

Der überproportionale  
Finanzierungsbeitrag privat  
versicherter Patienten zum  
Gesundheitswesen  
im Jahr 2004

WIP-Diskussionspapier 1/06

# **Der überproportionale Finanzierungsbeitrag der PKV im Jahr 2004**

## **1. Einleitung**

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Weiterführung der Arbeit von Niehaus/ Weber (2005) über den überproportionalen Finanzierungsbeitrag der PKV in den Jahren 2001 bis 2003 für das Jahr 2004 dar. Das technische und methodische Vorgehen entspricht diesem vorangehenden Bericht. Der bisher für 2001 bis 2003 ermittelte Mehrumsatz wird jetzt für 2004 ausgewiesen.

## **2. Mehrumsatz**

Der Mehrumsatz für 2004 wird durch den Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte ermittelt. Die Leistungen pro Kopf in der GKV werden anhand der Daten aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) errechnet. Für die Daten der PKV werden Kopfschadenstatistiken der PKV herangezogen. Aus den Daten des RSA ergeben sich hypothetische Leistungsausgaben, die PKV-Versicherte verursacht hätten, wenn sie statt in der PKV in der GKV versichert gewesen wären. Die Differenz ist der Mehrumsatz, der nur deshalb entsteht, weil die zu untersuchenden Personen in der PKV versichert sind.<sup>1</sup>

Für das Jahr 2004 errechnet sich ein Mehrumsatz von 9,536 Mrd. €. Damit haben die PKV-Versicherten 1,73mal mehr ins Gesundheitssystem gezahlt, als es die gesetzliche Krankenversicherung für sie getan hätte. Der Mehrumsatz entsprach somit 45,46% der gesamten Ausgaben der PKV-Versicherten.

Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahre in Abbildung 1, so ist ein kontinuierlicher Anstieg des Mehrumsatzes zu verzeichnen. Von 2003 auf 2004 hat sich der Mehrumsatz um rund eine Milliarde Euro erhöht. Dies stellt eine Steigerung von ca. 11,8 % dar. Der Anstieg des Mehrumsatzes hat sich damit gegenüber den Vorjahren deutlich beschleunigt.

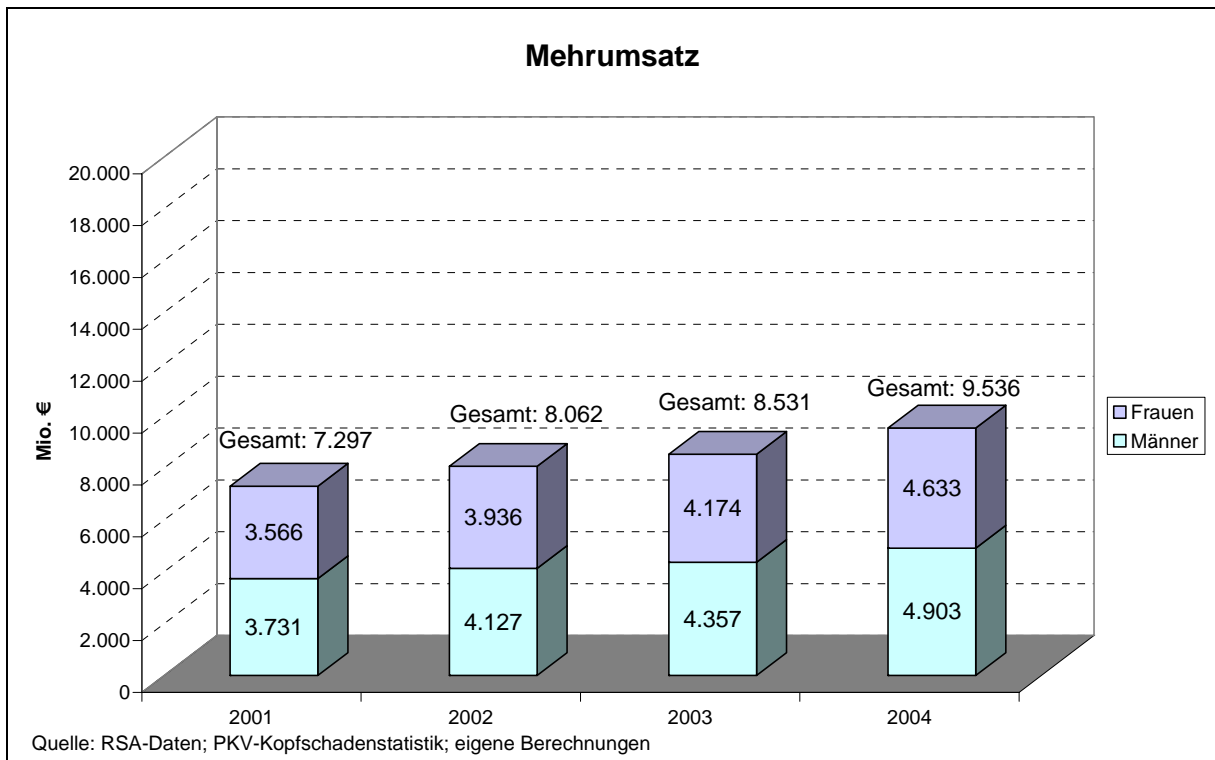


Abbildung 1<sup>2</sup>

### 3. Mehrumsatz pro Versicherten

Noch aussagefähiger als die Gesamtwerte ist die Entwicklung des Mehrumsatzes je Versicherten, da er nicht zusätzlich die Entwicklung der Versichertenzahlen widerspiegelt. Auch hier ist ein kräftiger Zuwachs des Mehrumsatzes von 1.081 € im Jahr 2003 auf 1.186 € je Versicherten im Jahr 2004 festzustellen. Das ist ein Anstieg um 105 Euro.

**Tabelle 1** zeigt den Mehrumsatz, der sich im Durchschnitt für jeden PKV-Versicherten für die Jahre 2001 bis 2004 ergab. Die Differenz in den Umsätzen pro Kopf hat sich stetig erhöht, wobei sich der Anstieg im letzten Jahr beschleunigt hat.

<sup>1</sup> Das detaillierte Vorgehen ist in Niehaus/Weber 2005 beschrieben.

<sup>2</sup> Entscheidend bei der Gegenüberstellung der Leistungsausgaben in beiden Systemen ist die Behandlung der sonstigen Leistungsausgaben, dem HLB 5 im RSA. Es wurden 50 % der sonstigen Leis-

**Tabelle 1**

Mehrumsatz pro Kopf						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	820,78 €	-	1.205,57 €	-	972,95 €	-
2002	882,83 €	7,56 %	1.292,26 €	7,19 %	1.044,30 €	7,33 %
2003	912,69 €	3,38 %	1.338,58 €	3,58 %	1.080,97 €	3,51 %
2004	1.008,90 €	10,53 %	1.458,00 €	8,93 %	1.186,43 €	9,75 %

Setzt man den Mehrumsatz pro Kopf ins Verhältnis zu den gesamten Ausgaben, die ein PKV-Versicherter ins Gesundheitssystem gezahlt hat, stellte der Mehrumsatz 2001 ein Anteil von 41,53 %. Dieser Anteil hat sich 2002 auf 42,46 % und 2003 auf 42,49 % erhöht. Zum Jahr 2004 steigerte er sich noch mal kräftig auf 45,46 %. Damit entfällt ein immer größerer Teil der Leistungsausgaben in der PKV auf den Mehrumsatz.

#### **4. Analyse**

Die Erhöhung des gesamten Mehrumsatzes lässt sich auf mehrere Ursachen zurückführen.

##### **4.1. Mehrumsatzeffekt durch die Erhöhung der Versichertenzahl**

Die Anzahl der Personen mit privater Krankheitsvollversicherung, die sich in beihilferechtigte Versicherte und andere Privatversicherte aufteilt, ist gestiegen. Im Jahr 2002 hatten 7.719.354 Personen eine private Krankheitsvollversicherung abgeschlossen. Diese Anzahl hat sich um 2,24 % auf 7.891.962 Personen im Jahr 2003 und um weitere 1,84 % auf 8.037.310 im Jahr 2004 erhöht. Tabelle 1 gliedert die Versicherten nach Geschlecht und stellt die Nettoneuzugänge dar.

---

tungsausgaben berücksichtigt. Für eine genaue Analyse der Aufteilung der sonstigen Leistungsausgaben siehe Niehaus/Weber (2005).

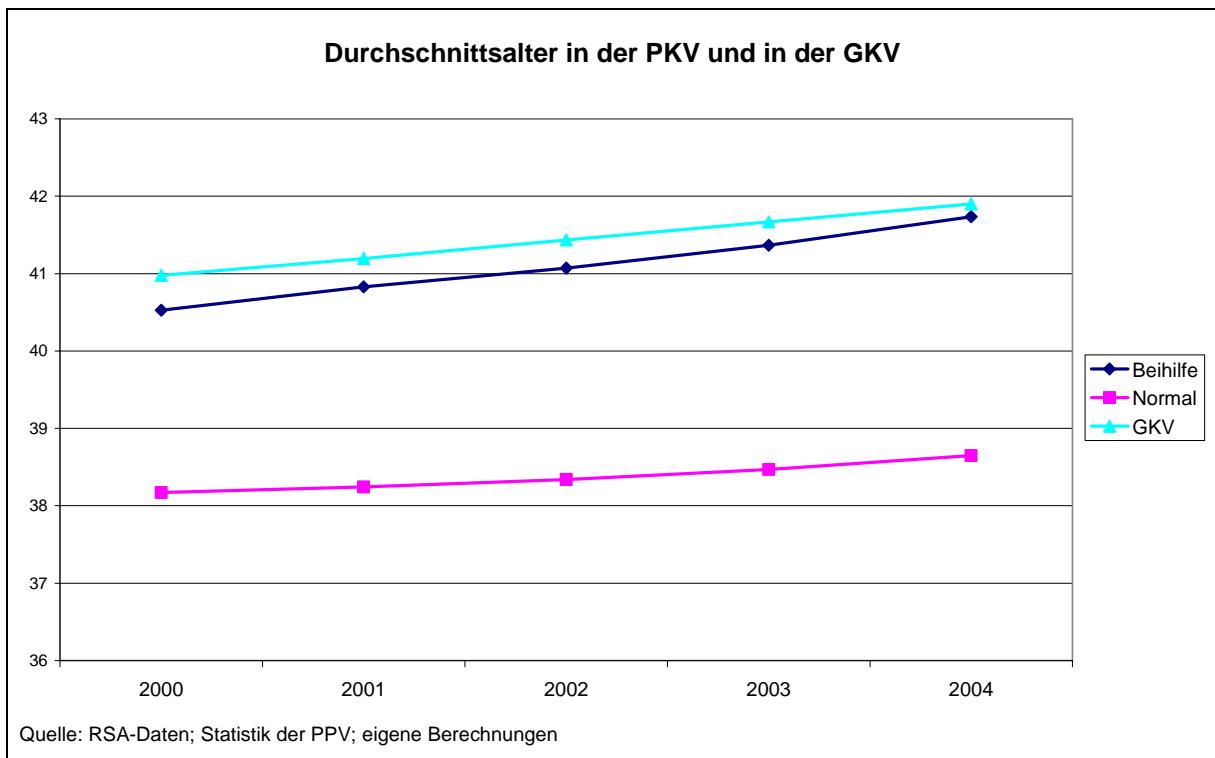
**Tabelle 2**

Jahr	Versicherte			Netto-Neuzugänge		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
2001	4.542.513	2.957.767	7.500.280	140.079	84.584	224.663
2002	4.673.832	3.045.522	7.719.354	131.319	87.755	219.074
2003	4.773.639	3.118.323	7.891.962	99.807	72.801	172.608
2004	4.860.194	3.177.116	8.037.310	86.555	58.793	145.348

Die Erhöhung der Versichertenzahl bewirkt eine direkte Erhöhung des Mehrumsatzes, da für die neuen Versicherten die Leistungsausgaben in der PKV anfallen, die für jeden Versicherten einen Mehrumsatz beinhalten. Der Vergleich des durchschnittlichen Mehrumsatzes pro Kopf stellt die Entwicklung ohne die Zunahme der Versichertenzahl dar. Würde man den durchschnittlichen Mehrumsatz von 1.186,43 € des Jahres 2004 auf die Versichertenzahl von 2003 hochrechnen, ergäbe sich ein Mehrumsatz von 9,363 Mrd. Damit sind ca. 173 Mio. € des zusätzlichen Mehrumsatzes von 2003 zu 2004 den neuen Versicherten zuzurechnen.

#### **4.2. Alterseffekt**

Die Alterung der deutschen Bevölkerung in den beobachteten Jahren zeigt sich an der Veränderung der Altersstruktur in den Krankenversicherungssystemen. Das Durchschnittsalter der PKV-Versicherten lag 2001 bei 39,55 Jahren, 2002 bei 39,71 Jahren 2003 bei 39,90 und ist 2004 auf 40,15 Jahre gestiegen. Dies entspricht einer Erhöhung des durchschnittlichen Alters um ca. 219 Tagen vom Jahr 2001 zum Jahr 2004.



**Abbildung 2**

Das Durchschnittsalter der Beihilfeberechtigten und der übrigen PKV-Versicherten in der PKV liegt unter dem Durchschnittsalter der Versicherten in der GKV. Das Durchschnittsalter der Beihilfeberechtigten steigt überdurchschnittlich stark an und wird im Jahr 2005 das der GKV-Versicherten erreicht haben und danach über diesem liegen. Die Alterung der Beihilfeberechtigten hat sich im letzten Jahr erheblich beschleunigt.

Durch die Alterung steigen die durchschnittlichen Ausgaben, sowohl die tatsächlichen in der PKV als auch die hypothetischen in der GKV. Da die PKV-Ausgaben aber auf einem höheren Niveau wachsen, erhöht sich durch die Alterung auch der Mehrumsatz. In der PKV ergeben sich im Jahr 2004 Ausgaben von 219,44 Mio. €, die auf der Alterung des Versichertenkollektivs innerhalb eines Jahres zurückzuführen sind. In der GKV wären die Ausgaben für die PKV-Versicherten auch aufgrund der Alterung gestiegen, aber nur um 129,64 Mio. €. Die Differenz dieser beiden Werte stellt einen Mehrumsatz dar. Bezogen auf die etwas über acht Millionen Privatversicherten waren dies 89,8 Mio. € Mehrumsatz, die nur darauf zurückzuführen sind, dass das Versichertenkollektiv der PKV gealtert ist. Dies sind 11,17 € pro Person von 2003 auf 2004.

### 4.3. Sektorspezifische Analyse

Die Höhe des Mehrumsatzes unterscheidet sich in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.

#### 4.3.1. Arzthonorare

Der größte Anteil der Leistungsausgaben im ambulanten Sektor entfällt auf die Arzthonorare. Auch der größte Teil des Mehrumsatzes insgesamt entsteht in diesem Bereich. Im Jahr 2003 waren es 3,660 Mrd. €. Von 2003 auf 2004 ist ein Sprung dieses Mehrumsatzes auf 4,108 Mrd. € festzustellen. Eine Steigerung um 12,19 %, die weit über den Steigerungen der Vorjahre lag. In den Vorjahren betrug der Anstieg in diesem Bereich nur 4,92 % (von 2001 auf 2002) und 4,11 % (von 2002 auf 2003). Abbildung 3 stellt den Mehrumsatz der Jahre 2001 bis 2004 dar.

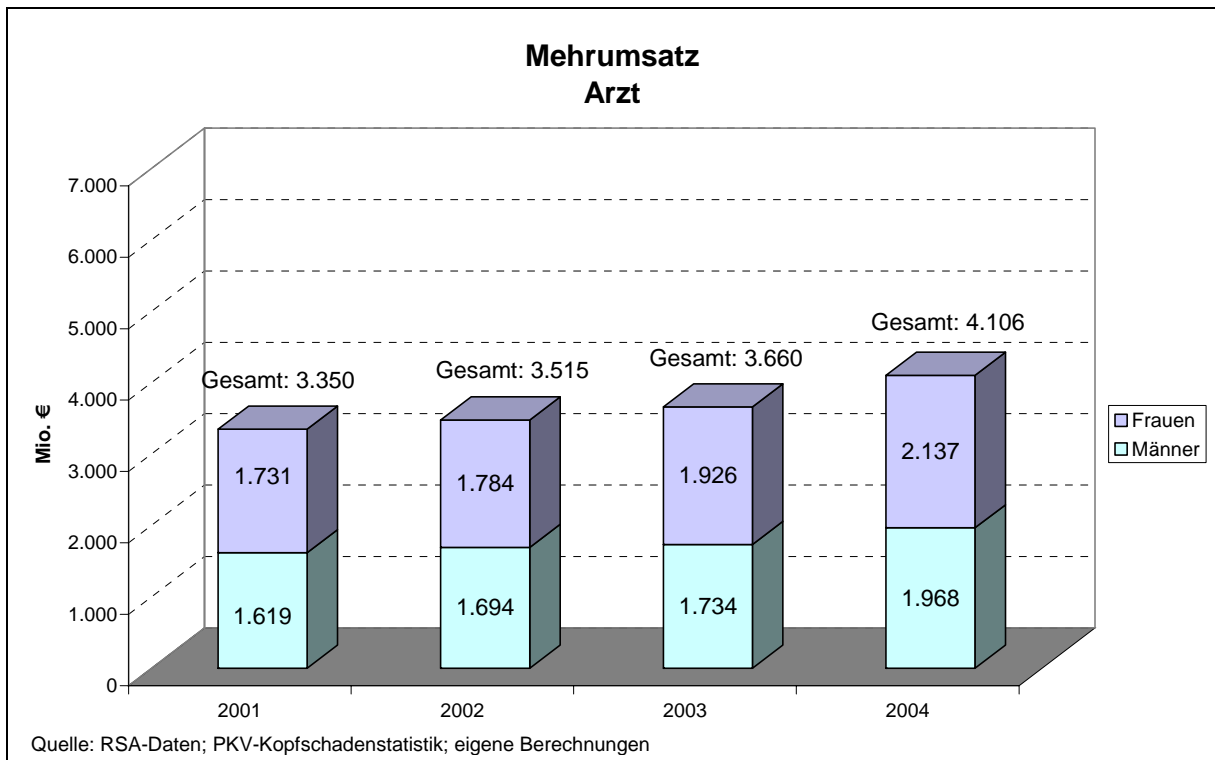


Abbildung 3

Pro Kopf bedeutet dies ebenfalls einen erheblichen Anstieg von über 10 % auf einen durchschnittlichen Mehrumsatz von 511 € im Jahr 2004 (siehe Tabelle 3). Auch hier liegt die Steigerung erheblich über dem Anstieg der Vorjahre.

**Tabelle 3**

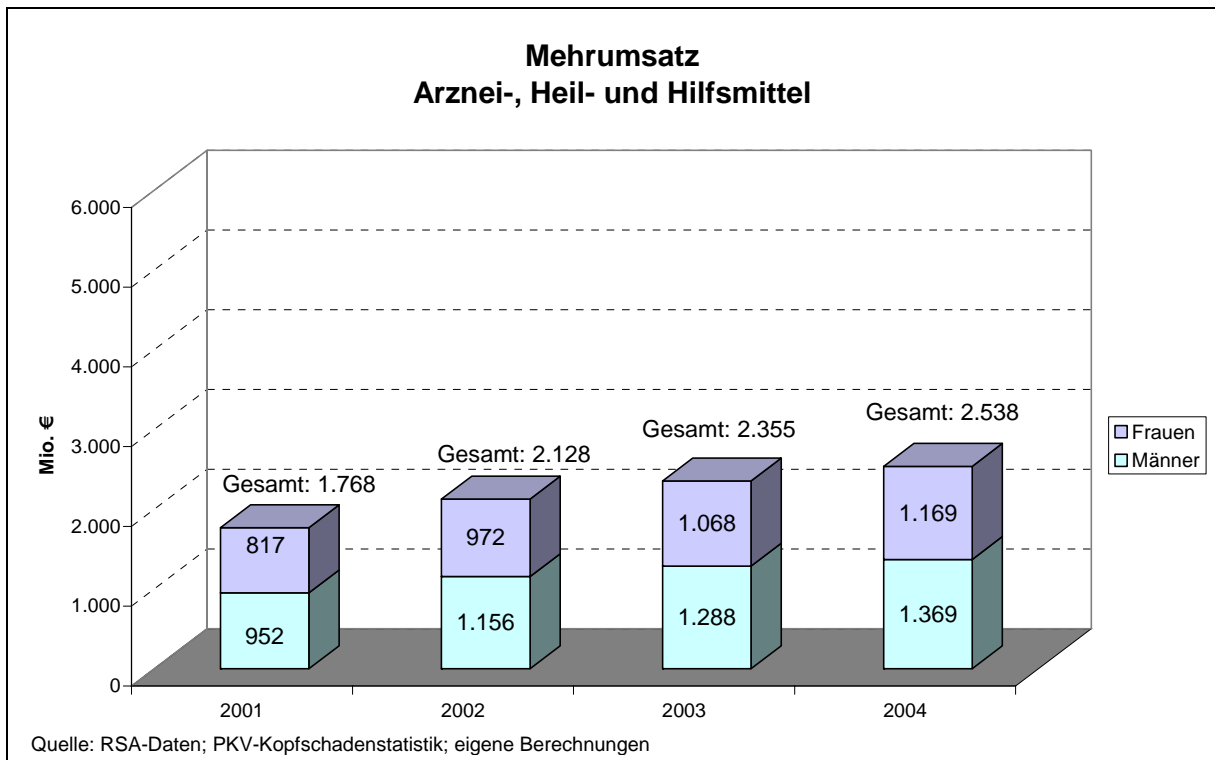
Mehrumsatz pro Kopf im Bereich Arzthonorare						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	356,39 €	-	585,37 €	-	446,69 €	-
2002	362,50 €	1,72 %	585,73 €	0,06 %	455,37 €	1,94 %
2003	363,30 €	0,22 %	617,80 €	5,47 %	463,73 €	1,84 %
2004	404,92 €	11,46%	672,62 €	8,87%	510,87 €	10,16%

Vergleicht man die Kopfschäden in der PKV mit den Mehrumsätzen pro Kopf, stellt sich heraus, dass im Jahr 2004 nunmehr über 60 % der Leistungsausgaben der PKV im Bereich Arzthonorar dem Mehrumsatz zugerechnet werden müssen. Im Jahr zuvor waren es immerhin schon 56 %. Dies ist mehr als in den anderen Bereichen. Nur im zahnmedizinischen Bereich ergibt sich ein ähnliches Bild.

#### **4.3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittel**

Der zweitgrößte Anteil des Mehrumsatzes nach den Arzthonoraren entfällt auf den Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Für alle PKV-Versicherten zusammen ergibt sich hier im Jahr 2004 ein Mehrumsatz von 2,538 Mrd. € (siehe auch Abbildung 4). Dies stellt ebenfalls eine Erhöhung von 7,77 % im Vergleich zum Vorjahr dar.





**Abbildung 4**

Pro Kopf betrug der Mehrumsatz 282 € für Männer und 368 € für Frauen, so dass sich ein durchschnittlicher Mehrumsatz von 316 € im Jahr 2004 errechnet (siehe auch Tabelle 4). In den beobachteten Jahren ist ein stetiger Zuwachs des Mehrumsatzes in dem Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich festzustellen.

Tabelle 4

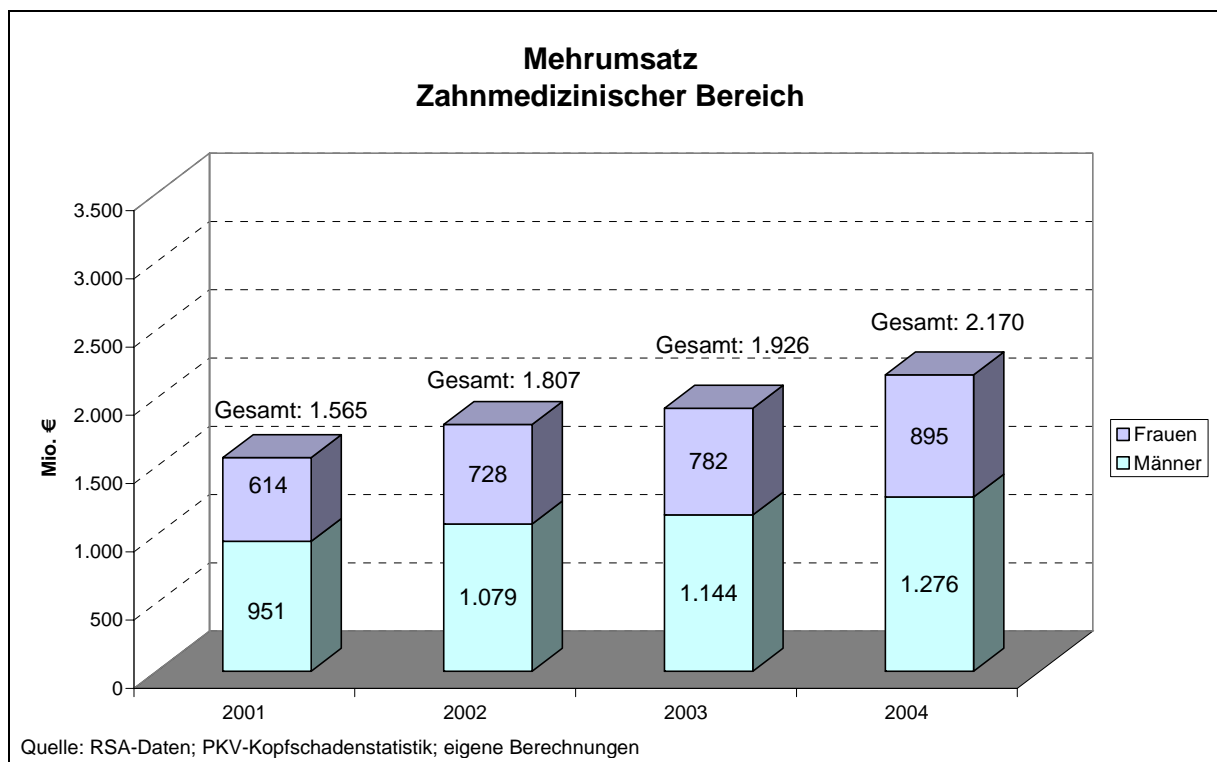
Mehrumsatz pro Kopf im Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag in Mio. €	Änderung	Betrag in Mio. €	Änderung
2001	209,60 €	-	276,09 €	-	235,68 €	-
2002	247,28 €	17,98 %	319,20 €	15,62 %	275,65 €	16,96 %
2003	269,76 €	9,09 %	342,33 €	7,25 %	298,44 €	8,26 %
2004	281,68 €	4,42%	367,94 €	7,48%	315,65 €	5,77%

Von den Ausgaben der PKV für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel entfielen 2001 damit

42 % auf den Mehrumsatz. Dieser Anteil hat sich in den nächsten Jahren erhöht. 2002 machte er 45 % des Mehrumsatzes aus, 2003 46 % und 2004 sogar mehr als 48 %.

#### 4.3.3. Zahnmedizinischer Bereich

Der dritthöchste Mehrumsatz kann dem Zahnbereich zugeordnet werden. Hier ergab sich ein Mehrumsatz von 2,170 Mrd. € im Jahr 2004. Durch die gegenläufigen Entwicklungen der Ausgaben in der PKV und der GKV in diesem Bereich ist an dieser Stelle eine starke Steigerung des Mehrumsatzes von über 12 % zum Vorjahr zu verzeichnen. Abbildung 5 verdeutlicht die Entwicklung der letzten Jahre.



**Abbildung 5**

Bestimmt man den Mehrumsatz pro Kopf, fiel die Steigerung von 10,68 % (von 244 € auf 270 €) geringer aus als die Entwicklung des gesamten Mehrumsatzes, da sich die Anzahl der Versicherten in der PKV erhöht hat. Nichtsdestotrotz ist dies ein erheblicher Anstieg des Mehrumsatzes (siehe auch Tabelle 5).

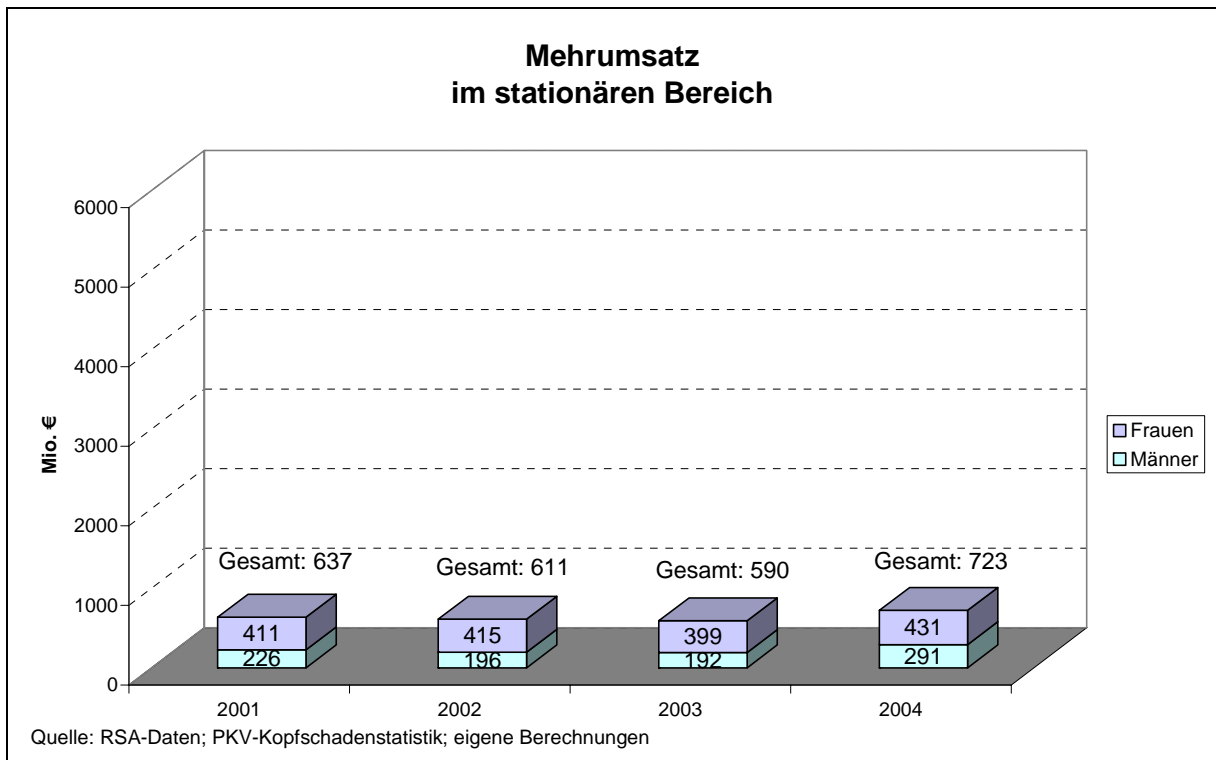
**Tabelle 5**

Mehrumsatz pro Kopf im zahnärztlichen Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	209,28 €	-	207,71 €	-	208,66 €	-
2002	230,86 €	10,31 %	239,12 €	15,12 %	234,12 €	12,20 %
2003	239,62 €	3,79 %	250,69 €	4,84 %	243,99 €	4,22 %
2004	262,50 €	9,55%	281,59 €	12,33%	270,05 €	10,68%

In den vier beobachteten Jahren waren im zahnmedizinischen Bereich 56,2 %, 59,2 % beziehungsweise 59,6 % und im Jahr 2004 ganze 63,1 % des Umsatzes dem Mehrumsatz zuzurechnen. Damit weist der zahnmedizinische Bereich den größten Anteil von Mehrumsatz an dem Umsatz der PKV auf – im Vergleich zu den anderen Sektoren des Gesundheitswesens.

#### **4.3.4. Stationärer Bereich**

Im stationären Bereich fällt der geringste Mehrumsatz an. Hier ergab sich ein Wert von 637 Mio. € im Jahr 2001. Dieser Mehrumsatz hat sich - anders als in den anderen Bereichen des Gesundheitssystems - um ca. -4 % auf 611 Mio. € im Jahr 2002 verringert. Auch im Jahr 2003 sank er um -3,42 % auf 590 Mio. €. Von 2003 auf 2004 war erstmals eine Steigerung um 133 Mio. € auf 723 Mio. € zu verzeichnen.



**Abbildung 6**

Eine ähnliche Entwicklung zeigt Tabelle 6 auch für die Mehrumsätze pro Versicherte. Nach Rückgängen in den Jahren 2001 bis 2003 war von 2003 auf 2004 eine kräftige Steigerung – vor allem bei den Männern – mit fast einer Verdopplung des Mehrumsatzes festzustellen. Für die Geschlechter zusammengenommen ergab sich immer noch eine Steigerung um über 20 % von 75 € auf knapp 90 €.

**Tabelle 6**

Mehrumsatz pro Kopf im stationären Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	49,69 €	-	138,96 €	-	84,89 €	-
2002	41,92 €	-15,64 %	136,29 €	-1,92 %	79,15 €	-6,77 %
2003	40,12 €	-4,30 %	127,82 €	-6,21 %	74,77 €	-5,53 %
2004	59,95 €	49,45 %	135,79 €	6,23 %	89,93 €	20,27 %

Leistungen im stationären Bereich lassen sich in Tarife für allgemeine Krankenhausleistungen (Krankenhausregelleistungen) und Tarife, die Wahlleistungen für Unter-

bringung und Chefarzt enthalten, unterteilen. Chefarztbehandlung ist in der Regel sowohl im Einbettzimmer als auch im Zweibettzimmer enthalten.

Eine Aufteilung der Gesamtausgaben für Privatpatienten im Krankenhausbereich mit 5,179 Mrd. € im Jahr 2003 ergab für Krankenhausregelleistungen 3,746 Mrd. € und für Wahlleistungen 1,433 Mrd. €. Zum Jahr 2004 hat sich der Betrag für Krankenhausregelleistungen um 6,46 % auf 3,989 Mrd. € erhöht. Die Ausgaben für die Wahlleistungen sind etwas überproportional mit 7,8 % auf 1,551 Mrd. € gestiegen.<sup>3</sup>

Stellt man die Leistungsausgaben für die allgemeinen Krankenhausleistungen den hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV gegenüber, so zeigt sich, dass die hypothetischen Leistungsausgaben in der GKV im Jahr 2003 um 845 Mio. € über den Krankenhausregelleistungen der PKV lagen. Diese Differenz hat sich zum Jahr 2004 verkleinert. Nun liegen die Ausgaben in der GKV noch um 829 Mio. € über denen der PKV.

Die Vergütungen der allgemeinen Krankenhausleistungen sind in der PKV und GKV die Gleichen, da für die privaten und gesetzlichen Versicherer die gleichen Preise gelten. Folglich kann der Unterschied in der Höhe der Leistungsausgaben nur aus der geringeren Inanspruchnahme der stationären Leistungen von Privatpatienten resultieren. Der Grund hierfür kann einerseits an einer geringeren Morbidität der PKV-Versicherten liegen oder andererseits – was plausibler ist - an der geringeren Überweisungsrate vom ambulanten in den stationären Bereich.

## **5. Veränderungen durch die Gesetzgebung**

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) führte in den Leistungsausgaben der GKV zu Effekten, die sich in der Höhe des Mehrumsatzes niederschlugen. Durch dieses Gesetz haben sich einige Regelungen für die gesetzlich Versicherten ergeben oder geändert, so dass sich die Leistungsausgaben der Kassen meist zulasten ihrer Versicherten verringert haben. Hier sind zu nennen die erhöhten Zuzahlungen bei Arzneimitteln und im Krankenhaus, die Praxisgebühr sowie Leistungseinschränkungen bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Fahrkostenerstattung, Brillen,

---

<sup>3</sup> Hier besteht eine Differenz zu den Veränderungsdaten im Zahlenbericht 2004/2005, die auf nachträgliche Änderungen der Werte von 2003 im Zahlenbericht zurückgehen.

Entbindungsgeld und Sterbekosten. Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen und ihre Auswirkungen auf den hier vorgenommenen Vergleich abgeschätzt. Eine vollständige Erfassung ist aufgrund der Datenlage nicht möglich. Für die Bewertung des hier errechneten Mehrumsatzes sind die Änderungen nur untergeordnet relevant, da wie in Niehaus/Weber (2005) dargelegt, der Mehrumsatz nur die Untergrenze des tatsächlich mehr erzeugten Umsatzes der PKV-Versicherten darstellt, da Eigenleistungen und Zuzahlungen der Versicherten in großen Umfang nicht erfasst sind.

### **Praxisgebühr**

Nach Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind im Jahr 2004 1,1 Mrd. € an Praxisgebühr entrichtet worden. Die Praxisgebühr ist nur von den über 18-jährigen GKV-Versicherten zu zahlen. Nach der Statistik über die Versichertentage des Risikostrukturausgleichs waren 2004 in der GKV 56,3 Mio. Personen über 18 Jahre versichert. Teilt man die 1,1 Mrd. durch diese Versichertenzahl, ergibt sich ein Betrag von 19,54 € pro Versicherten.

### **Zuzahlungen zu Arzneimitteln**

Nach dem Arzneiverordnungs-Report der GKV wurden 2004 im Vergleich zu 2003 470 Mio. € mehr an Zuzahlungen für Medikamente in der GKV geleistet.<sup>4</sup> Pro über 18-jährige GKV-Versicherte, die für Medikamente Zuzahlung leisten müssen, stellt dies im Durchschnitt einen Betrag von 8,35 € dar.

### **Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind 2004 für über 18-Jährige aus dem Erstattungskatalog der GKV herausgefallen. Nach dem Arzneiverordnungs-Report ist der Umsatz für diese Medikamente um 1,4 Mrd. € zurückgegangen, was den Kassen Einsparungen von 1,1 Mrd. € gebracht haben soll.<sup>5</sup> Nach dem Arzneiverordnungs-Report ist dagegen der Umsatz des Marktes für Selbstmedikation um 500 Mio. € angestiegen. Das macht pro GKV-Versicherten über 18 Jahren 8,88 € aus. Die tatsächliche Summe für GKV-Versicherte dürfte darunter liegen, da hier ein Teil des zusätzlichen Umsatzes auf die PKV entfallen dürfte.

---

<sup>4</sup> Siehe Schwabe, U; Paffrath, D.(2005): Arzneiverordnungsreport 2005, S.192 ff.

<sup>5</sup> Ebenda, S.108 ff.

Nicht berücksichtigt wurde hier, da keine Daten vorhanden sind, dass GKV-Versicherte von den Zuzahlungen befreit werden können, wenn diese zwei Prozent ihres Einkommens – oder ein Prozent bei chronisch Kranken – übersteigen.

Zusammengenommen führen diese drei Punkte zu einer durchschnittlichen Zahlung von 36,77 € pro GKV-Versicherten über 18 Jahren. Berücksichtigt man, dass die PKV-Versicherten - wären sie in der GKV - diesen Betrag im Durchschnitt auch hätten entrichten müssen, führt dies zu einem Betrag bei 6,619 Mio. PKV-Versicherte über 18 Jahre von 244,4 Mio. €.

Berücksichtigt man die 244,4 Mio. € zusätzlichen Zuzahlungen der PKV-Versicherten in der GKV, würde sich der Mehrumsatz rechnerisch auf ca. 9,3 Mrd. € reduzieren. Da der in der PKV unberücksichtigte Eigenanteil durch nicht eingereichte Rechnungen und Selbstbehalte aber weiterhin die Zuzahlungen in der GKV überschreiten, halten wir die Angabe des gesamten Mehrumsatzes nach wie vor mit 9,5 Mrd. € für angebracht.

## **6. Fazit**

Der Mehrumsatz im Gesundheitssystem hat sich von 2003 auf 2004 um rund eine Milliarde Euro auf ca. 9,5 erhöht. Die einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems sind unterschiedlich stark an diesem Mehrumsatz beteiligt. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Höhe der Überzahlung in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.

**Tabelle 7**

Mehrumsatz in Mio. €				
Bereiche	Jahr			
	2001	2002	2003	2004
Arzthonorare	3.350	3.515	3.660	4.106
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	1.768	2.128	2.355	2.538
Krankenhaus	637	611	590	723
Zahnmedizin	1.565	1.807	1.926	2.170
Gesamt	7.321	8.061	8.531	9.536

Den größten Anstieg von 2003 zu 2004 verzeichnete der Bereich Arzthonorare. Hier trat ein Zuwachs von 446 Mio. € auf. An dieser Stelle wirkte sich der Rückgang der Ausgaben in der GKV durch die Einführung der Praxisgebühr aus. Auch ist in diesem Bereich von einer Überwälzung der Kosten von der GKV auf die PKV auszugehen, da die Ärzte den Kostendruck in der GKV durch höhere Privatrechnungen kompensieren.

Der zweitgrößte Zuwachs des Mehrumsatzes ist im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich mit plus 183 Mio. € festzustellen. Hier wirkten sich zum Teil die höheren Zuzahlungen in der GKV aus, die zu einem Rückgang der Ausgaben in diesem Bereich geführt haben. In der PKV sind die Leistungsausgaben dagegen weiter gestiegen.

Im Krankenhausbereich zeigte sich erstmals ein Anstieg des Mehrumsatzes von 133 Mio. €, der zum Teil auf Steigerungen der Ausgaben für Wahlleistungen in der PKV zurückzuführen ist.

Im zahnmedizinischen Bereich beträgt der Mehrumsatz 244 Mio. €. Dieser ist hauptsächlich durch einen Rückgang der Ausgaben in der GKV zu erklären. Auch hier waren Änderungen der Vergütung in GKV die Ursache.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Änderungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes dazu geführt haben, dass sich die Ausgaben in der GKV in allen Bereichen – mit Ausnahme des stationären Bereichs – reduziert haben. In der PKV haben sich die Ausgaben dagegen pro Versicherten in allen Bereichen erhöht. Diese Erhöhung war zum Teil auch Folge eine Überwälzung der Kosten von



der GKV auf die PKV. So hat sich der Beitrag, den die PKV-Versicherten als Systemausgleich ins Gesundheitssystem zahlten, insgesamt erheblich erhöht.

## **Literaturverzeichnis**

**Bundesversicherungsamt** (2005), Risikostrukturausgleich – Jahresausgleiche 2001-2004, Bonn.

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

**Schwabe, U., Paffrath, D.** (2005): Arzneiverordnungs-Report 2005, Heidelberg: Springer

**Verband der privaten Krankenversicherung** (2005a), Zahlenbericht 2004/2005, Köln.

**Verband der privaten Krankenversicherung** (2005b), Kopfschadenstatistiken 2001-2004, Köln.