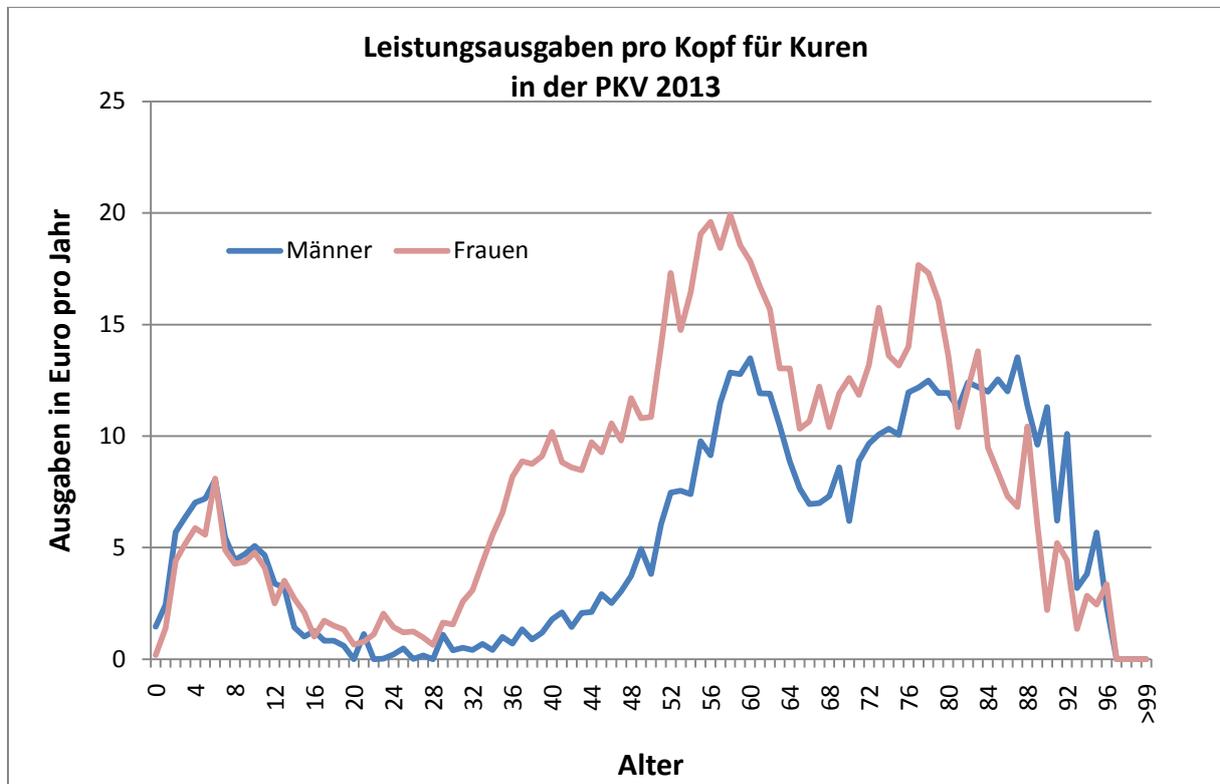


Abbildung 12

Insgesamt errechnen sich Ausgaben von 60 Millionen € für die PKV-Versicherten. Da auch hier keine separaten Profile im RSA vorhanden sind, wird erneut der im Absatz 2.2 beschriebene Weg über die Berechnung von Vergleichswerten für die Ausgaben der KJ1 gewählt.

Für die GKV wurden so Leistungsausgaben als Vergleichswert von 93 Millionen ermittelt. Damit liegen die GKV-Ausgaben über denjenigen der PKV, so dass sich hier ein Mehrumsatz zugunsten der GKV von 33 Millionen € ergibt. Dieser Betrag reduziert den Mehrumsatz insgesamt entsprechend.

4. Übersicht und Fazit

Die Übersicht zeigt, insgesamt fließen durch die PKV-Versicherten 30,8 Mrd. € ins Gesundheitssystem. Wären diese PKV-Versicherten in der GKV versichert, hätte die GKV für die gleichen Versicherten nur ca. 19 Mrd. € aufgewendet. So ergibt sich für das Jahr 2013 ein Mehrumsatz von 11,8 Mrd. €. Dies sind ca. 700 Millionen € mehr als der für das Jahr 2011 berechnete Wert von 11,1 Mrd. €.

Tabelle 2

| Mehrumsatzberechnung 2013 im Überblick | | | |
|--|----------------------------|---------------|---------------|
| | Beträge in Milliarden Euro | | |
| Bereich | PKV-Ausgaben | GKV-Ausgaben | Mehrumsatz |
| Ambulante ärztliche Versorgung | 9,902 | 4,288 | 5,615 |
| Arznei- und Verbandmittel | 4,629 | 3,807 | 0,822 |
| Heilmittel | 1,554 | 0,618 | 0,936 |
| Hilfsmittel | 1,245 | 0,835 | 0,410 |
| Stationärer Bereich | 8,358 | 7,778 | 0,580 |
| Zahnmedizinischer Bereich | 4,789 | 1,571 | 3,218 |
| Heilpraktiker | 0,295 | 0,000 | 0,295 |
| Kuren | 0,060 | 0,093 | -0,033 |
| Gesamt | 30,832 | 18,990 | 11,843 |

Erstmals wurde der Mehrumsatz für die Bereich Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel separat berechnet. Hier wird deutlich: Im Heilmittelbereich existiert in diesen Kategorien der größte Unterschied zwischen PKV und GKV mit einem Mehrumsatz von 936 Millionen €, dicht gefolgt vom Arzneimittelnbereich mit 822 Millionen € und schließlich dem Hilfsmittelnbereich mit immerhin noch 410 Millionen €.

Im Vergleich zu den 11,1 Mrd. € Mehrumsatz des Jahres 2011 hat sich somit der Mehrumsatz innerhalb von zwei Jahren um 0,7 Mrd. € erhöht. Der größte Teil des Mehrumsatzes entsteht mit 5,6 Mrd. € in der ambulanten Arztversorgung, gefolgt von 3,2 Mrd. € im zahnmedizinischen Bereich. Relativ geringe Werte zeigen sich im stationären Bereich. Die Leistungen der Heilpraktiker und Kuren fallen kaum ins Gewicht.

Quellenverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (2015), Finanzergebnisse, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/1.-4._Quartal_2013.pdf

Bundesversicherungsamt (2015), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2013 (Stand: 10.02.2015) unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen.html>.

Finkenstädt, V. (2014), Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014, Köln.

Niehaus, F.; Weber, C. (2005), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Niehaus, F. (2006a), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2004, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 1/06, Köln.

Niehaus, F. (2006b), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2005, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 10/06, Köln.

Niehaus, F. (2007), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 9/07, Köln.

Niehaus, F. (2009), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 8/09, Köln.

Niehaus, F. (2010), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2008, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 5/10, Köln.

Niehaus, F. (2013), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten - Die Entwicklung von 2006 bis 2011, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 1/13, Köln.

Wild, F. (2015), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

WIP-Veröffentlichungen seit 2010

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich - Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7

Die Heilmittelversorgung der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 2/2014, Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Prof. Dr. Bruno Schönfelder, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013, Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Dr. Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Dr. Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich - Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild

Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben, WIP-Diskussionspapier 4/2011, Dr. Frank Wild

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Verordnungsdaten Privatversicherter, WIP-Diskussionspapier 3/2011, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2009 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-2-2

Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA, WIP-Diskussionspapier 2/2011, Dr. Frank Niehaus, Dr. Torsten Keßler, Verena Finkenstädt

Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte, WIP-Diskussionspapier 1/2011, Dr. Frank Schulze Ehring (Gastautor)

Das Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz- und Einkommensumverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9813569-0-8

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9810070-9-1

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008, WIP-Diskussionspapier 4/2010, Dr. Torsten Keßler

Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV? WIP-Diskussionspapier 3/2010,
Dr. Frank Schulze Ehring, Dr. Anne-Dorothee Köster

Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP-
Diskussionspapier 2/2010, Dr. Frank Wild

Zukünftige Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010,
Dr. Frank Niehaus

Neben den aufgeführten Studien stehen auch die früheren Veröffentlichungen des WIP als Volltextversionen auf der institutseigenen Webseite unter www.wip-pkv.de zum Download zur Verfügung. Die Studien mit ISBN können darüber hinaus auch unentgeltlich in gedruckter Form über das WIP bezogen werden.

