
Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV

Jahresbericht 2017

Sonja Hagemeister, Frank Wild



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.....	4
2.	Vorgehensweise.....	5
	2.1 Datenbasis.....	5
	2.2 Methodik.....	5
	2.3 Datenlimitationen	7
3.	Der ambulante ärztliche Sektor.....	7
	3.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten.....	7
	3.2 Abrechnung von Arztleistungen in PKV und GKV	11
4.	Der stationäre Sektor	14
5.	Arznei- und Verbandmittel	18
	5.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten.....	18
	5.2 Mehrumsatz der Privatversicherten	21
6.	Zahnmedizinischer Bereich	22
	6.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten.....	22
	6.2 Mehrumsatz der Privatversicherten	24
	6.3 Mehrumsatz aufgeteilt nach Zahnbehandlung und Zahnersatz	25
7.	Heilmittel	26
8.	Hilfsmittel	28
9.	Zusammenfassung	30
	Quellenverzeichnis	32

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem ist geprägt durch die Dualität von Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV). Beide Systeme verfolgen das Ziel einer materiellen Sicherung im Krankheitsfall. Sowohl hinsichtlich ihrer Finanzierungsform (Umlageverfahren bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren) als auch auf der Leistungsseite unterscheiden sich diese beiden Kostenträger erheblich.

Seit 2006 nimmt das WIP einen Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte vor und quantifiziert die Summe, die dem Gesundheitssystem durch die Existenz der PKV zur Verfügung steht. Es wird damit der Betrag berechnet, der den Leistungsanbietern nicht mehr zur Verfügung stehen würde, wenn alle Privatversicherten gesetzlich krankenversichert wären und ihre Gesundheitsleistungen in dem betreffenden Jahr zu den Konditionen der GKV abrechnen würden. Die Höhe und der Anteil des Mehrumsatzes variiert zwischen den einzelnen Leistungssektoren. Er ist ein aussagekräftiges Merkmal für die Unterschiede in den Vergütungssystemen.

Den höchsten Mehrumsatz verzeichnet hierbei stets der ambulante ärztliche Sektor. Der unterschiedliche Ansatz in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) der PKV auf der einen und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der GKV auf der anderen Seite spielt hierbei eine wichtige, aber keineswegs die einzige Rolle. Die Unterschiede, die letztendlich zum PKV-Mehrumsatz bei den Arzthonoraren führen, beruhen auch auf einer Vielzahl von Begrenzungs- und Steuerungsinstrumenten, die im GKV-typischen Sachleistungssystem bei der Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) angesetzt werden. Das Kosten-erstattungs-system der PKV kennt derartige Mechanismen nicht. Die Leistungsprüfung erfolgt entsprechend dem privatrechtlich vereinbarten Versicherungstarif. Die verschiedenen Mechanismen werden in Kapitel 3 kurz dargestellt.

In der vorliegenden Studie wird eine Aktualisierung und Berechnung des Mehrumsatzes auf Basis der neuesten heute vorliegenden Daten für das Jahr 2015 sowie für die einzelnen Leistungssektoren vorgenommen. Es erfolgt jeweils ein Vergleich mit den Werten von 2014. Die Studie unterstreicht die wirtschaftliche Bedeutung der Privatversicherten für das deutsche Gesundheitssystem.

2. Vorgehensweise

2.1 Datenbasis

Datenbasis für die Berechnung der PKV-Leistungsausgaben bilden die so genannten Kopfschadenstatistiken des PKV-Verbandes für die Krankenvollversicherten. Die Kopfschadenstatistik liegt für die betrachteten Leistungsbereiche detailliert nach Alter und Geschlecht vor. Die GKV-Ausgaben werden auf der Grundlage der Daten des Bundesversicherungsamtes (BVA) berechnet. Das BVA veröffentlicht Daten zu den Leistungsausgaben pro Tag der GKV-Versicherten, die im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) ermittelt werden.¹ Der RSA unterteilt in fünf Hauptleistungsbereiche. Diese sind:

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

Die GKV-Ausgaben je Leistungsbereich wurden der Tabelle „Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2004 bis 2015“, die das Bundesministerium für Gesundheit auf seiner Internetseite veröffentlicht, entnommen.

Im Jahr 2015 waren 8,79 Mio. Menschen in der PKV und 71,12 Mio. Menschen in der GKV versichert.² Damit waren 11,0 % der Bevölkerung in Deutschland privat krankenvollversichert.

2.2 Methodik

Die Methodik folgt der Vorgehensweise bei den Berechnungen des Mehrumsatzes in den bisherigen Studien zu dieser Thematik.³ Typischerweise erfolgt dabei eine direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten. Für die Bereiche Heilmittel und Hilfsmittel liegen allerdings nur in der PKV-Kopfschadenstatistik Daten als abgegrenzte Pro-Tage-Werte vor, nicht aber im RSA. Deshalb wird hier alternativ eine Zuordnung der Kopfschadenprofile über die Ausgaben in der GKV-Statistik vorgenommen. Beide Verfahren werden im Folgenden erklärt:

¹ Vgl. Bundesversicherungsamt (2015).

² Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2016).

³ Vgl. Niehaus/Weber (2005), Niehaus (2006a, 2006b, 2007, 2009, 2010, 2013, 2015), Wild (2016).

Direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten

Bei direkter Zuordnungsmöglichkeit wird die bereits in den vorangegangenen Studien 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 Leistungsausgaben pro Kopf 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.

Zuordnung der Kopfschadenprofile über die Ausgaben in der GKV-Statistik

Im zweiten Fall, bei dem den Kopfschadensprofilen nicht direkt RSA-Profile zugeordnet werden können, weil sie nicht verfügbar sind, wird hilfsweise auf die detaillierten Finanzergebnisse der GKV aus der so genannten KJ1-Statistik des Bundesgesundheitsministeriums zurückgegriffen. Diese Methodik wird bei den Leistungsbereichen Heilmittel und Hilfsmittel verwendet.

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 GKV-Werte aus der KJ1-Statistik 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.

Diese Methodik hat die Einschränkung, 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 Bezug auf das Durchschnittsalter, deutlich angenähert hat.

2.3 Datenlimitationen

In der PKV-Kopfschadenstatistik sind nur Rechnungen enthalten, die ein PKV-Versicherter zur Erstattung bei einem PKV-Unternehmen eingereicht hat. Ausgaben, die ein Privatversicherter nicht eingereicht und damit selbst getragen hat, sind nicht enthalten. Ursachen für das Nichteinreichen können sein, dass die Rechnungen in einen Selbstbehalt fallen oder eine Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme erwartet wird. Damit werden die Ausgaben der Privatversicherten systematisch unterschätzt. Auch die Leistungsausgaben der GKV-Versicherten sind statistisch etwas geringer als tatsächlich, da auch GKV-Versicherte im Gesundheitssystem als Selbstzahler auftreten können. Dies gilt vor allem für den zahnärztlichen Bereich. Eine Abschätzung der Umfänge zeigt, dass der in der PKV nicht erfasste Anteil der Zahlungen ins Gesundheitssystem diejenigen in der GKV deutlich übertrifft. Somit wird der hier berechnete Mehrumsatz tendenziell unterschätzt. Tatsächlich liegt der Betrag, der durch die Existenz der PKV-Versicherten zusätzlich ins Gesundheitssystem fließt, also 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 überschätzt und im anderen Bereich unterschätzt werden könnten. Im gesamten Mehrumsatz gleicht sich dies jedoch wieder aus.

3. Der ambulante ärztliche Sektor

3.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten für die ambulante ärztliche Behandlung lagen im Jahr 2015 bei 10,70 Mrd. €. ⁴ Dies entspricht einem Anstieg von 2,5 % gegenüber 2014. Auf die ambulante ärztliche Behandlung entfielen 32,0 % der gesamten Leistungsausgaben der PKV. Damit ist dies die größte Leistungsart in der PKV.

Die GKV-Ausgaben in diesem Sektor betragen im Jahr 2015 34,89 Mrd. €. Der Anteil der ambulanten ärztlichen Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben der GKV lag bei 20,6 % und damit deutlich niedriger als in der PKV. Sowohl für den stationären Sektor als auch für Arzneimittel gibt die GKV anteilig mehr finanzielle Mittel aus. Von den Gesamteinnahmen der niedergelassenen Ärzte entfallen 23,5 % auf Privatversicherte, obwohl diese nur

⁴ Die Ausgaben der Privatversicherten umfassen neben den Ausgaben der PKV-Unternehmen auch die Ausgaben der Beihilfeträger und der Privatversicherten über Selbstbeteiligungen. Damit unterscheiden sich diese Zahlen von denen, die regelmäßig im Zahlenbericht des PKV-Verbandes veröffentlicht werden. Im Zahlenbericht werden nur die Ausgaben der PKV-Unternehmen dargestellt.

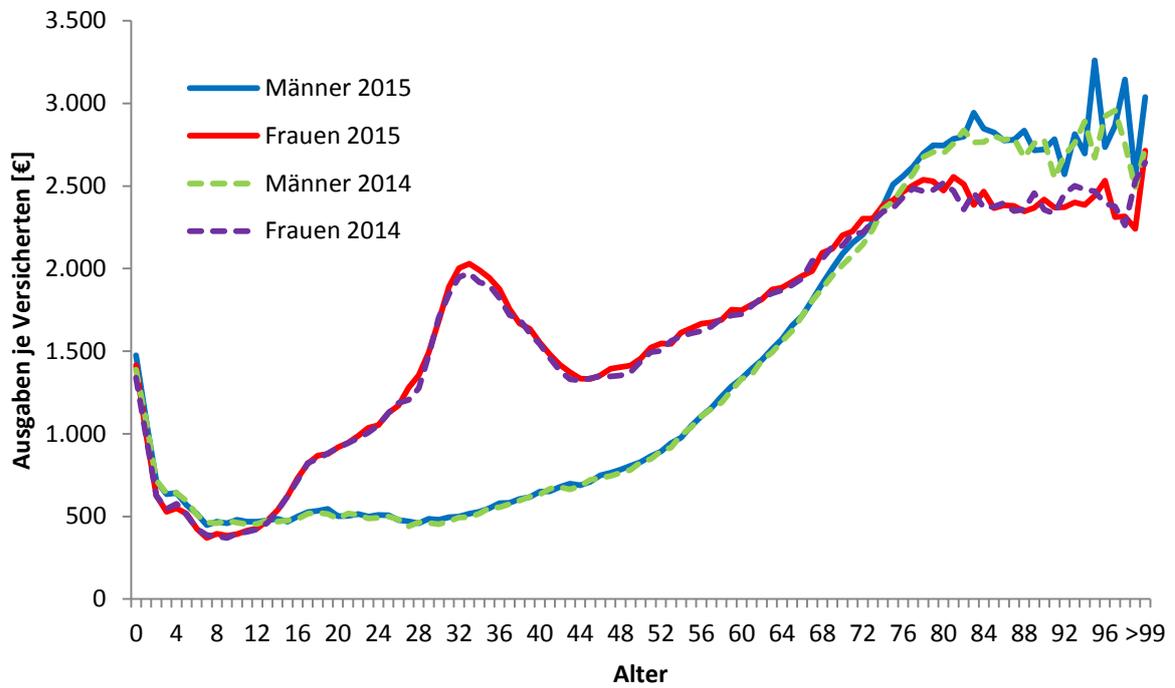
11 % der Gesamtbevölkerung stellen. Umgekehrt formuliert: Die 89 % GKV-Versicherten sind für 76,5 % der Gesamteinnahmen der Ärzte verantwortlich.

Der Ausgabenanstieg von 2014 zu 2015 lag in der GKV bei 4,4 % und damit höher als in der PKV (2,5 %). Das niedrigere Kostenwachstum in der PKV im Jahre 2015 folgt einem bereits seit 2009 zu beobachtenden Trend. Die Leistungsausgaben je PKV-Versicherten stiegen von 2005 bis 2015 im ambulanten ärztlichen Bereich um 37,7 % und die der GKV-Versicherten im selben Zeitraum um 58,4 %. Im Durchschnitt sind die Leistungsausgaben für die ärztliche Behandlung damit von 2005 bis 2015 in der PKV um 3,0 % pro Jahr gestiegen, wohingegen die gesetzliche Krankenversicherung einen Anstieg der Leistungsausgaben von 4,3 % pro Jahr verzeichnet.

Die ambulanten ärztlichen Leistungen sind altersabhängig, d.h. die Ausgabenprofile nehmen mit steigendem Alter zu. Dies wirkt sich im ambulanten Bereich allerdings weniger stark aus als im stationären Bereich oder im Arzneimittelsektor. Während die Pro-Kopf-Ausgaben bei den 25- bis 30-jährigen privatversicherten Männern unter 500 € im Jahr liegen, steigen sie ab dem 70. Lebensjahr auf über 2.000 € je Versicherten. Zwischen Männern und Frauen ist ein abweichender Verlauf feststellbar. Zwischen dem 14. und dem 74. Lebensjahr liegen die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Frauen über denen der Männer. Besonders deutlich ist der Geschlechterunterschied um das 35. Lebensjahr herum. Hintergrund sind die hohen Leistungsausgaben bei Frauen im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt. Ab dem 75. Lebensjahr liegen dagegen die Ausgaben für Männer über den Leistungsausgaben für Frauen (Abbildung 1).

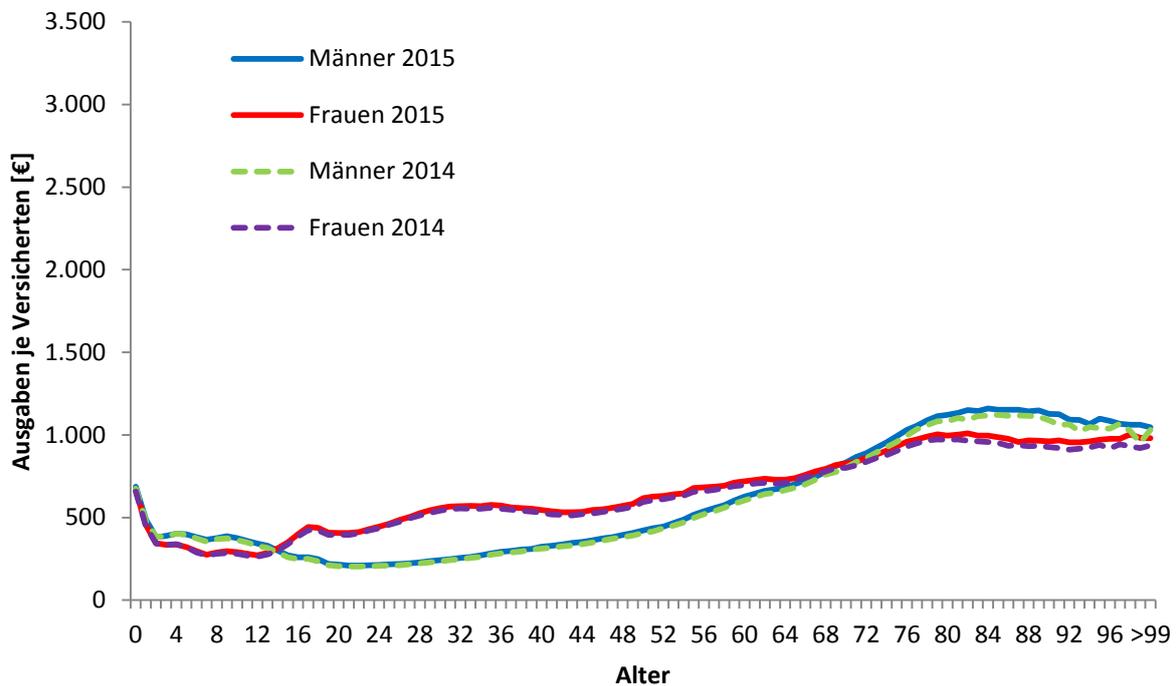
Der Ausgabenanstieg von 2014 zu 2015 entwickelt sich prozentual über alle Alter und bei beiden Geschlechtern in gleichem Maße.

Abbildung 1: Leistungsausgaben je Privatversicherten nach Alter 2015, 2014 – ambulante ärztliche Behandlung



Die GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen befinden sich auf einem deutlich niedrigeren Ausgabenniveau als in der PKV (Abbildung 2).

Abbildung 2: Leistungsausgaben je GKV-Versicherten nach Alter 2015, 2014 – ambulante ärztliche Behandlung

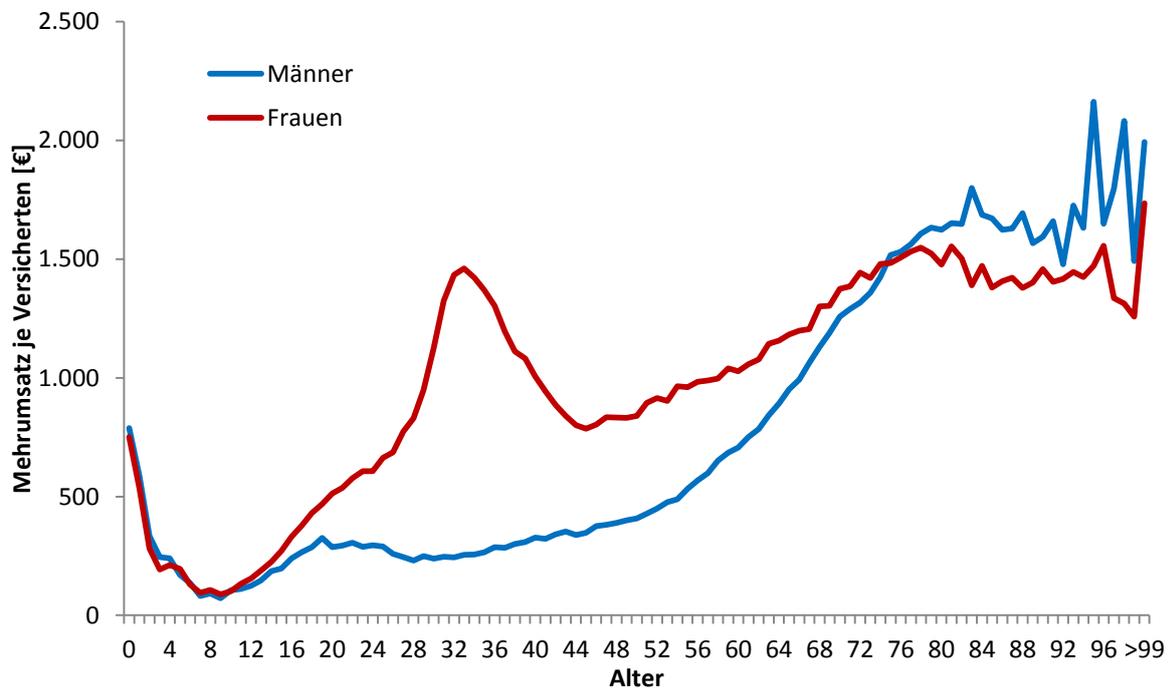


Wenn die Privatversicherten nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie in der GKV abgerechnet und versorgt würden, ergäben sich statt den Ausgaben von 10,70 Mrd. € im Jahr 2015 Ausgaben in Höhe von 4,64 Mrd. €. Damit liegt der Mehrumsatz von Privatversicherten in diesem Leistungsbereich bei 6,06 Mrd. € im Jahr 2015. Für jeden niedergelassenen Arzt in Deutschland entspricht dies im Schnitt einem Mehrumsatz von etwa 50.200 € im Jahr.⁵ Gegenüber dem Jahr 2014 (5,99 Mrd. €) entspricht dies einem Anstieg von 1,2 %.

Der durchschnittliche Mehrumsatz je Versicherten ist in Abhängigkeit von den abweichenden Ausgabenprofilen in der PKV und in der GKV auch altersabhängig. Während der Mehrumsatz bei den 8- bis 10-Jährigen unter 100 € je Privatversicherten lag, betrug er bei den über 74-Jährigen mehr als 1.400 € (siehe folgende Abbildung).

⁵ Laut der Statistik der Bundesärztekammer gab es in Deutschland im Jahr 2015 120.733 niedergelassene Ärzte.

Abbildung 3: Mehrumsatz je Privatversicherten nach Alter 2015 – ambulante ärztliche Behandlung



3.2 Abrechnung von Arztleistungen in PKV und GKV

Die Abrechnung der Arzthonorare bei privatärztlicher Versorgung erfolgt über die GOÄ, während für GKV-Leistungen der EBM herangezogen wird. Die beiden Abrechnungssysteme weisen eine differierende monetäre Bewertung und eine teilweise unterschiedliche Abgrenzung der Leistungen auf. Daher kann eine durchgeführte Behandlung je nach Versicherungsschutz des Patienten (Privatversicherter/Selbstzahler oder GKV-Versicherter) eine unterschiedliche Vergütung für den Arzt bedingen.⁶

Die Unterschiede von GOÄ und EBM sind aber nur eine Teilerklärung für den PKV-Mehrumsatz im ambulant ärztlichen Bereich. Darüber hinaus wirken in der GKV Mechanismen, die eine Ausgabenbegrenzung erzielen sollen. Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von den KVen in Form einer Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung geprüft (§ 106 SGB V), wodurch eine Ausgaben- und Mengenbegrenzung erfolgt. Die KVen führen diese Prüfungen durch, da ein Gewährleistungsauftrag der KVen gegenüber den Krankenkassen besteht, der neben der Sicherstellung einer ausreichend vertragsärztlichen Versorgung eine ordnungsgemäße Abrechnung beinhaltet. Bei der Plausibilitätsprüfung wird die ordnungsgemäße Abrechnung der ärztlichen Leistungen und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung

⁶ Vgl. Niehaus (2009).

die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung der Vertragsärzte überprüft. Ärztliche Leistungen dürfen demnach nicht das notwendige Maß überschreiten.⁷

Die so genannten Regelleistungsvolumina in der GKV tragen ebenfalls zur Ausgabenbegrenzung bei. Dabei ist es den einzelnen KVen freigestellt, Regelleistungsvolumina anzuwenden oder neue Regelungen zu treffen. Das Regelleistungsvolumen bildet einen im Voraus festgelegten Teil der Praxiseinnahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit, was eine wirtschaftliche Planbarkeit ermöglicht. Zudem verhindert das Regelleistungsvolumen eine übermäßige Leistungsausweitung, da erbrachte Leistungen nur bis zu einem Regelleistungsvolumen (abhängig von der Facharztgruppe) mit einem festen EBM-Punktwert honoriert werden, wogegen ab einer Überschreitung der Leistungsmenge eine Abstufung des EBM-Punktwertes erfolgt.⁸

Bei Privatversicherten erfolgt die Steuerung der Leistungsausgaben allein über den privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Dort sind der Leistungsumfang, Erstattungshöchstgrenzen, Selbstbeteiligungen und mögliche prozentuale Erstattungsquoten vereinbart.⁹ In der GOÄ selbst wird das Ausgabenvolumen durch Einschränkungen bzw. Begrenzungen in der Anzahl und parallelen Abrechenbarkeit einzelner Gebührenpositionen beschränkt. Außerdem ist die Anwendbarkeit der Steigerungsfaktoren begrenzt. Weitere Mengengrenzungen existieren hingegen nicht. Daher ist der Arzt bei der privatärztlichen Abrechnung unter Einhaltung der medizinischen Notwendigkeit und der Abrechnungsbestimmungen der GOÄ frei in seiner Diagnostik und Therapieentscheidung.

Aufgrund der Höhe der Vergütungssätze in der GOÄ im Vergleich zum EBM und der wesentlich geringeren Restriktionen ist ein Mengeneffekt im ambulant ärztlichen Bereich zu vermuten.¹⁰ Ebenso werden damit aber auch Anreize für den Arzt gesetzt, den Patienten länger in der ambulanten Versorgung zu versorgen und tendenziell später eine stationäre Einweisung zu veranlassen. Dies entspricht vielfach auch den Präferenzen der Patienten. Da die stationäre Versorgung in der Regel teurer ist, kann daraus zudem eine Einsparung resultieren. Einen empirischen Beleg für ein verzögertes Einweisungsverhalten gibt es jedoch nicht. Ein Indiz für diese These ist allerdings, dass der Anteil der ambulanten ärztlichen Versorgung in der PKV höher ausfällt als im stationären Bereich, während sich dies in der GKV umgekehrt darstellt.

Durch die Systemunterschiede können Versorgungsdifferenzen entstehen. Dies gilt insbesondere auch für neue Behandlungsmethoden. Nicht in der GOÄ enthaltene ärztliche Leistungen kann der Arzt bei Privatpatienten analog mit einer gleichwertigen ärztlichen Leistung der

⁷ Vgl. Simon (2017).

⁸ Vgl. Simon (2017).

⁹ Vgl. Milbrodt/Röhrs (2016).

¹⁰ Vgl. Niehaus (2009).

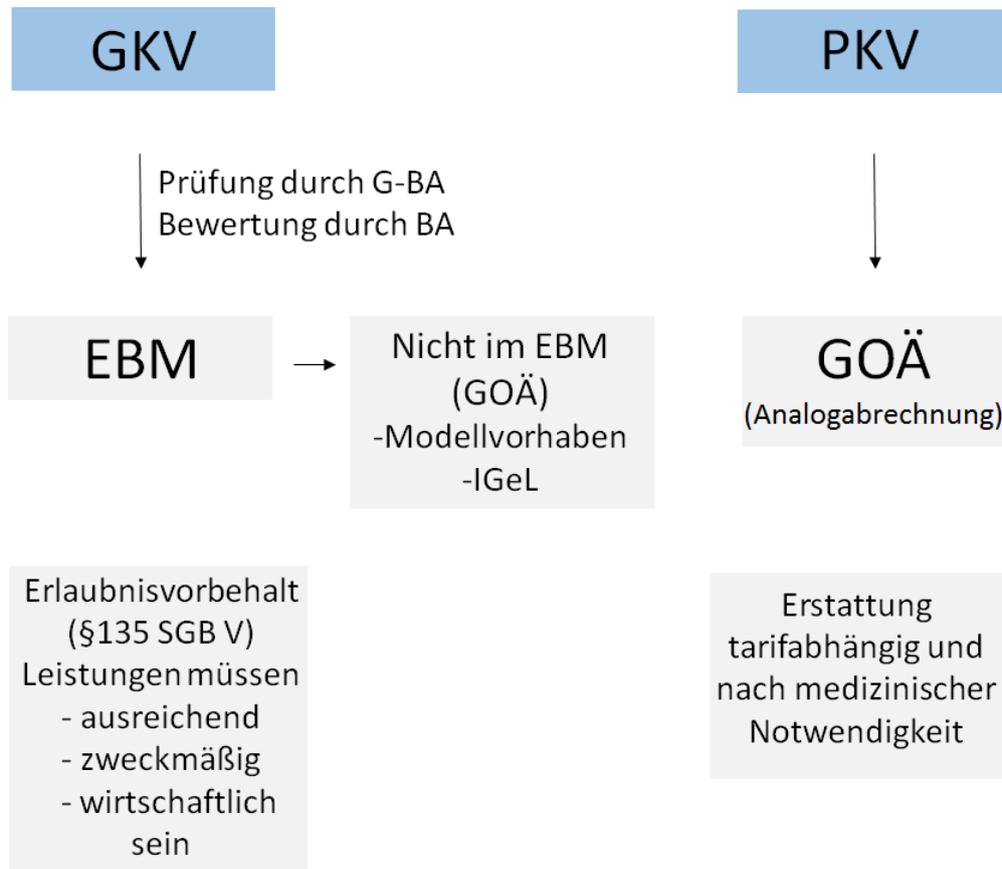
GOÄ berechnen (§ 6 Abs. 2 GOÄ), sofern die medizinische Notwendigkeit (§ 1 Abs. 2 GOÄ) und die versicherungsvertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind (§ 4 Abs. 6 MB/KK 2009). Dadurch bietet die PKV die Möglichkeit, neue Behandlungsmethoden einzubringen. Werden medizinische Innovationen von der PKV übernommen, ist die GKV in der Folge angehalten, sich der Thematik ebenfalls anzunehmen.¹¹

In der GKV dürfen neue Behandlungsmethoden im ambulanten Sektor dagegen erst dann als Kassenleistung angeboten werden, wenn eine Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgt ist und dieser das Ergebnis für den Patienten als nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich einstuft.¹² Im ambulanten Sektor stehen daher neue Behandlungsmethoden in der GKV unter einem Erlaubnisvorbehalt. Erfolgt eine positive Bewertung (Genehmigung) durch den G-BA, wird die Leistung in den Leistungskatalog der GKV (EBM) als eigene Gebührenposition aufgenommen. Dieser Prozess – die Bewertung innovativer Gesundheitsleistungen sowie die Implementierung dieser in den EBM – ist mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Bis zum Abschluss dieses Prozesses können die entsprechenden Behandlungsmethoden bei GKV-Versicherten nur gegen Selbstzahlung nach GOÄ-Abrechnung erbracht werden. Diese unterschiedliche Innovationsmotorik ist ebenfalls Teil des Mehrumsatzes von Privatversicherten.

¹¹ Vgl. Augurzky/Felder (2013).

¹² Vgl. G-BA (2016).

Abbildung 4: Marktzugang in der ambulanten ärztlichen Versorgung



Es wird deutlich, dass der PKV-Mehrumsatz bei Arzthonoraren nicht nur auf den Unterschieden von GOÄ und EBM beruht, sondern auch durch Mechanismen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung beeinflusst wird. In der GKV-Versorgung spielen hierbei der G-BA und die KVen eine wichtige Rolle, während in der PKV privatrechtlich vereinbarte Versicherungstarifbestimmungen gelten.

4. Der stationäre Sektor

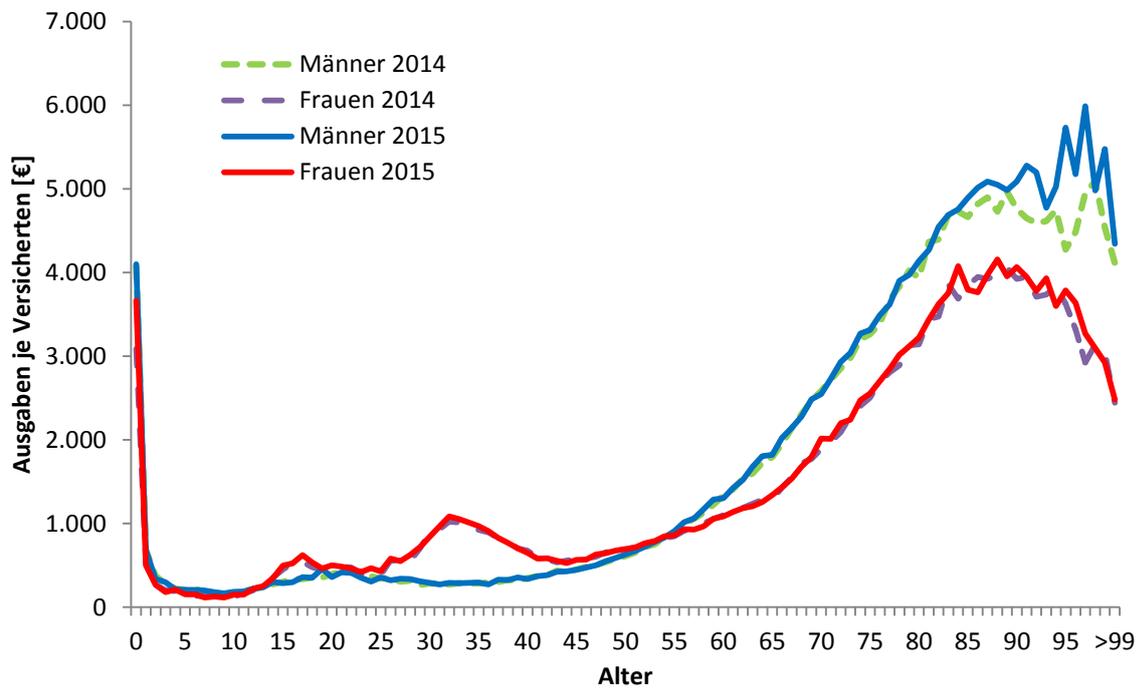
Die Ausgaben der Privatversicherten im Krankenhaus beliefen sich im Jahr 2015 auf 9,23 Mrd. €. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg von 4,0 %. Der Anteil an den gesamten Leistungsausgaben lag 2015 bei 27,6 %. Damit ist die Bedeutung des stationären Sektors gegenüber 2014 um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Im Vergleich zur GKV ist dieser Anteil aber nach wie vor eher gering. Die GKV-Ausgaben für den stationären Bereich lagen im Jahr 2015 bei 70,25 Mrd. € und damit bei einem Anteil von 41,5 % an den gesamten GKV-Leistungsausgaben. Der Krankenhausbereich ist in der GKV – im Gegensatz zur PKV – der ausgabenstärkste Bereich. Im Vergleich zu 2014 nahmen die Ausgaben in diesem Sektor in der GKV um 3,5 % und damit in etwa im gleichen Maße wie in der PKV zu.

Im stationären Bereich entfallen etwa 11,6 % aller Ausgaben auf Privatversicherte. Dieser Anteil liegt nur leicht über dem Versichertenanteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Dies ist vor allem darin begründet, dass allgemeine Krankenhausleistungen in der PKV nach dem gleichen Vergütungssystem (DRG-System) wie in der GKV abgerechnet werden. Der Mehrumsatz beruht im Wesentlichen auf Mehrleistungen im Rahmen von wahlärztlichen Behandlungen (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung). Inwieweit auch Struktur- oder Mengeneffekte eine Rolle spielen, ist nicht bekannt.

Die Leistungsausgaben sind im Krankenhaussektor in hohem Maße altersabhängig (siehe folgende Abbildung). Ab dem 55. Lebensjahr liegen die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Männern über denen der Frauen. Mit Ausnahme der Jahre von Schwangerschaft und Geburt (zwischen dem 25. und 42. Lebensjahr) liegen die Pro-Kopf-Ausgaben von Männern und Frauen unterhalb des 55. Lebensjahres auf gleichem Niveau.

Der Ausgabenanstieg um 4,0 % von 2014 zu 2015 resultiert vor allem aus höheren Ausgaben bei den über 85-jährigen Männern. Bei den Versicherten im jüngeren und mittleren Alter sind bei beiden Geschlechtern kaum Ausgabenanstiege auszumachen.

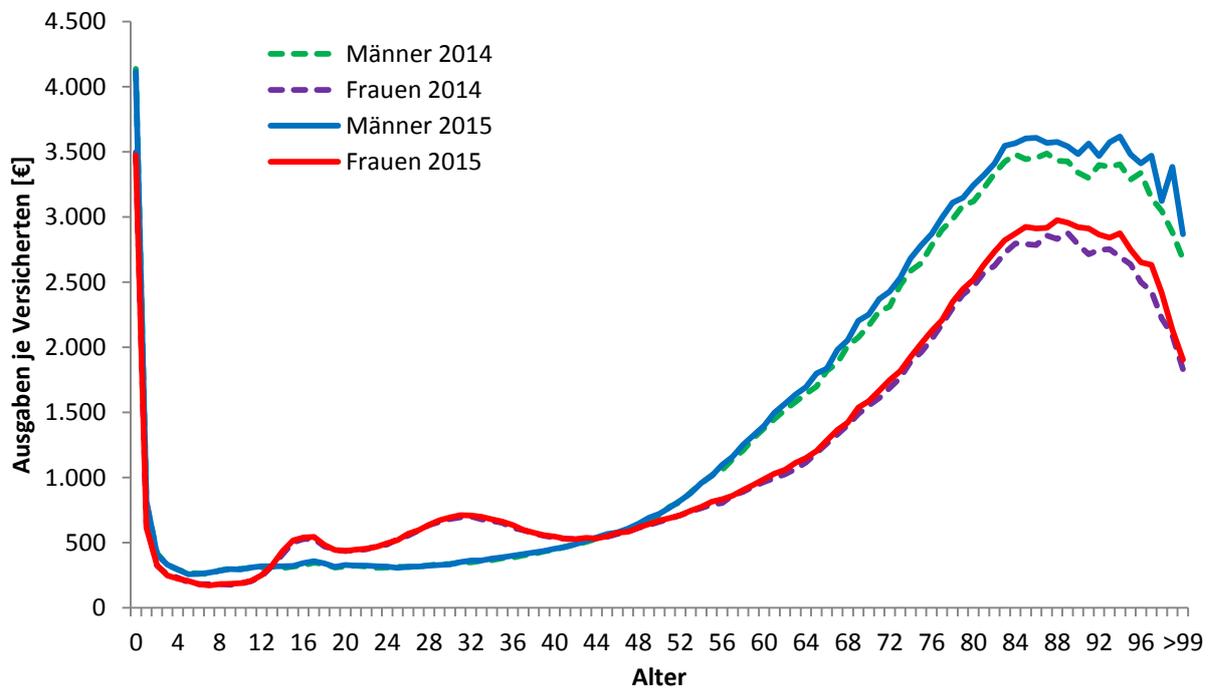
Abbildung 5: Leistungsausgaben je Privatversicherten nach Alter 2015, 2014 – stationärer Bereich



In der GKV (Abbildung 6) zeigt sich im Krankenhausbereich ein vergleichbares Ausgabenprofil wie in der PKV. Der Ausgabenanstieg von 2014 zu 2015 um 3,5 % ist im Gegensatz zur oben aufgezeigten Entwicklung in der PKV jedoch nicht nur bei den Hochbetagten, sondern bereits bei Versicherten ab dem 60. Lebensjahr erkennbar.

Bereits im Jahr 2014 lagen die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich bei den älteren Versicherten in der PKV deutlich über denen der GKV. Dieser Abstand hat sich bei den über 85-Jährigen vergrößert, bei den 60- bis 85-Jährigen aber leicht verringert.

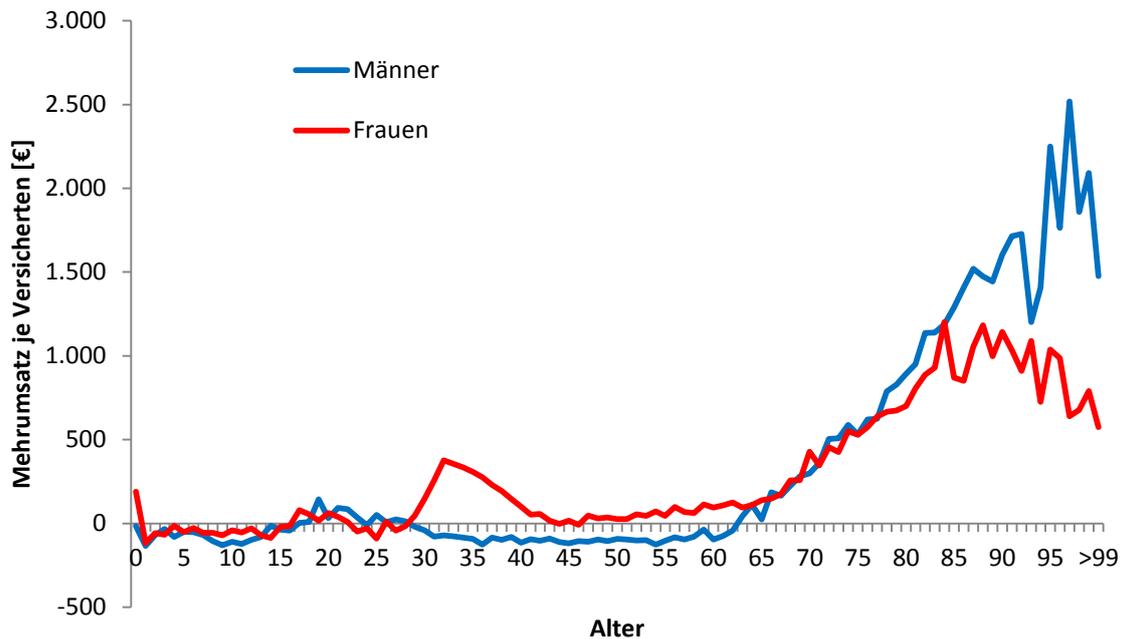
Abbildung 6: Leistungsausgaben je GKV-Versicherten nach Alter 2015, 2014 – stationärer Bereich



Wenn privatversicherte Patienten im Jahr 2015 in der GKV versichert gewesen wären, hätten ihre Ausgaben für den stationären Sektor 8,54 Mrd. € statt 9,23 Mrd. € betragen. Der PKV-Mehrumsatz lag damit in diesem Leistungsbereich bei 693 Mio. € im Jahr 2015. Damit sind 7,5 % der PKV-Leistungsausgaben im stationären Bereich als Mehrumsatz anzusehen. Im Vergleich zu 2014 ergibt sich ein geringer Anstieg um 4 Mio. € bzw. 0,6 %.

Ein Mehrumsatz zeigt sich im stationären Bereich vor allem ab dem 64. Lebensjahr (bei beiden Geschlechtern) sowie bei Frauen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. In den übrigen Altersgruppen gibt es zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben bei PKV und GKV nur geringe Unterschiede. Der geringe Anstieg des Mehrumsatzes (von insgesamt 4 Mio. €) resultiert aus einem marginalen Anstieg des Mehrumsatzes bei den Versicherten oberhalb des 90. Lebensjahres. In den übrigen Lebensjahren liegt der Mehrumsatz von 2015 auf den Werten von 2014.

Abbildung 7: Mehrumsatz je Privatversicherten nach Alter 2015 – stationärer Bereich



5. Arznei- und Verbandmittel

5.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Für Arznei- und Verbandmittel gaben die Privatversicherten im Jahr 2015 insgesamt 5,11 Mrd. € aus. Im Vergleich zum Jahr 2014 bedeutet dies einen Ausgabenanstieg von 5,5 %. Damit ist der Arzneimittelbereich der im Jahr 2015 am stärksten gestiegene Leistungssektor. Entsprechend nahm der Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Leistungsausgaben der Privatversicherten um 0,3 Prozentpunkte auf jetzt 15,3 % zu.

Die Arzneimittelausgaben der GKV-Versicherten betragen – unter Berücksichtigung von Impfstoffen, Praxisbedarf und Eigenanteilen und unter Abzug von kassenspezifischen Rabatten – 35,89 Mrd. €. ¹³ Im Vergleich zum Jahr 2014 ist dies eine Zunahme um 4,4 %. Der etwas niedrigere Anstieg in der GKV ist vor allem auch ein Ergebnis des weiter zunehmenden Einsparvolumens der vertraglich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den pharmazeutischen Herstellern ausgehandelten Rabatte nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V. Im Jahr 2015 lag das realisierte Einsparvolumen in der GKV bei 3,61 Mrd. € und damit 456 Mio. € höher als im Jahr 2014. ¹⁴ PKV-Unternehmen können zwar ebenfalls Rabattverträge mit

¹³ Vgl. Schwabe, Paffrath (2016).

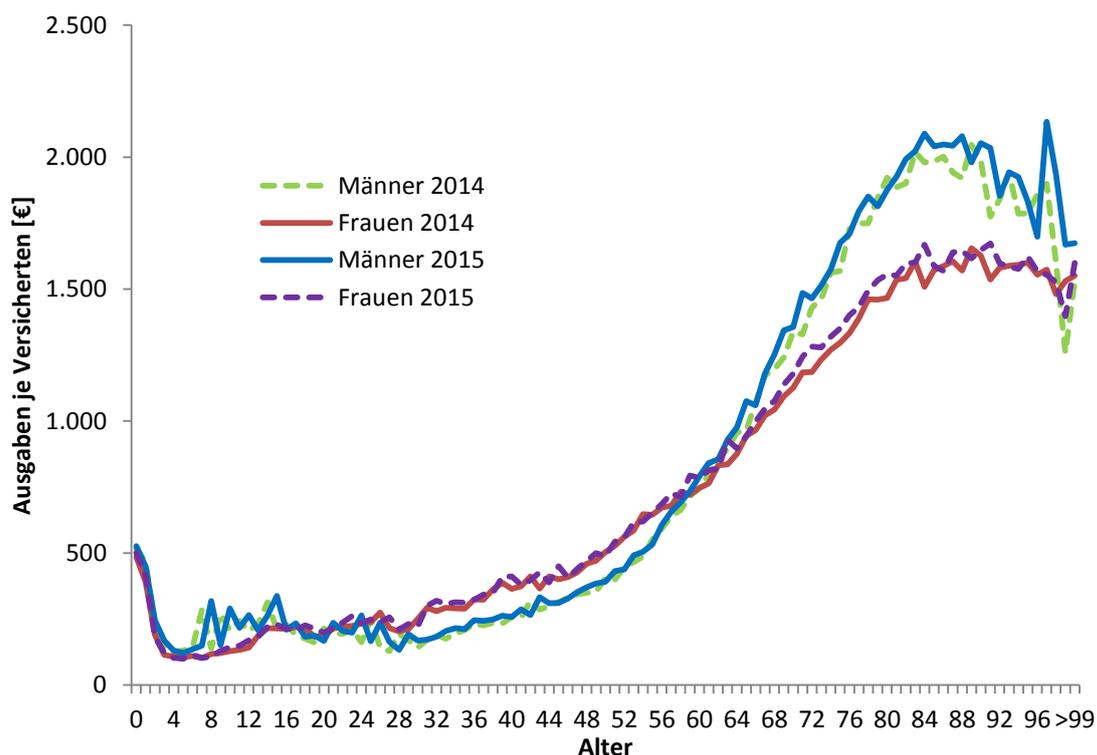
¹⁴ Vgl. Schwabe, Paffrath (2016), Schwabe, Paffrath (2015).

Pharmaunternehmen abschließen, diese spielen aber aufgrund andersartiger Steuerungsmechanismen¹⁵ finanziell nur eine marginale Rolle.

Die Arzneimittelausgaben weisen ein stark altersabhängiges Profil auf. Während bei den hochbetagten Privatversicherten Ausgaben von durchschnittlich fast 2.000 € im Jahr zu registrieren sind, liegen sie unterhalb des 30. Lebensjahres teilweise deutlich unter 500 € im Jahr. Die niedrigsten Arzneimittelausgaben im Jahr 2015 weisen die 5-jährigen Jungen (120,87 € pro Kopf) auf, die höchsten die 97-jährigen Männer (2.134,05 €). Bis zum 16. Lebensjahr und ab dem 63. Lebensjahr sind die Arzneimittelausgaben im Schnitt bei den Männern höher als bei den Frauen (Abbildung 8).

Vom Ausgabenanstieg von 2014 zu 2015 sind prozentual in der Tendenz alle Altersklassen betroffen. Bei den Männern fällt der Anstieg mit 5,7% etwas größer aus als bei den Frauen (5,1 %).

Abbildung 8: Leistungsausgaben je Privatversicherten nach Alter 2015, 2014 – Arzneimittel



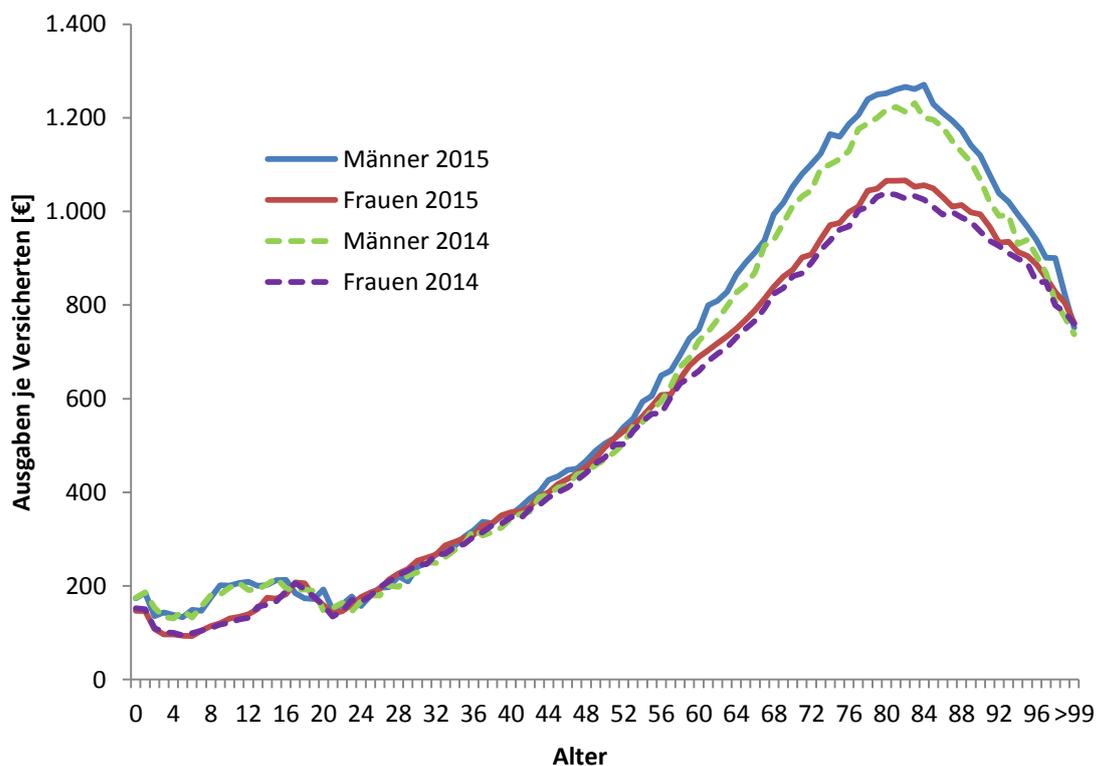
In der GKV liegen die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Männern ab dem 52. Lebensjahr über denen der Frauen. Auch hier sind bei den Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr etwas höhere Ausgaben bei Jungen im Vergleich zu Mädchen erkennbar. Im mittleren Alters-

¹⁵ Vgl. Wild (2015).

bereich liegen die Arzneimittelausgaben von Männern und Frauen in der GKV auf sehr ähnlichem Niveau (Abbildung 9). In der PKV waren dagegen bei den Frauen auffällig höhere Werte als bei den Männern erkennbar (Abbildung 8).

Das Ausgabenniveau ist insbesondere bei den älteren Versicherten in der GKV niedriger als in der PKV. Steuerungs- und Regulierungsinstrumente in der GKV beeinflussen sowohl die Preise der pharmazeutischen Industrie als auch das Abgabeverhalten der Apotheken und das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte. Zur Anwendung kommen sowohl Instrumente, die einen Preiseffekt verursachen, als auch Instrumente, die einen direkten Struktur- und Mengeneffekt auslösen.¹⁶ Auffällig ist auch das stärkere Absinken der durchschnittlichen Arzneimittelausgaben in der GKV ab dem 84. Lebensjahr um etwa 40 %. In der PKV beträgt der entsprechende Rückgang der Pro-Kopf-Ausgaben nur ca. 20 %.

Abbildung 9: Leistungsausgaben je GKV-Versicherten nach Alter 2015, 2014 – Arzneimittel



Ebenso wie in der PKV sind auch in der GKV prozentual alle Altersklassen von einem vergleichbaren Ausgabenanstieg betroffen.

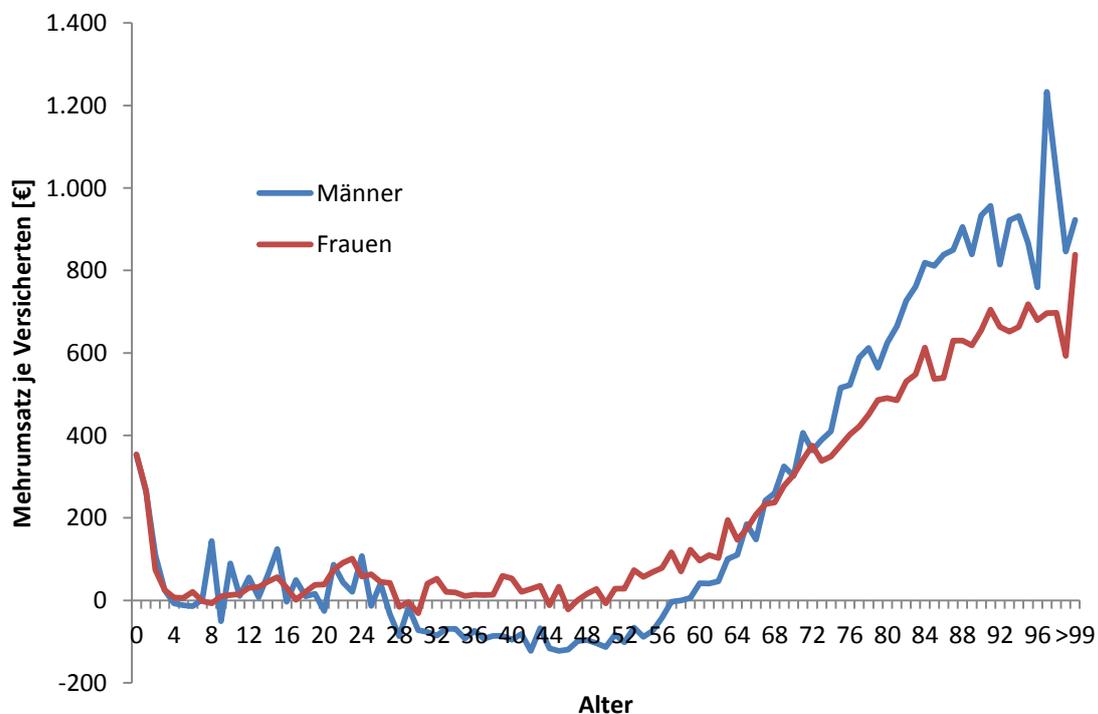
¹⁶ Für eine Übersicht siehe Wild (2015).

5.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würde die Arzneimittelversorgung der Privatversicherten den gleichen Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten unterworfen sein wie in der GKV, lägen ihre Arzneimittelausgaben im Jahr 2015 statt bei 5,11 Mrd. € bei 4,24 Mrd. €. Damit ergibt sich ein Mehrumsatz von 874 Mio. €. Im Vergleich zum Jahr 2014 (828 Mio. €) entspricht dies einem Anstieg um 5,6 %. Wie bereits im Jahr 2014 entspricht der Mehrumsatz damit auch 2015 anteilig 17,1 % der Arzneimittelausgaben der Privatversicherten.

Die verschiedenen Regulierungsmechanismen in der GKV wirken vor allem bei den Versicherten im höheren Alter. Wie bereits weiter oben festgestellt, sinken die Arzneimittelausgaben pro Kopf bei den Hochbetagten in der GKV in deutlich stärkerem Maße als in der PKV. Bei den Kindern und Jugendlichen befinden sich die Ausgaben auf einem sehr ähnlichen Niveau.¹⁷ In den mittleren Lebensjahren liegen die Arzneimittelausgaben pro Kopf bei den Männern in der PKV sogar unter den Werten der GKV. Vermutlich reichen viele Versicherte in diesem Altersbereich ihre Arzneimittelrechnungen nicht zur Erstattung ein, da ihre zu erwartende Beitragsrückerstattung über den insgesamt aufgetretenen Krankheitskosten liegt und damit für sie günstiger ist.

Abbildung 10: Mehrumsatz je Privatversicherten nach Alter 2015 - Arzneimittel



¹⁷ Die höheren Ausgaben bei Neugeborenen und Einjährigen sind zum Teil der unterschiedlichen Erfassung der Impfungen geschuldet.

Der Mehrumsatz im Arzneimittelbereich beruht sowohl auf einem Struktureffekt als auch auf einem Preiseffekt. Zum Struktureffekt tragen vor allem der höhere Anteil von neuen (teureren) Medikamenten und der größere Anteil von patentgeschützten Medikamenten (im Vergleich zu Generika) in der PKV bei.¹⁸ Darüber hinaus liegt der Erstattungspreis in der GKV bei einer Vielzahl von Medikamenten deutlich unter dem Preis, den ein Privatversicherter entrichtet (Preiseffekt). Die Ursache liegt in der Vielzahl von Rabattverträgen in der GKV. Mehr als zwei Drittel aller an GKV-Versicherte abgegebenen Generika fallen unter einen Rabattvertrag. Die Abschläge sind dabei erheblich und nehmen weiter zu. Der Branchenverband Pro Generika veröffentlicht hierzu Zahlen, nach denen die GKV-Durchschnittspreise einer Tagesdosis (DDD) auf Basis des Herstellerpreises bei Generika im Jahr 2015 durch Rabattverträge von 0,16 € auf 0,07 € sanken. Im Jahr 2009 lagen der DDD-Preis ohne Rabattvertrag (0,17 €) und der mit Rabattvertrag (0,15 €) deutlich näher beieinander.¹⁹ Aber nicht nur bei Generika fallen PKV-Preis und tatsächlich erstatteter GKV-Preis oft auseinander. Im Jahr 2015 wurden 355 Mio. Packungen von Originalpräparaten mit rabattiertem Preis zu Lasten der GKV abgegeben. Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) schreibt in seinem Zahlenbericht, dass der Rabattvertragsmarkt mit Originalpräparaten im Jahr 2015 um 36 % gewachsen ist.²⁰ Einen Preiseffekt gibt es dabei auch bei einer Reihe von neuen Medikamenten. Zwar gilt nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) der zwischen G-BA und pharmazeutischen Herstellern ausgehandelte Erstattungspreis auch für die PKV. Kassenspezifische Rabattverträge ermöglichen gesetzlichen Krankenkassen aber auch hier, einen Erstattungspreis zu verhandeln, der letztendlich noch unter dem „AMNOG-Preis“ liegt.

6. Zahnmedizinischer Bereich

6.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten im zahnmedizinischen Bereich lagen im Jahr 2015 bei 4,92 Mrd. €. Damit ist gegenüber dem Jahr 2014 ein Anstieg von 1,8 % zu verzeichnen. Dies ist über alle Sektoren hinweg einer der geringsten Anstiege. Die Ausgaben, die sowohl die Zahnbehandlung als auch den Zahnersatz und die Kieferorthopädie umfassen, machten damit im Jahr 2015 einen Anteil von 14,7 % aller Leistungsausgaben aus. Aufgrund des unterproportionalen Ausgabenwachstums sank dieser Ausgabenanteil um 0,2 Prozentpunkte.

Im Vergleich zur GKV spielen zahnmedizinische Leistungen in der PKV aber weiterhin eine deutlich größere Rolle. Insgesamt gaben die gesetzlichen Krankenkassen 13,43 Mrd. € für Zahnleistungen aus. Somit beträgt der PKV-Anteil an allen Leistungsausgaben im Zahnbe-

¹⁸ Vgl. Wild (2016).

¹⁹ Vgl. Pro Generika (2015).

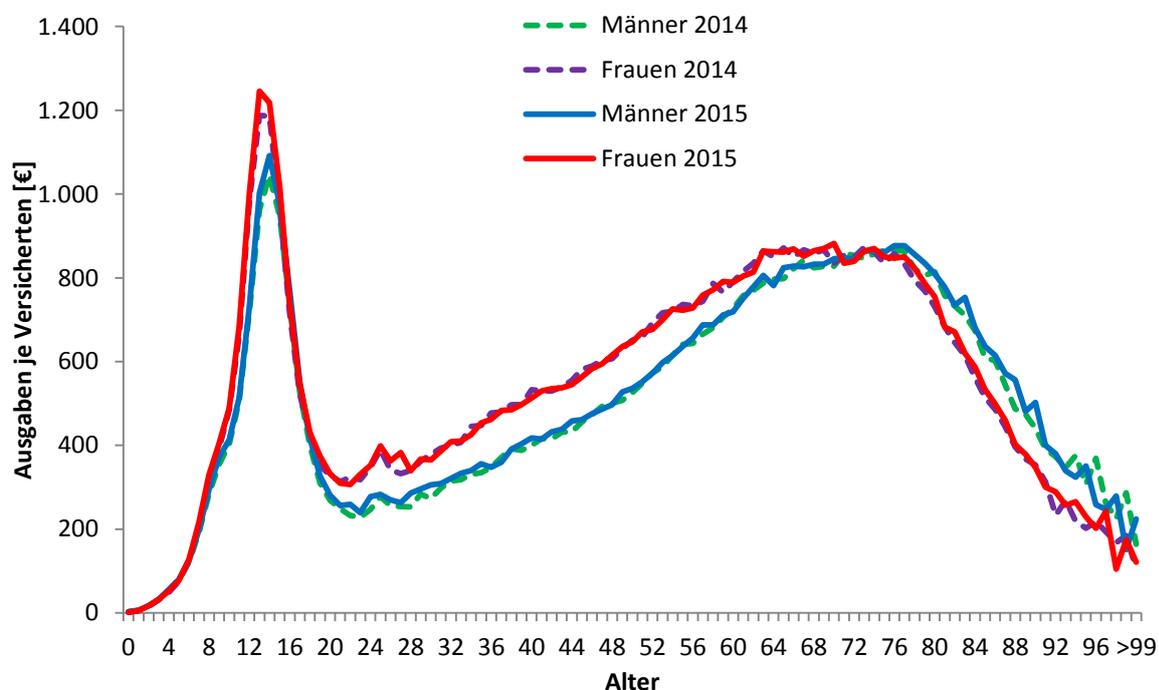
²⁰ Vgl. BAH (2015).

reich 26,8 % - bei einem Versichertenanteil von 11 %. In der GKV liegt der Anteil der Zahnleistungen an den Leistungsausgaben nur bei 7,9 % und damit nur etwa halb so hoch wie in der PKV. Im Jahr 2015 fiel das Ausgabenwachstum in der GKV im Zahnbereich mit 3,1 % jedoch etwas höher aus als in der PKV (1,8 %).

Die Zahnleistungen zeigen im Vergleich zu den übrigen Leistungsarten einen andersartigen Verlauf. Bereits bei Kindern und Jugendlichen fallen erhebliche Kosten, in der Regel im Bereich der Kieferorthopädie, an. Bei 14-jährigen Mädchen lagen die durchschnittlichen Ausgaben bei knapp 1.200 € im Jahr. Ab dem 20. Lebensjahr steigen die Ausgaben bis zum Ende des 70. Lebensjahres bis auf unter 900 € an, um danach wieder deutlich zurückzugehen (Abbildung 11).

Der Ausgabenanstieg fällt bei den Männern mit 2,2 % deutlich höher aus als bei den Frauen (1,2 %). Bei den Männern sind Steigerungen vor allem bei den unter 40-Jährigen und hierbei insbesondere bei den 20- bis 30-Jährigen feststellbar. Bei beiden Geschlechtern nehmen die Ausgaben im Schnitt bei Kindern und Jugendlichen etwas stärker zu als bei den Versicherten im mittleren und höheren Alter.

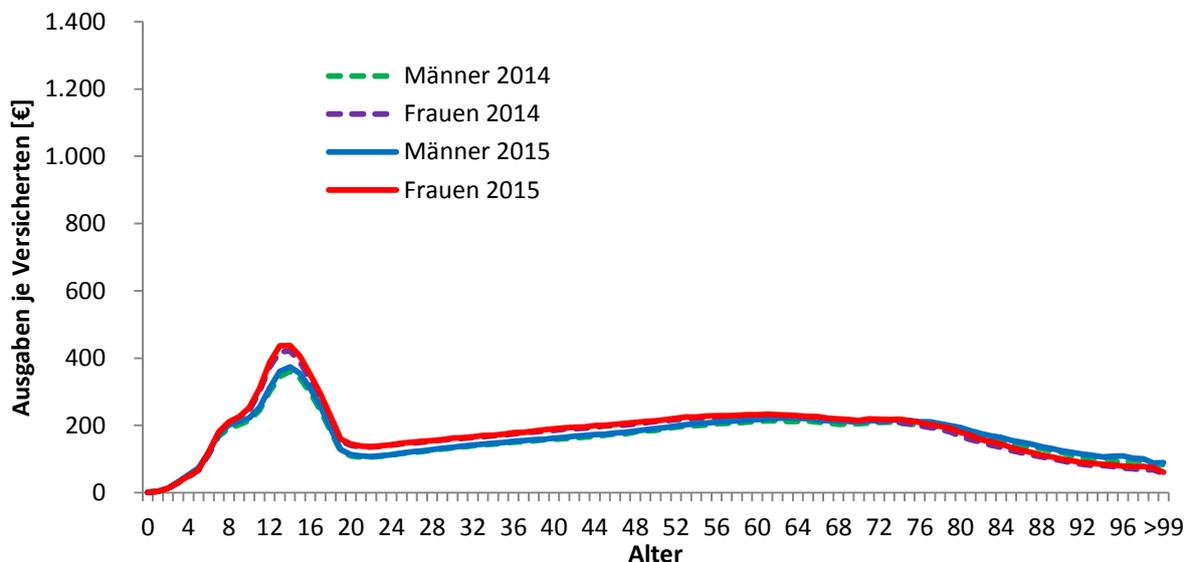
Abbildung 11: Leistungsausgaben je Privatversicherten nach Alter 2014, 2015 – zahnmedizinische Behandlung



Die Ausgaben für Zahnbehandlungen in der GKV (Abbildung 12) zeigen im Vergleich zur PKV ein deutlich flacheres Profil. Der höchste Wert wird bei den 14-jährigen Mädchen

(437 €) erreicht (Vergleich PKV: 1.218 €). Ab dem 19. Lebensjahr liegen die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV in jedem Alter unter 240 € pro Jahr. In der PKV ist im höheren Alter ein Anstieg bis auf 870 € zu verzeichnen.

Abbildung 12: Leistungsausgaben je GKV-Versicherten nach Alter 2014, 2015 – zahnmedizinische Behandlung



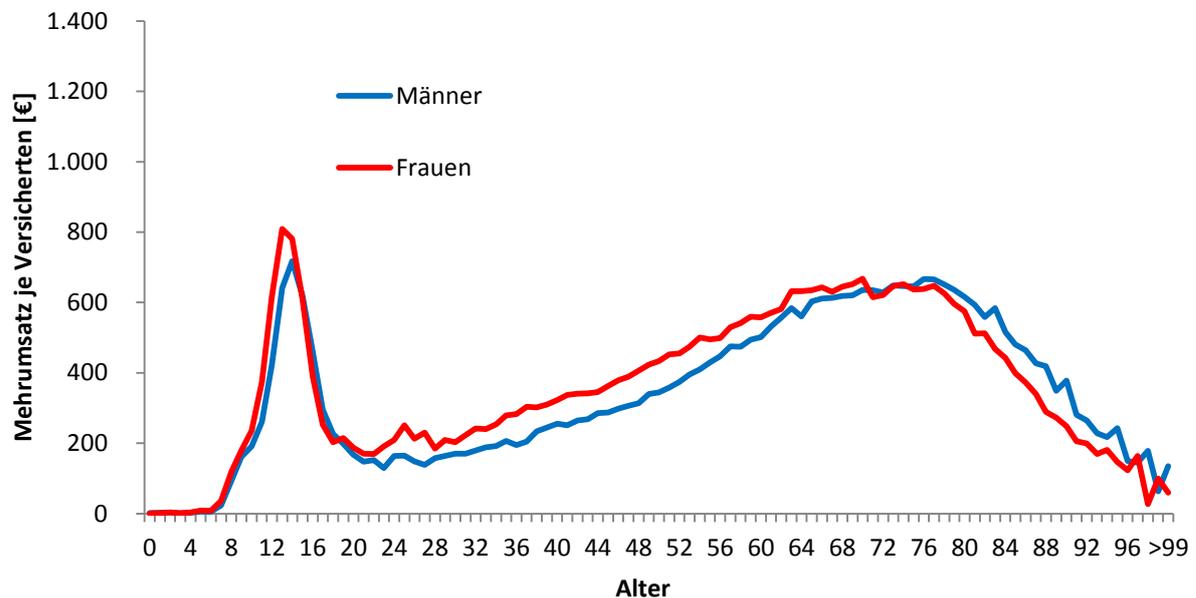
6.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden die Leistungen der Privatversicherten nach den Regularien der GKV erstattet, lägen ihre Ausgaben bei 1,66 Mrd. €. Tatsächlich waren es jedoch 4,92 Mrd. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten betrug damit im Jahr 2015 3,26 Mrd. € (2014: 3,22 Mrd. €). Auf jeden niedergelassenen Zahnarzt in Deutschland entfällt damit ein Mehrumsatz von durchschnittlich 61.900 €. ²¹ Im Vergleich zu 2014 ist der Mehrumsatz im Zahnbereich um 1,2 % gestiegen. Fast zwei Drittel (66,3 %) der Zahnleistungen Privatversicherter gelten als Mehrumsatz. Der zahnmedizinische Bereich ist damit – wie bereits in den Vorjahren – der Sektor mit dem prozentual größten Mehrumsatz.

Ein Mehrumsatz ist über alle Altersgruppen hinweg festzustellen. Besonders große Effekte zeigen sich bei den 12- bis 16-Jährigen sowie bei den 70- bis 80-Jährigen (Abbildung 13).

²¹ Nach der Statistik der Bundeszahnärztekammer gab es hierzulande im Jahr 2015 52.729 Zahnärzte.

Abbildung 13: Mehrumsatz je Privatversicherten nach Alter 2014, 2015 – zahnmedizinische Behandlung



6.3 Mehrumsatz aufgeteilt nach Zahnbehandlung und Zahnersatz

Die Leistungen der PKV-Versicherten für Zahnbehandlungen werden über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vergütet, während der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) die Basis der Abrechnung bei GKV-Versicherten bildet. Die beiden Abrechnungssysteme unterscheiden sich in der Abgrenzung der Leistung und der monetären Bewertung, wobei die GOZ den Ärzten eine höhere Vergütung ermöglicht als die BEMA.

Die Ausgaben der Privatversicherten für Zahnbehandlungen (inklusive der Kieferorthopädie) lagen im Jahr 2015 bei 2,52 Mrd. €. Die GKV leistet im gleichen Jahr im Umfang von 13,43 Mrd. €. Würden die Ärzte auch bei Privatversicherten nach der BEMA und den GKV-Regeln abrechnen, läge ihr Vergütungsvolumen hier bei 1,32 Mrd. €. Damit ergibt sich ein Mehrumsatz in diesem Bereich von 1,20 Mrd. €. Im Bereich Zahnbehandlungen liegt der Anteil des Mehrumsatzes an den Ausgaben damit bei 47,7 %.

Bei Zahnersatz erfolgt die Abrechnung für GKV-Versicherte auf der Basis von befundbezogenen Festzuschüssen. Die Festzuschüsse umfassen 50 % der Beträge für die jeweilige Regelversorgung (§ 55 Abs. 1 SGB V). Bei regelmäßigen Zahnarztbesuchen erhöhen sich die Festzuschüsse um 20 bzw. 30 % und betragen dann 60 bzw. 65 % der Regelversorgung. Nach § 56 SGB V bestimmt der G-BA in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden, und ordnet diesen Regelversorgung zu. Die Regelversorgung kann auch als „GKV-Grundversorgung“ bezeichnet

werden. Wählen GKV-Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten selbst in vollem Umfang zu tragen.

Die Erstattung bei Privatversicherten ist unabhängig von den genannten Richtlinien des G-BA. Der Privatversicherte erhält, wie auch bei Zahnbehandlungen, eine Erstattung im Rahmen seines Versicherungstarifes, wobei diese in Abhängigkeit von Selbstbeteiligungen in der Regel zwischen 80 und 90 % des Rechnungsbetrages liegt.

Die Ausgaben der Privatversicherten für Zahnersatz lagen im Jahr 2015 bei 2,40 Mrd. €. Die GKV-Leistungen hierfür würden nur 0,33 Mrd. € betragen. Damit ergibt sich ein Mehrumsatz von 2,06 Mrd. €. Im Bereich Zahnersatz sind damit 86,3 % aller Ausgaben der Privatversicherten als Mehrumsatz zu sehen. 63 % des gesamten Mehrumsatzes im Zahnbereich (3,26 Mrd. €) entfällt auf den Zahnersatz, die restlichen 37 % auf Zahnbehandlungen (inklusive Kieferorthopädie).

7. Heilmittel

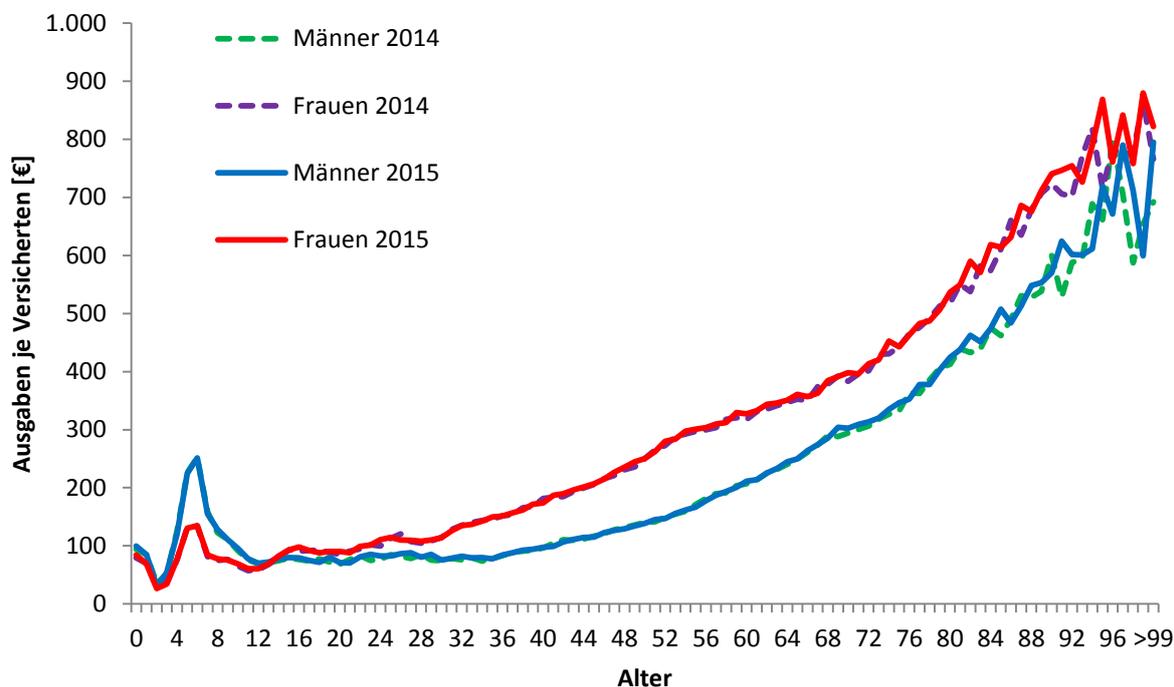
Die Ausgaben der Privatversicherten für Heilmittel lagen im Jahr 2015 bei 1,67 Mrd. € und damit 1,0 % höher als 2014. Damit ist der Heilmittel-Bereich der Sektor mit dem geringsten prozentualen Ausgabenwachstum. Die Heilmittel-Ausgaben entsprechen 5,0 % aller Leistungsausgaben der Privatversicherten.

In der GKV betragen die Heilmittelausgaben im Jahr 2015 6,1 Mrd. €. Bemerkenswert ist der hohe Ausgabenanstieg bei diesen Leistungen um 7,2 %. Heilmittel weisen in der GKV mit einem Anteil von 3,6 % an den gesamten Ausgaben eine geringere Bedeutung auf als in der PKV (5,0 %). Im Vergleich zum Jahr 2014 ist dieser Anteil in der GKV aufgrund des überproportionalen Wachstums allerdings um 0,8 Prozentpunkte gestiegen.

Der PKV-Marktanteil an allen Heilmittelausgaben liegt bei 21,5 % und damit weiterhin deutlich über dem Versichertenanteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung (11 %).

Die Heilmittel-Ausgaben nehmen tendenziell mit steigendem Alter zu. Bis zum 13. Lebensjahr sind die Ausgaben bei den männlichen Privatversicherten etwas höher als bei den weiblichen Versicherten. Danach ist es umgekehrt (Abbildung 14). Die vergleichsweise hohen Ausgaben um das 6. Lebensjahr herum sind mit den höheren Aufwendungen für Logopädie zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen zu begründen. Auch Behandlungen der Ergotherapie, zum Beispiel zur Therapie von sensomotorisch-perzeptiven Störungen (wie ADHS/ADS), sind in diesem Altersbereich für höhere Leistungsausgaben verantwortlich.

Abbildung 14: Leistungsausgaben je Privatversicherten nach Alter 2014, 2015 – Heilmittel



Die Heilmittelversorgung in der GKV ist wesentlich stärker reglementiert als in der PKV. Leistungsausschlüsse und -einschränkungen, Richtgrößen sowie das Instrument eines Regresses führen hier zu geringeren Ausgaben. Würden die gleichen Regelungen auch für Privatversicherte gelten, lägen die Ausgaben hier bei 0,67 Mrd. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten lag damit im Jahr 2015 bei 1,00 Mrd. € (2014: 1,02 Mrd. €). Je Heilmittelerbringer ergibt sich damit ein Mehrumsatz durch Privatversicherte von 15.600 €. ²² Damit ist der Heilmittelbereich der einzige Leistungsbereich, in dem der Mehrumsatz – allerdings minimal – gesunken ist.

Trotz dieses Rückgangs ist im Heilmittelbereich nach wie vor – neben dem zahnmedizinischen Bereich – der Anteil des Mehrumsatzes mit 59,6 % an den Ausgaben sehr hoch. Dies ist ein Indiz für die weiterhin hohe Regulierungsdichte in der GKV im Heilmittelbereich.

²² Die Anzahl der mit den AOKen abrechnenden Leistungserbringer bei der Versorgung mit Heilmitteln liegt bei 63.757. Vgl. Drucksache 18/7283 des Deutschen Bundestages.

8. Hilfsmittel

Auf Hilfsmittel entfielen bei Privatversicherten im Jahr 2015 Leistungsausgaben in Höhe von 1,40 Mrd. € (4,2 % aller Ausgaben). Im Vergleich zu 2014 nahmen die Ausgaben für Hilfsmittel um 4,9 % zu. Dies ist nach dem Arzneimittelbereich der zweithöchste Anstieg der betrachteten Leistungssektoren.

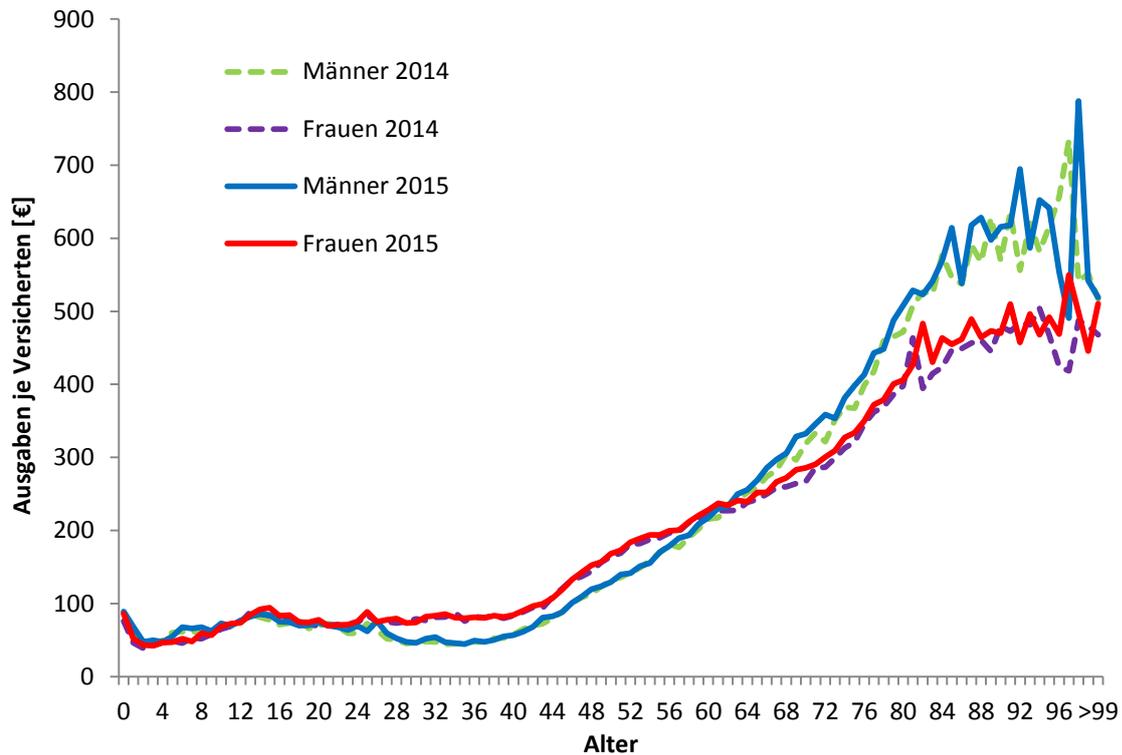
Die GKV-Ausgaben für Hilfsmittel lagen im Jahr 2015 bei 8,00 Mrd. €. Sie stiegen hier gegenüber 2014 um 1,9 %. Auf Hilfsmittel entfielen in der GKV 4,7 % aller Leistungsausgaben im Jahr 2015.

14,9 % aller Hilfsmittelausgaben, die zu Lasten von PKV und GKV abgerechnet werden, sind Privatversicherten zuzurechnen. Damit liegt der PKV-Marktanteil bei Hilfsmitteln auch hier über dem Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung.

Analog zu den meisten Leistungsarten im Gesundheitswesen zeigt sich auch bei Hilfsmitteln ein stark altersabhängiger Ausgabenverlauf. Im höheren Alter der Privatversicherten sind die Ausgaben für Hilfsmittel mehr als 6-mal höher als bei Kindern- und Jugendlichen. Ab dem 60. Lebensjahr sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Hilfsmittel bei den Männern höher als bei den Frauen. Zwischen dem 22. und dem 60. Lebensjahr zeigten sich dagegen im Schnitt bei den Frauen die etwas höheren Ausgaben. Bei Kindern und Jugendlichen sind keine wesentlichen Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht erkennbar (Abbildung 15).

Bei einem Vergleich der Leistungsausgaben pro Kopf von 2014 zu 2015 fällt keine Altersgruppe durch systematisch veränderte Werte auf. Vom Ausgabenanstieg sind prozentual alle Altersgruppen gleichmäßig betroffen.

Abbildung 15: Leistungsausgaben je Privatversicherten nach Alter 2014, 2015 – Hilfsmittel



Würden Privatversicherte nach den Vorgaben und Regulierungen wie in der GKV Hilfsmittel erhalten, lägen ihre Ausgaben bei 0,94 Mrd. €. Stellt man diesen Betrag den tatsächlichen Ausgaben (1,40 Mrd. €) gegenüber, ergibt sich ein Mehrumsatz von 0,46 Mrd. €. Damit sind 32,9 % der Ausgaben von Privatversicherten im Hilfsmittelbereich als Mehrumsatz zu sehen. Im Jahr 2014 lag der entsprechende Anteil noch bei 31,5 %.

9. Zusammenfassung

Im Jahr 2015 lagen die Leistungsausgaben der Privatversicherten bei insgesamt 33,42 Mrd. € und die der GKV-Versicherten bei 169,40 Mrd. €. Der größte Teil der Leistungsausgaben in der PKV entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung (10,70 Mrd. €). In der GKV ist der stationäre Sektor der ausgabenträchtigste Bereich. Der Anteil der Ausgaben der Privatversicherten ist in allen Sektoren größer als der Bevölkerungsanteil der Privatversicherten (11 %). Eine besonders große Bedeutung spielen Privatversicherte für den zahnmedizinischen Bereich (26,8 %), den ambulanten ärztlichen Bereich (23,5 %) sowie für die Heilmittelversorgung (21,5 %).

Tabelle 1: Leistungsausgaben und PKV-Marktanteil im Jahr 2015

Bereich	Ausgaben 2015 [Mrd. €]		Marktanteil PKV
	Privatversicherte	GKV	
Ambulante ärztliche Versorgung	10,70	34,89	23,5 %
Arznei- und Verbandmittel	5,11	35,88	12,5 %
Heilmittel	1,67	6,1	21,5 %
Hilfsmittel	1,40	8,00	14,9 %
Stationärer Bereich	9,23	70,25	11,6 %
Zahnmedizinischer Bereich	4,92	13,43	26,8 %
Sonstige	0,39	0,85	31,5 %
Gesamt	33,42	169,40	16,5 %

Der Mehrumsatz der Privatversicherten lag im Jahr 2015 bei 12,63 Mrd. € und damit 1,4 % bzw. 180 Mio. € höher als 2014. Den höchsten prozentualen Anstieg verzeichnen die Bereiche Hilfsmittel (9,8 %) und Arznei- und Verbandmittel (5,6 %). Die beiden größten Leistungsbereiche, der ambulant ärztliche Bereich (1,2 %) und der stationäre Sektor (0,6 %), weisen unterproportionale Zuwächse auf.

Tabelle 2: PKV Mehrumsatz 2014 und 2015 nach Bereichen

Bereich	Mehrumsatz [Mrd. €]		Veränderung [%]
	2015	2014	
Ambulante ärztliche Versorgung	6,060	5,990	1,2
Arznei- und Verbandmittel	0,874	0,828	5,6
Heilmittel	0,996	1,024	- 2,7
Hilfsmittel	0,461	0,420	9,8
Stationärer Bereich	0,693	0,689	0,6
Zahnmedizinischer Bereich	3,262	3,224	1,2
Sonstige	0,287	0,278	3,2
Gesamt	12,633	12,453	1,4

Die Leistungsausgaben stiegen in der PKV gegenüber 2014 um 3,3 % und damit in geringerem Maße als in der GKV (3,9 %). Maßgeblich für den höheren Anstieg in der GKV sind vor allem die höheren Wachstumsraten im ambulanten ärztlichen Bereich (4,4% [GKV] zu 2,5 % [PKV]), im zahnmedizinischen Bereich (3,1% [GKV] zu 1,8 % [PKV]) und bei den Heilmitteln (7,2 % [GKV] zu 1,0 % [PKV]). Dagegen stiegen die PKV-Ausgaben insbesondere bei den Hilfsmitteln (1,9 % [GKV] zu 4,9 % [PKV]) und bei den Arznei- und Verbandsmitteln (4,4 % [GKV] zu 5,5 % [PKV]) etwas stärker als in der GKV.

Tabelle 3: Anstieg der Leistungsausgaben im Jahr 2015

Bereich	Anstieg 2015 gegenüber 2014	
	Privatversicherte	GKV
Ambulante ärztliche Versorgung	2,5 %	4,4 %
Arznei- und Verbandsmittel	5,5 %	4,4 %
Heilmittel	1,0 %	7,2 %
Hilfsmittel	4,9 %	1,9 %
Stationärer Bereich	4,0 %	3,5 %
Zahnmedizinischer Bereich	1,8 %	3,1 %
Sonstige	2,7 %	3,7 %
Gesamt	3,3 %	3,9 %

Für die Akteure im Gesundheitswesen ist der Mehrumsatz der Privatversicherten eine wesentliche Größe. Der PKV-spezifische Mehrumsatz beträgt im Schnitt für jede der rund 120.000 ambulanten Arztpraxen in Deutschland 50.200 € im Jahr (2015), für jede der rund 53.000 Zahnarztpraxen 61.900 € im Jahr (2015) und für jeden der 64.000 Heilmittelerbringer rund 15.600 € im Jahr (2015). Das zeigt die elementare Bedeutung der Privatversicherten für den Bestand der ärztlichen Infrastruktur. Es handelt sich um zusätzliche Finanzmittel, die nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Diese zusätzlichen Finanzmittel ermöglichen Investitionen in die medizinische Infrastruktur, in die Erforschung neuer Behandlungsmethoden und in die Einstellung von medizinischem Fachpersonal. Gesundheitspolitische Vorschläge, die die Bedeutung der PKV im deutschen Gesundheitswesen herabsetzen, würden damit zu negativen Folgewirkungen für die Anbieter von Gesundheitsleistungen und für deren GKV- und PKV-Patienten führen.

Quellenverzeichnis

Augurzky, B.; Felder, S. (2013), Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, Heft 75, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016), Kennzahl der Gesetzlichen Krankenversicherung 2005 bis 2015 unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2015Bund_Juni_2016.pdf (17.11.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017), Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln unter:

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2015Bund_Maerz_2017.pdf (28.04.2017).

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>. (17.11.2016).

Bundesverband der Arzneimittelhersteller (2015), Der Arzneimittelmarkt in Deutschland 2105, Berlin.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016), Geschäftsbericht 2015. Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß §91 SGB V, Motiv Offset Druckerei, Berlin unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4136/GBA_Gesch%C3%A4ftsbericht%202015_web_bf.pdf (24.04.2017).

Milbrodt, H.; Röhrs, V. (2016), Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung, Schriftreihe Versicherungs- und Finanzmathematik, Band 34, Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, Karlsruhe.

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.

Niehaus, F. (2015), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 2/15, Köln.

Pro Generika (2015), Generika in Deutschland 2015, Berlin

Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. überarbeitete Aufl., Hogrefe Verlag, Bern.

Schwabe, U.; Paffrath, D (2016): Arzneiverordnungs-Report 2016, Heidelberg.

Schwabe, U.; Paffrath, D (2015): Arzneiverordnungs-Report 2015, Heidelberg.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2016), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015, Köln.

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

Wild, F. (2016), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

WIP-Veröffentlichungen seit 2010

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, ISBN 978-3-9818269-0-6 (März 2017), Verena Finkenstädt

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016 (November 2016), Dr. Frank Wild, Dr. Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016 (November 2016), Dr. Christine Arentz, Holger Eich, Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, ISBN 978-3-9813569-9-1 (Mai 2016), Dr. Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 - Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016 (April 2016), Verena Finkenstädt

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015 (November 2015), Verena Finkenstädt

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015 (November 2015), Dr. David Bowles, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler - Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015 (November 2015), Dr. Frank Wild

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015 (September 2015), Dr. Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015 (Juli 2015), Dr. Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung - Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015, Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015 (April 2015), Dr. Frank Niehaus

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

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4 (März 2015)

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 (Februar)

Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014, (Dezember 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

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.