

WIP-Information 2/2009

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat unter Bezug auf Zahlen von 2007 jüngst darauf hingewiesen, dass ein Arzt in den westlichen Bundesländern im Durchschnitt je nach Facharztgruppe noch zwischen 67 und 84 Prozent seiner Einnahmen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erzielt. Die gegenwärtige Honorardiskussion der Ärzte macht es noch deutlicher; die Einnahmen aus der Privatpraxis werden für ein funktionsfähiges Gesundheitssystem immer wichtiger.

In unserem vorletzten Newsletter haben wir auf eine Studie des WIP über die Beitragsprognosen in der GKV hingewiesen. Der Kostendruck in der GKV wird danach in Zukunft noch deutlich zunehmen. Besserung ist trotz aller Reformen in der GKV nicht in Sicht. Eine starke PKV bleibt also auch in Zukunft ein wichtiger Garant für die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit. Allerdings darf man die PKV auch finanziell nicht überfordern. Überhöhte Gebühren mögen zwar die Ärzte erfreuen, sie führen aber zur Verteuerung der PKV und senken langfristig die Zahl der PKV-Versicherten. Hier ist also Augenmaß geboten.

Eine zeitnahe Reform der Gebührenordnung für ärztliche Leistungen wird also überfällig. Dass es hier auffällige Missstände gibt, zeigt das Diskussionspapier des WIP über Labormedizin. Die hier vorzufindende Preisdifferenz für PKV- und GKV-Versicherte ist durch nichts zu rechtfertigen.

Neues aus dem WIP

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor	S. 2
Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007	S. 3
Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen	S. 4
Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV	S. 5
Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen	S. 6

Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

Zahnärztliche Versorgung	S. 7
---------------------------------	-------------

Neues aus dem WIP

Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor - Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006, Torsten Keßler, Diskussionspapier 6/09

Das WIP-Diskussionspapier vergleicht im ambulanten Bereich die Kosten für Laboratoriumsuntersuchungen je Versicherten von GKV und PKV (inklusive Beihilfe). Diese sind durch technische Einzelleistungen charakterisiert und daher kann man, obwohl die einzelnen Leistungen in GKV und PKV nach unterschiedlichen Regelwerken liquidiert werden, den Umfang der erbrachten Leistungen durchaus miteinander vergleichen. Die Bestimmung der Serumkonzentration eines bestimmten Parameters ist beispielsweise unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten.

Für die Studie wurden die Laborkosten der PKV aus einer Stichprobe von ambulanten ärztlichen Rechnungen ermittelt, die der PKV-Verband derzeit von den 21 größten Mitgliedsunternehmen nach einem repräsentativen Erhebungsverfahren übermittelt bekommt.

In Tabelle 1 sind die errechneten jährlichen Ausgaben je Versicherten der GKV und von PKV + Beihilfe angegeben sowie das Verhältnis beider Größen dargestellt. Hierbei fällt auf, dass die Laborleistungen pro Versicherten in der PKV mehr als viermal höher ausfallen als in der GKV. Dieses bemerkenswerte Ergebnis gibt darüber hinaus dadurch zu denken, da die PKV-Kosten wegen nicht eingereicherter Rechnungen (Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung)

tendenziell sogar zu niedrig angesetzt sind. Das Verhältnis PKV/GKV verschöbe sich noch weiter zu Ungunsten der PKV, berücksichtigte man den höheren Anteil an älteren Versicherten in der GKV mit der damit verbundenen Morbidität und der entsprechend höheren Inanspruchnahme von Laboratoriumsleistungen. Während in der GKV 22 % der Versicherten über 65 Jahre alt sind, sind es in der PKV nur 13 %.

Aus den Ergebnissen folgt, dass - bei gleichen Laborkosten je Versicherten - PKV und Beihilfe im Beobachtungszeitraum ein Einsparpotenzial von mindestens 720 Mio. € zu verzeichnen gehabt hätten, wäre die PKV auf GKV-Niveau.

Die Untersuchung zu den Laborleistungen ist eine differenzierte Weiterführung einer früheren Studie des WIP zum überproportionalen Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen (WIP-Diskussionspapier 9/07). Dort wurden die durch höhere Preise verursachten Ausgaben als Mehrumsatz bezeichnet. Die vorliegende Arbeit zeigt nun, dass mehr als 17 % des Mehrumsatzes bei Arzthonoraren allein dem Bereich der Laborleistungen zuzuschreiben ist (Tabelle 2).

Aus den Resultaten leitet sich direkt die Notwendigkeit einer Reform der GOÄ ab, denn die Überzahlung im Bereich der Laborleistungen ist selbst bei Akzeptanz eines gewissen Mehrumsatzes nicht zu rechtfertigen.

	2004	2005	2006
Kosten je Versicherten PKV in €	100	103	109
Kosten je Versicherten GKV in €	24	24	24
Verhältnis PKV/GKV	4,2	4,3	4,5

Tabelle 1: Vergleich der Ausgaben für Laborleistungen

	2004	2005	2006
Mehrumsatz bei Arzthonoraren in Mio. €	4.106	4.201	4.375
Davon auf Laborleistungen entfallend	628	661	722
Anteil Mehrumsatz Laborleistungen [%]	15,3	15,7	17,6

Tabelle 2: Mehrumsatz im ambulanten Bereich

Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007, Frank Wild, Diskussionspapier 5/09

Bei diesem Diskussionspapier handelt es sich um eine Aktualisierung und Erweiterung eines WIP-Papiers aus dem Jahr 2007. Als Grundlage der Betrachtung liegen dem WIP nunmehr die Daten von acht privaten Krankenversicherungsunternehmen vor, bei denen zusammen mehr als die Hälfte aller Privatversicherten versichert sind.

Wie die Analyse zeigt, spielen Generika in der PKV nach wie vor eine deutlich geringere Rolle als in der GKV. Bei den umsatzstärksten Generika liegt die durchschnittliche Generikaquote (nach Verordnungen) in der PKV bei 46,4 % und in der GKV bei 85,1 %. Während in der PKV bei 4 der 30 umsatzstärksten patentfreien Wirkstoffe eine Generikaquote von mehr als 80 % ermittelt werden konnte, liegt in der GKV bei 21 der 30 Wirkstoffe eine solche Quote vor. Bei der Mehrzahl der Wirkstoffe ist gegenüber der früheren Analyse in der GKV, aber auch in der PKV, eine Zunahme der Generikaquote zu beobachten. Diese

fällt in der Regel in der PKV geringer aus als in der GKV.

Die niedrigeren Preise der Generika infolge des Preiswettbewerbs machen sie auch für die PKV attraktiv. Zudem besitzt die PKV seit dem GKV-WSG die Möglichkeit, Vertragsverhandlungen mit Pharmaunternehmen zu führen. Die Studie verdeutlicht, bei welchen generikafähigen Wirkstoffen Verhandlungen aufgrund des Umsatzvolumens und der Generikaquoten sinnvoll erscheinen. Größere Unterschiede in der Generikaquote zwischen PKV und GKV zeigen sich beispielsweise bei den Betablockern Metoprolol, Carvedilol und Bisoprolol oder beim Calciumantagonisten Amlodipin. Beim letztgenannten erhalten Kassenpatienten fast ausschließlich Generika (die Quote liegt bei 98,6 %), während Privatversicherte überwiegend das Original Norvasc und nur in 37,9 % aller Verordnungen ein Nachahmerpräparat verordnet bekommen. In der PKV könnte damit durch eine Substitution von Originalpräparaten durch Generika ein größeres Einsparpotenzial realisiert werden.

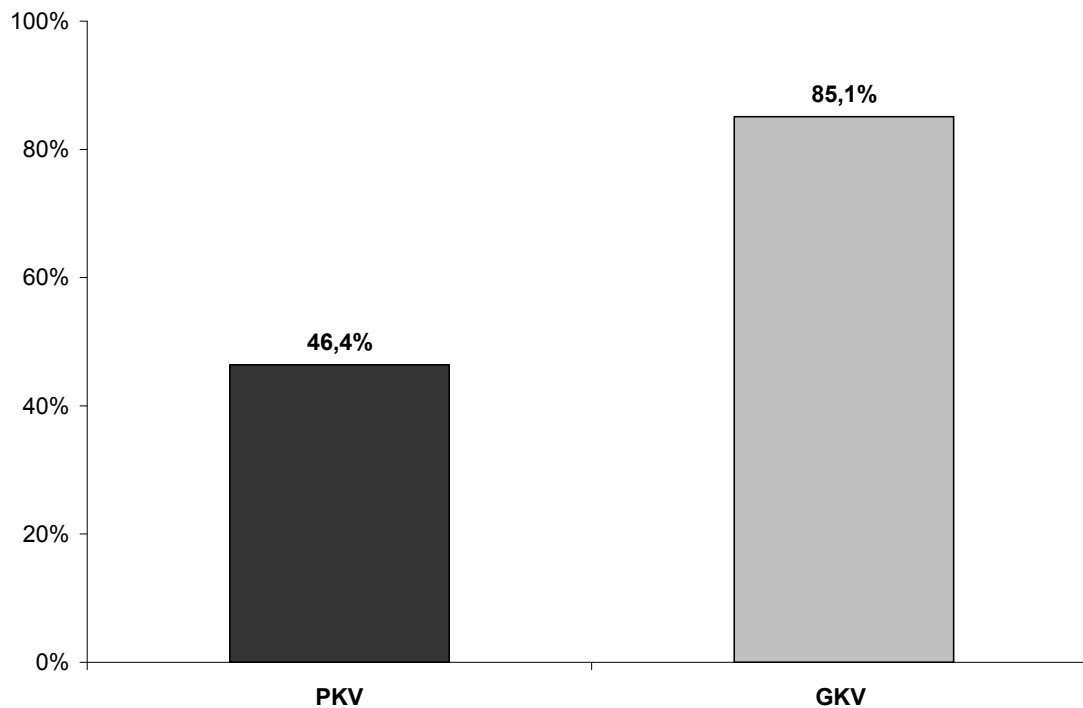


Abbildung 1: Generikaquote nach Verordnungen

**Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen,
Frank Wild, Diskussionspapier 4/09**

Die über 80-Jährigen stellen in der PKV nur 2 % der Versicherten, sie sind aber für fast 11 % der Arzneimittelausgaben verantwortlich. Gesetzliche Änderungen, die den Neuzugang in der PKV erschweren, und die generelle Alterung der Bevölkerung in Deutschland, führen sukzessive zu einem Anstieg des Anteils der Versicherten dieser Altersgruppe und damit auch zu einem Kostenanstieg in der PKV.

Für die Analyse wurden die Arzneiverordnungsdaten von über 80-jährigen Privatversicherten bei sieben PKV-Unternehmen ausgewertet. Es erfolgte auch ein Vergleich mit den Versicherten der GKV. Die Untersuchung ergab, dass die Arzneimittelkosten von älteren Privatversicherten deutlich höher sind als die von Kassenpatienten. Während die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV ab dem 85. Lebensjahr sogar leicht abnehmen, steigen sie bei PKV-Versicherten weiter. Neben der höheren Morbidität der Älteren wirkt auch deren niedrigere Generikaquote kostensteigernd. Ältere Privat-

versicherte haben nicht nur einen geringeren Anteil von Generika als Kassenpatienten, sondern auch eine niedrigere Generikaquote als die jüngeren Privatversicherten. Der Anteil der Nachahmerpräparate (nach Verordnungen) beträgt bei den über 80-Jährigen 43,4 % und ist damit deutlich geringer als bei den 20- bis 49-Jährigen (63,7 %) und den 50- bis 80-Jährigen (48,3 %).

Ermittelt wurden zudem die umsatzstärksten und verordnungshäufigsten Medikamente der über 80-Jährigen. Die meisten Umsätze entfallen in dieser Altersgruppe auf das Antithrombosemittel Plavix (Wirkstoff: Clopidogrel). Die meisten Verordnungen sind für das Schmerzmittel Voltaren (Diclofenac) zu registrieren. Anhand der in der Untersuchung dargestellten Umsatz- und Verordnungszahlen verschiedener Arzneimittelgruppen ist erkennbar, in welchen Indikationen die Schwerpunkte in der Medikation in diesem Altersbereich liegen. Es dominieren dabei chronische Erkrankungen, insbesondere des Nervensystems und des Herz-Kreislauf-Systems.

Platz	Handelsname	Wirkstoff	Umsatz	Ø Preis einer Vo.
1	PLAVIX	Clopidogrel	5,5 Mio. €	216,53 €
2	SORTIS	Atorvastatin	5,1 Mio. €	121,26 €
3	TEBONIN	Ginkgo biloba	4,3 Mio. €	65,68 €
4	PANTOZOL	Pantoprazol	4,2 Mio. €	69,21 €
5	ISCOVER	Clopidogrel	3,8 Mio. €	215,99 €
6	NEXIUM	Esomeprazol	3,3 Mio. €	62,17 €
7	ARICEPT	Donepezil	3,2 Mio. €	305,24 €
8	DUROGESIC	Fentanyl	3,0 Mio. €	178,37 €
9	AXURA	Memantin	2,8 Mio. €	167,00 €
10	TRENANTONE	Leuprorelin	2,2 Mio. €	546,68 €

Tabelle 3: Umsatzstärkste Medikamente bei den über 80-jährigen Privatversicherten

**Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV,
Frank Wild, Diskussionspapier 3/09**

Die Prävention von Krankheiten mit Hilfe einer Schutzimpfung ist im deutschen Gesundheitssystem derzeit ein aktuelles Thema. Schutzimpfungen können mit schwere Infektionskrankheiten verhindern, den Krankheitsverlauf abschwächen und damit vor Komplikationen oder problematischen Verläufen bewahren. In den letzten Jahren hat die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STI-KO) in zunehmendem Maße Empfehlungen ausgesprochen. Als neuste Empfehlungen aufgenommen wurden die Impfungen gegen Windpocken (Varizellen) im Jahr 2004 und gegen Pneumokokken, Meningokokken sowie gegen den humanen Papillomvirus im Jahr 2006.

Vor diesem Hintergrund lohnt eine nähere Betrachtung der entsprechenden Versorgung in der PKV. Mit Hilfe der Arzneimitteldaten des Jahres 2007 von der Hälfte aller Privatversicherten wurde die Bedeutung der einzelnen Impfungen in der PKV untersucht und eine Altersverteilung der Geimpften ermittelt.

Sowohl nach Verordnungen als auch nach Umsätzen ist Gardasil das wichtigste Impfpräparat in der PKV im Jahr 2007. Gardasil ist ein Impfschutz gegen vier Typen des humanen Papillomvirus, die als Auslöser von Gebärmutterhalskrebs gelten. Gardasil, aber auch die Hepatitis A/B Kombinationsimpfung Twinrix zählen in der PKV zu den umsatzstärksten Medikamenten. Betrachtet man die Umsätze

der einzelnen Impfungen, so zeigt sich eine deutliche Konzentration. Auf vier Impfungen (Humaner Papillomvirus, Frühsommer-Meningoenzephalitis, Pneumokokken und Hepatitis A/B) entfallen mehr als die Hälfte aller Umsätze mit Impfstoffen in der PKV. Bei der Analyse der Verordnungszahlen fällt auf, dass ein Fünftel der Impfverordnungen bei Privatversicherten auf eine Impfung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis entfällt.

Bei der Untersuchung der Altersverteilung konnte beispielsweise ermittelt werden, dass die meisten Verordnungen von Gardasil auf die 17-Jährigen entfallen und immerhin ein Siebtel der Geimpften älter als 18 Jahre sind, obwohl die Wirksamkeit der Impfung nur dann garantiert ist, wenn vorher kein sexueller Kontakt bestand. Ebenfalls bemerkenswert ist, dass die Grundimmunisierung bei Kindern gegen Hepatitis B in 90 % der Verordnungen über eine 6fach-Kombinationsimpfung erfolgt, obwohl Studien die 5fach-Kombinationsimpfung mit separater Hepatitis B-Impfung nahelegen. Hervorzuheben ist zudem die hohe Impftrate gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis bei Kindern, ungeachtet nicht selten unerwünschter Nebenwirkungen und eines oft eher marginalen Nutzens.

Die Analyse gibt wertvolle Kenntnisse für die Versorgungsforschung und wichtige Anregungen für das Arzneimittelmanagement in den PKV-Unternehmen.

Rang	Impfung	Umsatzanteil
1	Humaner Papillomvirus	27,93%
2	Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	13,82%
3	Pneumokokken	9,08%
4	Hepatitis A/B	8,78%
5	Influenza	7,85%
6	Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio-HiB-Hepatitis B	7,03%
7	Meningokokken	4,41%
8	Masern-Mumps-Röteln-Varizella	2,96%
9	Hepatitis A	2,78%
10	Diphtherie-Tetanus-Polio	2,67%

Tabelle 4: Umsatzstärkste Impfungen mit Umsatz im Verhältnis zum Umsatz aller Impfungen

Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen, Frank Niehaus, Diskussionspapier 2/09

Profitieren Familien eigentlich von der GKV? Durch die beitragsfreie Mitversicherung der Familienmitglieder in der GKV sollte man dies eigentlich erwarten. Die Grenzen auf der Beitragsseite sind bereits in der WIP-Studie „Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?“ aufgezeigt worden. Die Leistungsseite bleibt dort noch außen vor.

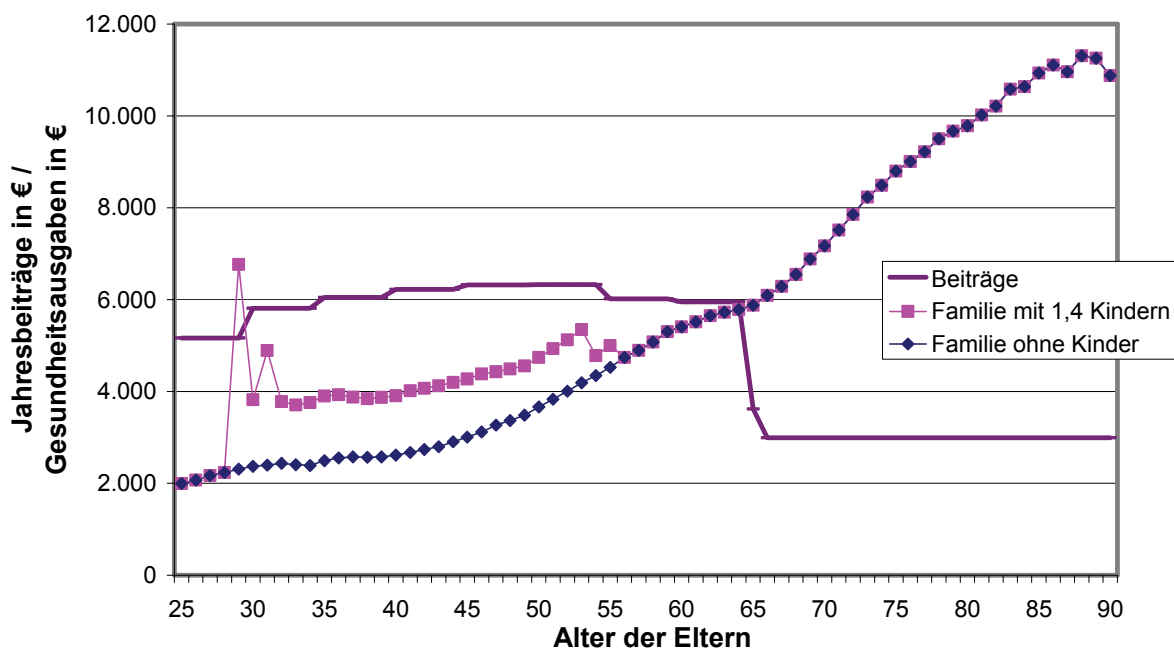
In dem neuen Diskussionspapier werden nun die von Familien gezahlten Beiträge den beanspruchten Leistungen gegenübergestellt. Von einem positiven Beitrag zur Familienförderung lässt sich grundsätzlich dann reden, wenn die Familien mehr an Leistungen beanspruchen als sie tatsächlich an Beiträgen bezahlen müssen.

Die Abbildung stellt eines der zentralen Ergebnisse dar. Im Jahr 2006 ist die Durchschnittsfamilie mit 1,4 Kindern Nettozahler und finanziert mit ihren Beiträgen die Gesundheitsausgaben anderer mit. Selbst bei der für die Bevölkerungskonstanz notwendigen Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau ist dies noch so. Erst bei drei Kindern decken in etwa

die Zahlungen die eigenen Gesundheitsausgaben.

Die Analyse der Profile zeigt deutlich, warum es zu diesem familienpolitisch ungünstigen Ergebnis kommt. Die größte Differenz zwischen den Beitragseinnahmen und den Leistungsausgaben besteht im Alter jenseits der Phase der Erwerbstätigkeit. Ein erheblicher Teil der Beitragseinnahmen in der GKV wird für Rentner benötigt, die zudem nur unterdurchschnittlich zum Beitragsaufkommen beitragen. Damit ist das Umlageverfahren in der GKV vor allem darauf ausgerichtet, den Ausgleich „Jüngere für Ältere“ zu organisieren. Die Belastung der GKV als System für diesen Ausgleich ist so groß, dass der Familienausgleich faktisch keine Wirksamkeit entfalten kann. Tatsächlich muss eine Familie mit zwei Kindern, die über ein ohnehin nicht sehr großzügiges Durchschnittseinkommen verfügt, mit ihren Beiträgen die Krankenversorgung eines Rentners selbst dann finanziell unterstützen, wenn es sich um einen wohlhabenden Rentner handelt.

Durch den hohen Ausgleichsbedarf, den die steigenden Ausgaben im Alter und die sinkenden Beiträge verlangen, findet eine wirkliche Entlastung der Familien im Durchschnitt tatsächlich nicht statt.



Quelle: Daten der RV; Daten des RSA; Daten des BMG; eigene Berechnungen

Abbildung 2: Beiträge und Leistungen einer Durchschnittsfamilie

Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

Zahnärztliche Versorgung

Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030, von Josef Georg Brecht, Victor Paul Meyer und Wolfgang Micheelis, Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte.

Die Studie überprüft zunächst ältere Prognoserechnungen und kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahnärztezahl in Deutschland regelmäßig überschätzt wurde.

Mit neuen Annahmen zur jährlichen Approbationszahl, neuen oralen Morbiditätstrends und der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird eine überarbeitete Prognose bis 2030 erstellt. Es werden drei Varianten betrachtet, die sich in der Annahme zur jährlichen Approbationszahl unterscheiden. Alle drei Varianten kommen bei Unterstellung einer gleichbleibenden Struktur der Zahnärzteschaft in Bezug auf die Freiberuflichkeit zu dem Ergebnis, dass die bis 2030 verfügbare zahnärztliche Arbeitszeit den prognostizierten Bedarf an zahnärztlicher Versorgung decken wird.

Verändert sich die Struktur dahingehend, dass die Freiberuflichkeit zurückgeht und damit der Anteil angestellter Zahnärzte zunimmt, denen eine geringere Leistungsintensität unterstellt wird, würde nur noch bei der Variante mit der höchsten jährlichen Approbationszahl von 2.100 langfristig der Bedarf an zahnärztlichen Leistungen zu decken sein.

IMPRESSUM

Herausgeber:

WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 40

50968 Köln

Telefon: 0221-9987-1652

Telefax: 0221-9987-3962

Internet: <http://www.wip-pkv.de>

E-Mail: wip@pkv.de

V.i.S.d.P.: Christian Weber

Redaktion: Dr. Frank Wild

Alle vorgestellten Diskussionspapiere des WIP können unter <http://www.wip-pkv.de> eingesehen und heruntergeladen werden.

Abonnieren Sie die WIP-Information unter <http://www.wip-pkv.de/wip-information/abonnieren.html>