



Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten

Jahresbericht 2019

Sonja Hagemeister, Frank Wild

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de

August 2019

ISBN 978-3-9818269-8-2

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Vorgehensweise	4
2.1	Datenbasis	4
2.2	Methodik	4
2.3	Datenlimitationen	5
3	Der ambulante ärztliche Sektor	7
3.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	7
3.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	9
4	Der stationäre Sektor	10
4.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	10
4.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	11
5	Der zahnmedizinische Sektor	12
5.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	12
5.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	13
6	Arznei- und Verbandmittel	15
6.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	15
6.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	16
7	Heilmittel	18
7.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	18
7.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	18
8	Hilfsmittel	20
8.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	20
8.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	20
9	Leistungsausgaben und Mehrumsatz im Zeitverlauf	21
9.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	21
9.2	Ausgaben der GKV und PKV im Zeitverlauf (2007-2017)	21
9.3	Mehrumsatz der Privatversicherten	23
10	Fazit	24
	Quellenverzeichnis	25
	WIP-Veröffentlichungen seit 2012	28

1 Einleitung

Die Bedeutung der Privaten Krankenversicherung für das deutsche Gesundheitssystem quantifiziert das WIP bereits seit mehr als zehn Jahren durch die Berechnung eines PKV-Mehrumsatzes. Andere Autoren konnten die Ergebnisse auch durch alternative Berechnungsmethoden im Grundsatz bestätigen.¹ Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Aktualisierung und Erweiterung der früheren WIP-Studien zu dieser Thematik.

Beim PKV-Mehrumsatz handelt es sich um die Differenz der Ist-Ausgaben der PKV-Versicherten und den hypothetischen GKV-Ausgaben (gemäß RSA-Profil) der PKV-Versicherten. Der Mehrumsatz ist somit der Betrag, der den Leistungsanbietern nicht mehr zur Verfügung stehen würde, wenn alle Privatversicherten gesetzlich krankenversichert wären.

Der PKV-Mehrumsatz ist die Folge von PKV-GKV-Unterschieden in der monetären Bewertung der Leistungen, in abweichenden Mechanismen zur Mengensteuerung und in differierenden Leistungsumfängen. Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung in den einzelnen Leistungssektoren variiert der Anteil des Mehrumsatzes je Sektor. Auch das Leistungsprofil nach Alter beeinflusst die Höhe des Mehrumsatzes. Im Zeitablauf spielen sowohl Änderungen in den Leistungsausgaben je Alter als auch die Veränderung der Altersstruktur der Versichertenkollektive von PKV und GKV eine Rolle. Um diese beiden Effekte abzuschätzen, wird in dieser Studie erstmals ergänzend eine Altersstandardisierung durchgeführt.

In der vorliegenden Studie wird der Mehrumsatz auf Basis der neuesten vorliegenden Daten für das Jahr 2017 für die wichtigsten Leistungssektoren (ambulante, stationäre und zahnärztliche Versorgung sowie die Bereiche Heil- und Hilfsmittel und Arzneimittel) berechnet. Zudem erfolgt eine Auswertung der Leistungsausgabenentwicklung in der PKV und GKV sowie eine Darstellung der Entwicklung des Mehrumsatzes in den letzten zehn Jahren.

1 Vgl. Wasem/Buchner/Lux/Weegen/Walendzik (2013).

2 Vorgehensweise

2.1 Datenbasis

Datenbasis für die Berechnung der PKV-Leistungsausgaben bilden die sogenannten 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.² Der RSA ist in fünf Hauptleistungsbereiche unterteilt. 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 2007 bis 2019“, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf seiner Internetseite veröffentlicht, entnommen.³

Im Jahr 2017 lebten 82,7 Mio. Menschen in Deutschland⁴, von denen 8,75 Mio. privat krankenvollversichert sind.⁵ Damit waren im Jahr 2017 10,6 % der Bevölkerung in Deutschland PKV-versichert. Wie auch in den Vorjahren sind die PKV-Versicherten auch im Jahr 2017 im Schnitt weiter gealtert, während in der GKV das Durchschnittsalter rückläufig ist. Im Jahr 2017 lag das Durchschnittsalter der PKV-Versicherten bei 44,94 Jahren, welches einem Anstieg (zum Vorjahr) von 0,31 Jahren entspricht. Demgegenüber ist das Durchschnittsalter GKV-Versicherter in diesem Zeitraum um 0,08 Jahre auf 43,82 Jahre gesunken.⁶

2.2 Methodik

Die Methodik folgt der Vorgehensweise der Berechnungen des Mehrumsatzes in den bisherigen Studien zu dieser Thematik.⁷ Typischerweise erfolgt dabei eine direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten.⁸ Im Bereich der Arznei- und Verbandmittel wird zudem die KV 45 vom Bundesministerium für Gesundheit angewendet.⁹ Für die Bereiche Heil- 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. Ferner erfolgt zusätzlich eine Alters- und Geschlechtsadjustierung je Versorgungssektor, die im Folgenden ebenfalls erklärt wird.

2 Vgl. Bundesversicherungsamt (2018).

3 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019).

4 Vgl. Statistisches Bundesamt (2019).

5 Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2018).

6 Vgl. Bundesversicherungsamt (2018).

7 Vgl. Niehaus/Weber (2005); Niehaus (2006a, 2006b, 2007, 2009, 2010, 2013, 2015); Wild (2016b); Hagemeister/Wild (2017); Hagemeister/Wild (2018).

8 Vgl. Bundesversicherungsamt (2018).

9 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018).

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 Ausgaben der GKV gegenübergestellt werden. Die hypothetischen Ausgaben der GKV sind das Produkt der Versichertenstruktur der PKV und der Pro-Kopf-Ausgaben der GKV. 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 Kopfschadenprofilen nicht direkt RSA-Profile zugeordnet werden können, weil sie nicht verfügbar sind, wird hilfsweise auf die detaillierten Finanzergebnisse der GKV aus der sogenannten 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.

Alters- und Geschlechtsadjustierung

Bei einer Alters- und Geschlechtsadjustierung wird eine Standardbevölkerung festgelegt. Die Berechnung erfolgt analog der beiden zuvor genannten Vorgehensweisen, mit der Ausnahme, dass die Alters- und Geschlechtsstruktur der Standardbevölkerung verwendet wird. Da in diesem Bericht in der Regel Veränderungen zum Vorjahr aufgezeigt werden, wurde das GKV- und PKV-Versichertenkollektiv aus dem Jahr 2016 als Standardbevölkerung ausgewählt.

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. Beispielsweise kann aufgrund von Festzuschüssen oder einer prozentualen Begrenzung der Kostenerstattung eine Eigenbe-

teilung anfallen. 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.

Die Studie untersucht die Leistungsausgaben in folgenden Bereichen: ambulanter ärztlicher Sektor, stationärer Sektor, zahnmedizinischer Sektor, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Sonstige (Heilpraktiker- und Kurleistungen). In PKV und GKV gleichermaßen bleiben Ausgaben, die nicht den hier verglichenen Kategorien zuzuordnen sind, unberücksichtigt, sodass die Gesamtausgaben der Versicherten im Gesundheitssystem real höher ausfallen. Bei berechneten Anteilen fließen nur die hier aufgeführten Leistungsausgaben mit ein. Privatversicherte haben auch die Möglichkeit einen Privatarzt aufzusuchen. Die zugehörigen Ausgaben sind in den aufgeführten Zahlen enthalten.

Eine klare Abgrenzung der einzelnen Leistungsbereiche ist zwischen der GKV und PKV teilweise schwierig. Selbst innerhalb der GKV sind Unterschiede bei der Abgrenzung einzelner Leistungsbereiche je nach Quelle ersichtlich. Diese Unschärfe der Zuordnung führt dazu, dass die Ausgaben in einem Bereich überschätzt und in einem anderen Bereich unterschätzt werden können.

3 Der ambulante ärztliche Sektor

3.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten für die ambulante ärztliche Behandlung 2017 sind gegenüber 2016 um 3,0 % auf 11,53 Mrd. €¹⁰ angestiegen. Mit einem Anteil von 32,3 % an den gesamten Gesundheitsausgaben der Privatversicherten ist der ambulante ärztliche Sektor die größte Leistungsart. In der GKV hingegen sind im Jahr 2017 lediglich 21 % der gesamten Leistungsausgaben (38,09 Mrd. €) innerhalb der GKV auf die ambulante ärztliche Versorgung zurückzuführen. Der Ausgabenanstieg im Beobachtungszeitraum (2016-2017) lag in der GKV bei 4,3 % und damit höher als in der PKV (3,0 %).

Insgesamt entfallen von den PKV- und GKV-Einnahmen der niedergelassenen Ärzte 23,2 % auf Privatversicherte, obwohl diese nur 10,6 % der Gesamtbevölkerung stellen.

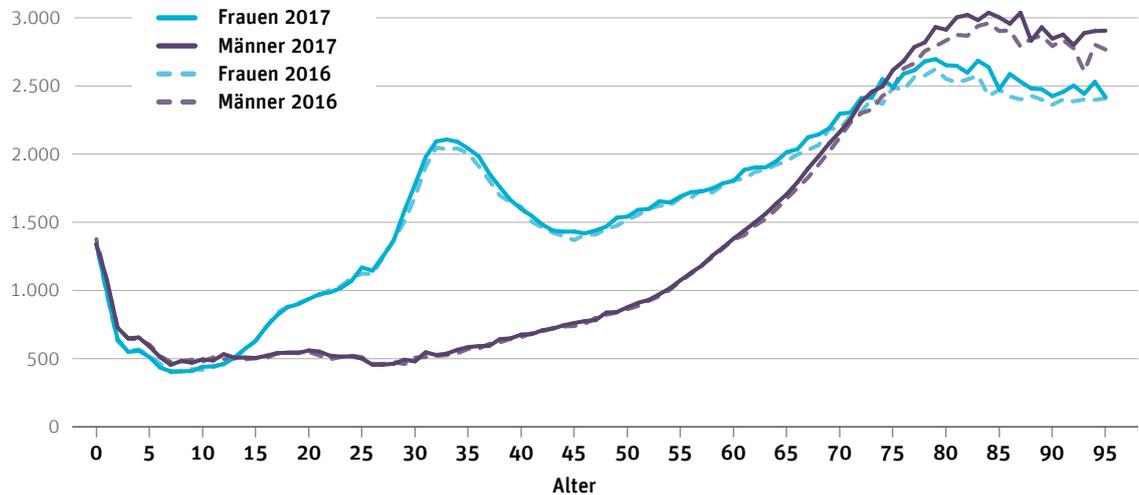
Die Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten für ärztliche Leistungen sind geschlechtsabhängig und nehmen mit steigendem Alter zu – ausgenommen das erste und zweite Lebensjahr –.¹¹ Während die Pro-Kopf-Ausgaben bei den 25- bis 30-jährigen privatversicherten Männern unter 500 € im Jahr liegen, steigen diese mit zunehmendem Alter auf bis zu 3.042 € je Versicherten (85. Lebensjahr) an. Frauen weisen gegenüber den männlichen Versicherten höhere Pro-Kopf-Ausgaben zwischen dem 14. und 74. Lebensjahr auf. In dieser Altersspanne nehmen die Kosten, insbesondere im gebärfähigen Alter, aufgrund von Schwangerschaft und Geburt zu. Bis zum 14. Lebensjahr und ab dem 75. Lebensjahr liegen dagegen die Ausgaben der Männer über den Leistungsausgaben der Frauen. Privatversicherte Frauen weisen ab einem Alter von 23 Jahren Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von über 1.000 € auf, wohingegen die Ausgaben der privatversicherten Männer erst ab einem Alter von 54 Jahren die 1.000 € überschreiten.

10 Die Ausgaben der Privatversicherten umfassen neben den Ausgaben der Krankenvollversicherung der Versicherungsunternehmen 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 die Ausgaben der PKV-Unternehmen dargestellt. Die Zahlen unterscheiden sich im Übrigen auch von den Werten aus dem ZI-Praxis-Panel. Diese Auswertung basiert auf einer anderen Datengrundlage (Paneldaten aus einer Stichprobe von 4.483 Praxen) und schließt verschiedene Arztgruppen (z. B. die Laborärzte) aus. Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019).

11 Im 1. und 2. Lebensjahr sind die Leistungsausgaben je Privatversicherten nahezu identisch und liegen im 1. Lebensjahr bei 1.335 € und im 2. Lebensjahr bei etwa 1.000 € je Versicherten.

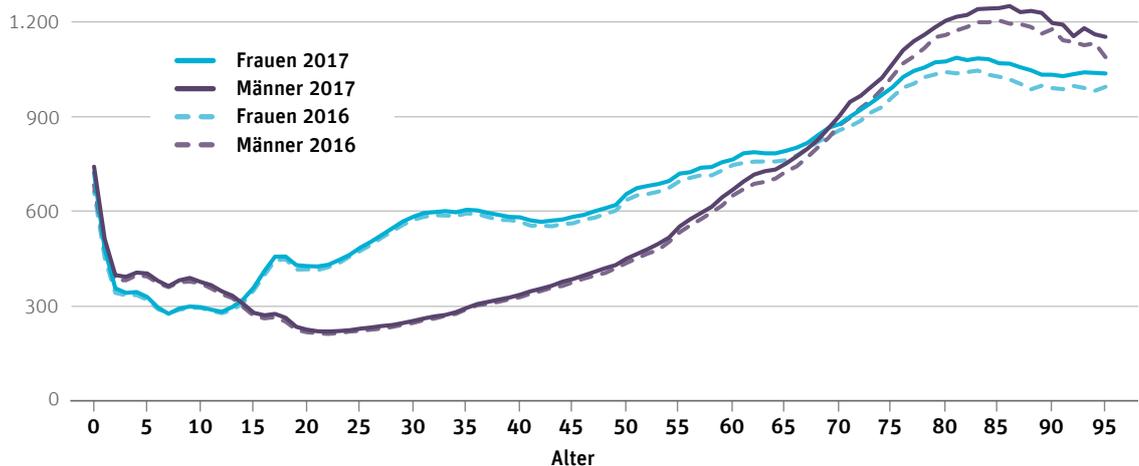
Insgesamt ist eine geringfügige Veränderung der Leistungsausgaben (Anstiege und Rückgänge) von 2016 zu 2017 feststellbar (Abbildung 1).

Abb. 1: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2017, 2016 – ambulante ärztliche Behandlung¹²



Die GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen befinden sich auf einem deutlich niedrigeren Ausgabenniveau als in der PKV. GKV-versicherte Frauen erreichen erst ab einem Alter von 26 Jahren¹³ und GKV-versicherte Männer erst ab einem Alter von 54¹⁴ Jahren Pro-Kopf-Ausgaben von über 500 €. Pro-Kopf-Ausgaben von über 1.000 € werden erst ab einem Alter von 74 Jahren (Männer) bzw. 76 Jahren (Frauen) erreicht. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV steigen auf bis zu 1.250 € (86-jährige Männer) je Versicherten an (Höchstwert PKV: 3.042 € (84-jährige Männer)). In allen Jahrgängen ist ein geringer Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr erkennbar. Dieser Anstieg ist mit über 8 % bei den 0-Jährigen beiderlei Geschlechts mit Abstand am größten (Abbildung 2).

Abb. 2: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2017, 2016 – ambulante ärztliche Behandlung



¹² Die Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten werden bis zu einem Alter von 95 Jahren betrachtet. Werte oberhalb dieses Lebensjahres bleiben unberücksichtigt. Diese Vorgehensweise gilt für alle Leistungsbereiche.

¹³ Ausgenommen sind 0-Jährige.

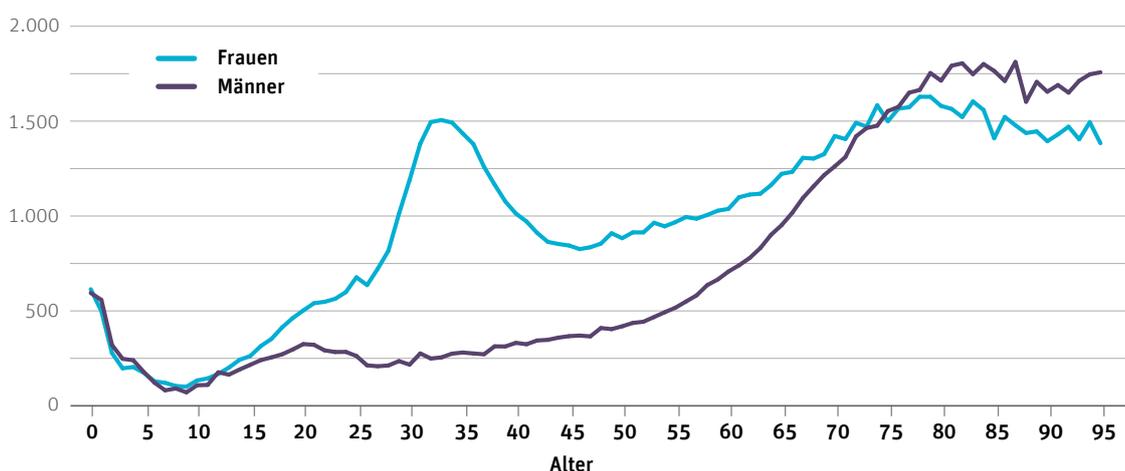
¹⁴ Ausgenommen sind 0- und 1-Jährige.

3.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn Privatversicherte nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie gesetzlich Versicherte abgerechnet und versorgt würden, ergäben sich im Jahr 2017 anstelle der Ausgaben in Höhe von 11,53 Mrd. € Ausgaben in Höhe von 5,11 Mrd. €. Dies entspricht einem Mehrumsatz durch Privatversicherte von 6,43 Mrd. €. Der ambulant-ärztliche Bereich ist demnach der Versorgungssektor mit dem höchsten Mehrumsatz. 55,7 % der Ausgaben von Privatversicherten in diesem Sektor sind als Mehrumsatz zu sehen. Gegenüber dem Wert von 2016 (6,29 Mrd. €) ist ein Anstieg von 2,2 % zu verzeichnen.¹⁵ Altersadjustiert liegt der Anstieg bei 1,1 %.¹⁶

Der Mehrumsatz ist bei 7- bis 9-jährigen männlichen Versicherten und 9-jährigen weiblichen Versicherten mit unter 100 € im Durchschnitt am geringsten. Privatversicherte Männer ab einem Alter von 66 Jahren und privatversicherte Frauen zwischen dem 30. und 41. Lebensjahr und ab einem Alter von 58 Jahren lösen hingegen einen Mehrumsatz von über 1.000 € je Versicherten aus. Insgesamt weisen Frauen zwischen dem 15. und 75. Lebensjahr einen deutlich höheren Mehrumsatz als Männer auf. Ab dem 76. Lebensjahr übersteigt der Mehrumsatz je männlichen Versicherten den je weiblichen Versicherten (Abbildung 3).

Abb. 3: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2017 – ambulante ärztliche Behandlung



Der PKV-Mehrumsatz in der ambulanten ärztlichen Versorgung beträgt im Jahr 2017 für jede der 118.356 ambulanten Arztpraxen¹⁷ in Deutschland 54.319 €. Im Jahr 2016 lag der Mehrumsatz noch bei 52.572 € je ambulanter Praxis¹⁸, was einem Anstieg von 1.747 € bzw. 3,3 % je Praxis entspricht.

15 Damit nahm der Mehrumsatz zu, obwohl die Leistungsausgaben für ambulant ärztliche Leistungen in der GKV stärker stiegen als in der PKV. Hintergrund hierfür ist das höhere Niveau der Leistungsausgaben je Versicherten in der PKV, auf welches sich der prozentuale Anstieg bezieht.

16 Zur Verdeutlichung des Zusammenhangs von Mehrumsatz und Alterung: Erhöht sich das Durchschnittsalter der Privatversicherten um etwa ein Jahr, so erhöht sich der gesamte Mehrumsatz (über alle Leistungsbereiche) pro se im Schnitt um etwa 70 € pro Person. Dieser Betrag wird aufgrund des steiler werdenden Ausgabenprofils bei einem alternden Versichertenkollektiv steigen. Voraussetzung ist ein unveränderter Zustand aller weiteren Einflussfaktoren auf den Mehrumsatz (Versichertenstruktur der GKV, medizinischer Fortschritt etc.).

17 Vgl. Bundesärztekammer (2017).

18 Anzahl an niedergelassenen ambulanten Ärzten im Jahr 2016: 119.641. Vgl. Bundesärztekammer (2016).

4 Der stationäre Sektor

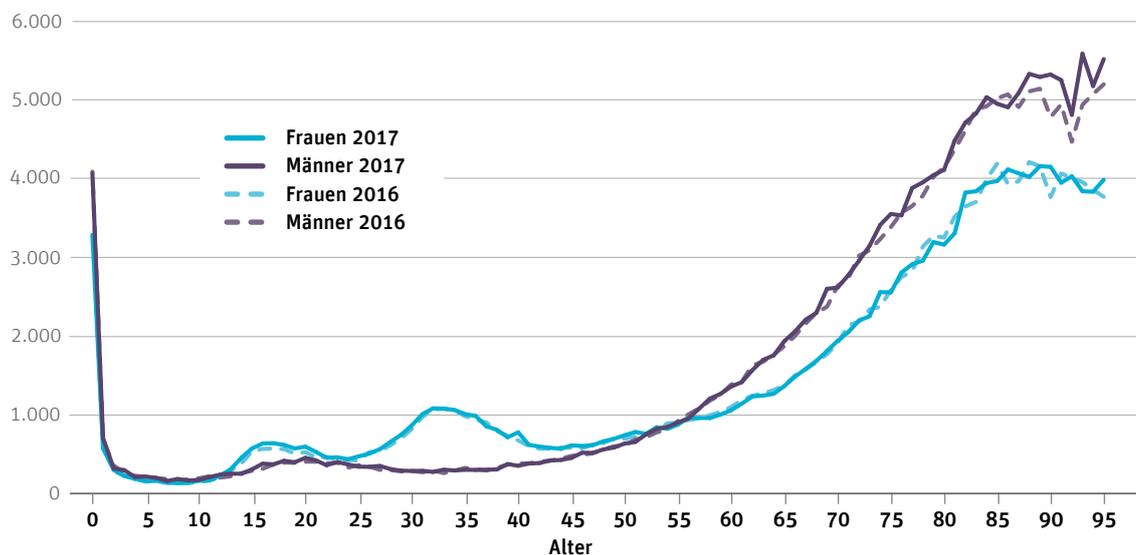
4.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten im Krankenhaus lagen im Jahr 2017 bei 10 Mrd. € (+3,2 % gegenüber 2016). Die GKV-Ausgaben für den stationären Bereich nahmen von 2016 auf 2017 um 2,7 % auf 74,90 Mrd. € zu. Gemessen an den gesamten hier betrachteten Leistungsausgaben lag der Anteil des stationären Sektors im Jahr 2017 bei Privatversicherten bei 28 % und in der GKV bei 41,4 %. In der GKV ist dieser Versorgungsbereich – im Gegensatz zur PKV – der ausgabenstärkste Bereich.

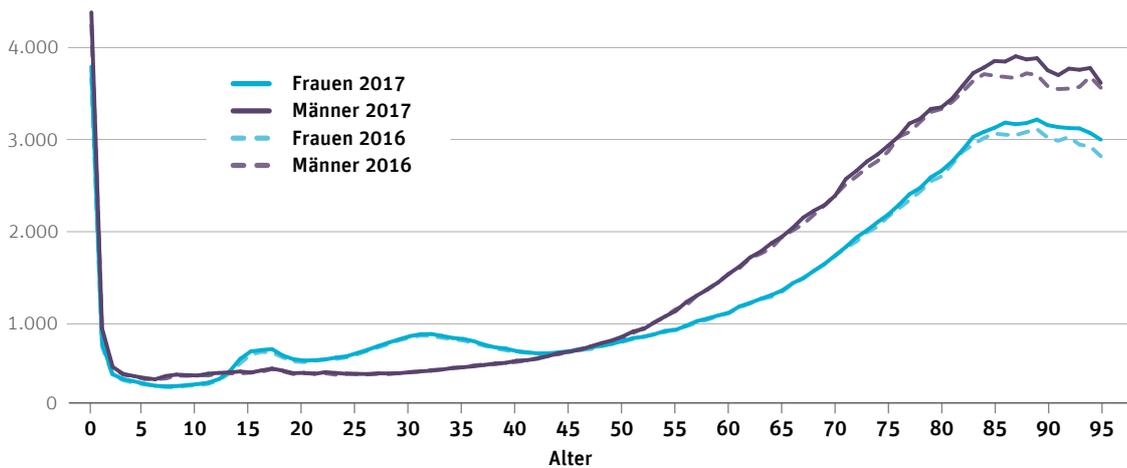
11,8 % aller Leistungen in der stationären Versorgung, die zu Lasten von privat und gesetzlich Versicherten abgerechnet werden, sind Privatversicherten zuzurechnen. Dieser Anteil liegt etwas über dem Anteil der Privatversicherten (10,6 %) in der Bevölkerung.

Die Leistungsausgaben im Krankenhausesektor sind in hohem Maße altersabhängig. Die Pro-Kopf-Ausgaben Privatversicherter in der stationären Versorgung sind im Säuglingsalter auf einem hohen Niveau (Mädchen: 3.285 €, Jungen: 4.068 €), sinken anschließend im Kleinkindalter auf 157 € (7-jährige Jungen) bzw. 130 € (8-jährige Mädchen) herab und erhöhen sich darauffolgend mit steigendem Alter. Die Pro-Kopf-Ausgaben weiblicher PKV-Versicherter steigen auf bis zu 4.158 € (89 Jahre) und die der Männer auf bis zu 5.587 € (93 Jahre) an. Zwischen dem 14. und 57. Lebensjahr übersteigen die Ausgaben der Frauen, insbesondere in den Jahren von Schwangerschaft und Geburt sowie der Pubertät, die der Männer. Ab dem 58. Lebensjahr liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer über denen der Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr sind überwiegend geringfügige Anstiege und Rückgänge ersichtlich. Vereinzelt sind Anstiege und Rückgänge von über 10 % vorhanden (Abbildung 4).

Abb. 4: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2017, 2016 – stationärer Bereich



Bei GKV-Versicherten zeigt sich im Krankenhausbereich ein vergleichbares Ausgabenprofil wie bei PKV-Versicherten. Wie in den vergangenen Jahren lagen die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich bei den jüngeren PKV-Versicherten unter und bei den älteren Privatversicherten über denen der GKV. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV überschreiten im fortgeschrittenen Alter nicht die Pro-Kopf-Ausgaben der Neugeborenen (Mädchen: 3.756 €; Jungen: 4.362 €), wohingegen in der PKV die Pro-Kopf-Ausgaben der älteren Generationen die Pro-Kopf-Ausgaben der Neugeborenen deutlich übersteigen. Geringfügige Anstiege und Rückgänge der Leistungsausgaben zwischen 2016 und 2017 sind ersichtlich (Abbildung 5).

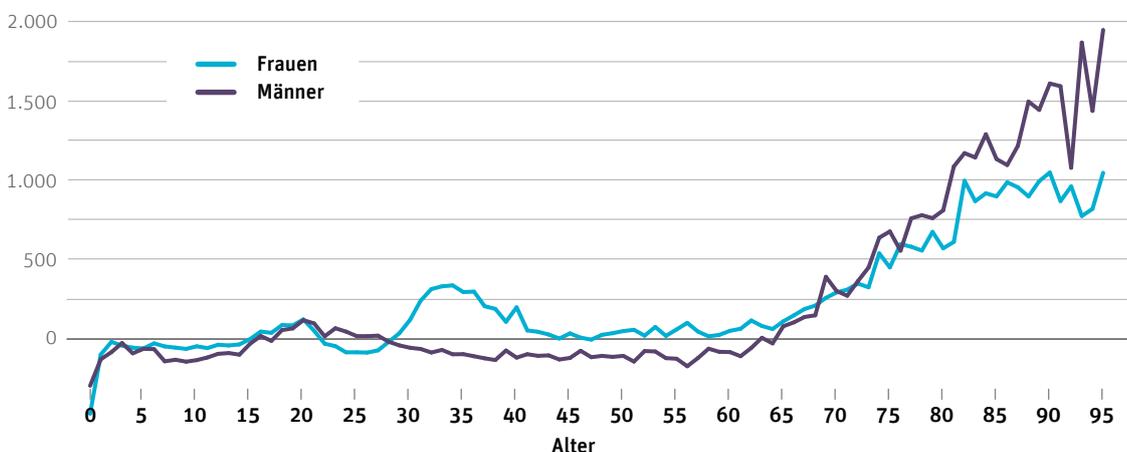
Abb. 5: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2017, 2016 – stationärer Bereich

4.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn Privatversicherte im Jahr 2017 in der GKV versichert gewesen wären, hätten ihre Ausgaben für den stationären Sektor 9,31 Mrd. € statt 10 Mrd. € betragen. Der PKV-Mehrumsatz im Jahr 2017 lag demnach bei 687 Mio. €, was 6,9 % der Leistungsausgaben der Privatversicherten im stationären Bereich entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr nahm der Mehrumsatzes um 3,3 % zu. Auf Basis einer Altersstandardisierung wurde ermittelt, dass der beschriebene Anstieg ausschließlich auf die Alterung zurückzuführen ist.

Der anteilig niedrigere Mehrumsatz im stationären Sektor – im Vergleich zum ambulanten Sektor – hat seine Ursache vor allem darin, 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.

Privatversicherte Frauen verursachen zwischen dem 31. und 41. Lebensjahr und ab dem 66. Lebensjahr sowie privatversicherte Männer ab dem 67. Lebensjahr einen Mehrumsatz von über 100 € je Versicherten. Dieser Mehrumsatz steigt bei beiderlei Geschlecht mit zunehmendem Alter an. Zwischen dem zweiten und 65. Lebensjahr sind nur geringfügige Unterschiede der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen privat und gesetzlich Versicherten – ausgenommen weibliche Privatversicherte zwischen dem 31. und 41. Lebensjahr – vorhanden (Abbildung 6).¹⁹

Abb. 6: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2017 – stationärer Bereich

¹⁹ Erfassungsgründe bedingen den negativen Mehrumsatz bei Neugeborenen.

5 Der zahnmedizinische Sektor

5.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

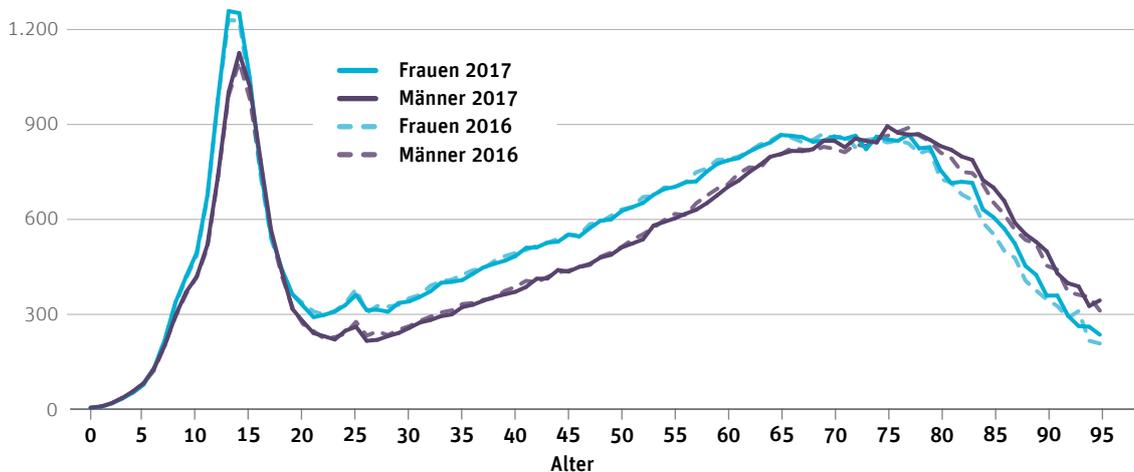
Die Ausgaben der Privatversicherten in der zahnmedizinischen Versorgung, die sowohl die Zahnbehandlung als auch den Zahnersatz und die Kieferorthopädie beinhaltet, lagen im Jahr 2017 bei 4,92 Mrd. € und haben sich damit im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert (+0,44 % gegenüber 2016). Die GKV gab für diesen Versorgungssektor 14,08 Mrd. € (+2,5 % gegenüber 2016) aus. Der Anteil der Zahnmedizin an den hier betrachteten Leistungssektoren beträgt in der PKV 13,8 % und in der GKV 7,8 %

Im Jahr 2017 lag der PKV-Anteil, gemessen an allen Leistungsausgaben in der zahnärztlichen Versorgung (GKV- und PKV-Versicherte), bei 25,9 % – bei einem Versichertenanteil von 10,6 %.

Die Zahnleistungen der privat und gesetzlich Versicherten zeigen im altersabhängigen Kostenprofil einen deutlich anderen Verlauf als die übrigen Leistungsarten. Bei Privatversicherten beiderlei Geschlechts fallen die größten Kosten bereits im Kindes- und Jugendalter, in der Regel im Bereich der Kieferorthopädie, an. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Jahr steigen in dieser Lebensphase an und erreichen bei den 13- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen Höchstwerte von über 1.000 €. Anschließend sinken die Ausgaben bis zu einem Alter von 26 Jahren auf 215 € (Männer) bzw. 21 Jahren auf 290 € (Frauen) und steigen daraufhin bis zum 76. Lebensjahr auf 894 € (Männer) bzw. 78. Lebensjahr auf 868 € (Frauen) an, bevor diese wieder deutlich zurückgehen. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der männlichen PKV-Versicherten sind zwischen dem 1. und 6. Lebensjahr und ab dem 76. Lebensjahr höher als bei den weiblichen Versicherten. In allen weiteren Lebensjahren übersteigen die durchschnittlichen Ausgaben privatversicherter Frauen die der privatversicherten Männer (Abbildung 7).²⁰

Im Erwachsenenalter ist bei beiderlei Geschlecht überwiegend ein geringfügiger Rückgang der Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr ersichtlich. Einige wenige hochbetagte Jahrgänge hingegen verzeichnen einen Anstieg von über 10 % (Abbildung 7).

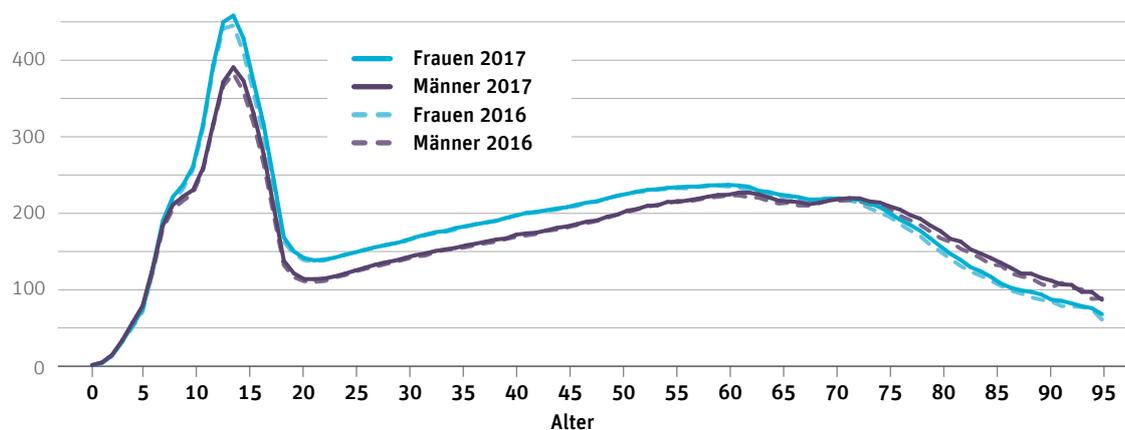
Abb. 7: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2017, 2016 – zahnmedizinische Behandlung



²⁰ Ausgenommen das 17., 18. und 74. Lebensjahr. In diesem Alter übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer die der Frauen.

Die Ausgaben für Zahnbehandlungen in der GKV zeigen im Vergleich zur PKV ein deutlich flacheres Profil. Wie auch bei den Privatversicherten entstehen die größten durchschnittlichen Kosten zunächst bei den 13- bis 15-Jährigen (372 € bis 458 €), jedoch auf einem deutlich niedrigeren Niveau (Vergleich PKV: über 1.000 €). Die Pro-Kopf-Ausgaben sinken darauffolgend bis zum 23. Lebensjahr auf 114 € (Männer) bzw. 139 € (Frauen) herab. Die Leistungsausgaben je Versicherten steigen erneut geringfügig auf bis zu 237 € bei den 63-jährigen Frauen und auf bis zu 227 € bei den 65-jährigen Männern an, wohingegen sich die Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten in dieser Altersspanne zwischen 772 € und 866 € belaufen. Im Gegensatz zur PKV ist in der GKV überwiegend ein geringfügiger Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Beobachtungszeitraum (2016 bis 2017) je Alter und Geschlecht ersichtlich (Abbildung 8).

Abb. 8: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2017, 2016 – zahnmedizinische Behandlung

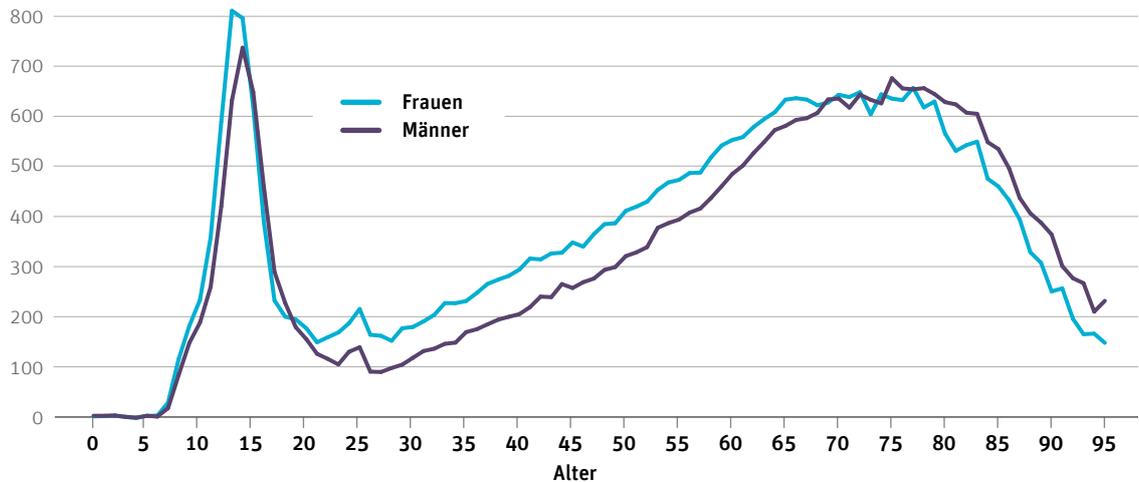


5.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden die Leistungen der Privatversicherten nach den Regularien der GKV erstattet, lägen ihre Ausgaben bei 1,73 Mrd. €. Tatsächlich waren es jedoch 4,92 Mrd. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten betrug damit im Jahr 2017 3,196 Mrd. €. Im Vergleich zu 2016 (3,198 Mrd. €) blieb der Mehrumsatz im Zahnbereich nahezu konstant (-0,1 %). Altersadjustiert zeigt sich ein Rückgang des Mehrumsatzes. Der Mehrumsatz in der zahnmedizinischen Versorgung ist mit einem Anteil von 64,9 % der Leistungsausgaben der Privatversicherten in diesem Sektor verhältnismäßig hoch.

Ausgenommen der 4-jährigen PKV-Versicherten ist – trotz Rückgang zum Vorjahr – ein Mehrumsatz über alle weiteren Altersgruppen festzustellen. Insbesondere zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr bei beiderlei Geschlecht sowie bei den Frauen zwischen dem 65. und 80. Lebensjahr und bei den Männern zwischen dem 69. und 84. Lebensjahr ist ein hoher Mehrumsatz (über 600 € je Versicherten) erkennbar. Der Mehrumsatz ist im Alter von 6 bis 14 Jahren sowie zwischen dem 20. und 75. Lebensjahr bei den weiblichen Versicherten höher als bei den männlichen Versicherten²¹, bei allen weiteren Altersklassen liegt der Mehrumsatz der Männer über dem der Frauen (Abbildung 9).

²¹ Ausgenommen sind das Alter 69 und 73 Jahre. Dort übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer die der Frauen.

Abb. 9: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2017 – zahnmedizinische Behandlung

Eigenbeteiligungen spielen in der zahnärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten eine deutlich größere Rolle als in anderen Leistungsbereichen. So erfolgt die Abrechnung für GKV-Versicherte bei Zahnersatz auf der Basis von befundbezogenen Festzuschüssen. Die Festzuschüsse umfassen 50 % der Beträge für die jeweilige Regelversorgung (§ 55 Abs. 1 SGB V).²²

Der Privatversicherte erhält dagegen eine Erstattung im Rahmen seines Versicherungstarifes, wobei diese in Abhängigkeit von Selbstbeteiligungen in der Regel zwischen 70 und 90 % des Rechnungsbetrages liegt. Würden auch die PKV-Versicherten eine Erstattung nach dem GKV-Erstattungssystem erhalten, müssten sie vermutlich ebenfalls einen größeren Teil als Eigenbeteiligung tragen. Würde man die hohe Eigenbeteiligung der GKV-Versicherten berücksichtigen, würde der aktuelle Mehrumsatz im zahnmedizinischen Bereich um 631 Mio. € auf 2,57 Mrd. € sinken.²³

Der Mehrumsatz je Zahnarztpraxis lag im Jahr 2017 bei durchschnittlich 62.594 € (2016: 61.553 €). Dies entspricht einem Anstieg je Praxis von 1.041 € bzw. 1,7 %.²⁴

²² Bei regelmäßigen Zahnarztbesuchen erhöhen sich die Festzuschüsse um 20 bzw. 30 % und betragen dann 70 bzw. 80 % der Regelversorgung. Nach § 56 SGB V bestimmt der G-BA in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden, und ordnet diesen Regelversorgungen zu. Die Regelversorgung kann auch als „GKV-Grundversorgung“ bezeichnet werden. Wählen GKV-Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten in vollem Umfang selbst zu tragen.

²³ Die laufenden Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte (Eigenanteil) in der zahnärztlichen Versorgung lagen im Jahr 2016 bei 6.387 Mio. €. Dieser Betrag beinhaltet den Eigenanteil sowohl von GKV- als auch von PKV-Versicherten. Gemäß GKV-PKV-Verhältnis wird der Eigenanteil anteilig auf die Leistungsausgaben in der GKV und PKV verteilt. Da derzeit keine Daten der laufenden Gesundheitskosten der privaten Haushalte für das Jahr 2017 vorliegen, werden die Daten aus dem Jahr 2016 angewendet. Vgl. Bundeszahnärztekammer (2018).

²⁴ Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 51.058 und im Jahr 2016 51.956 Zahnarztpraxen. Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2018).

6 Arznei- und Verbandmittel

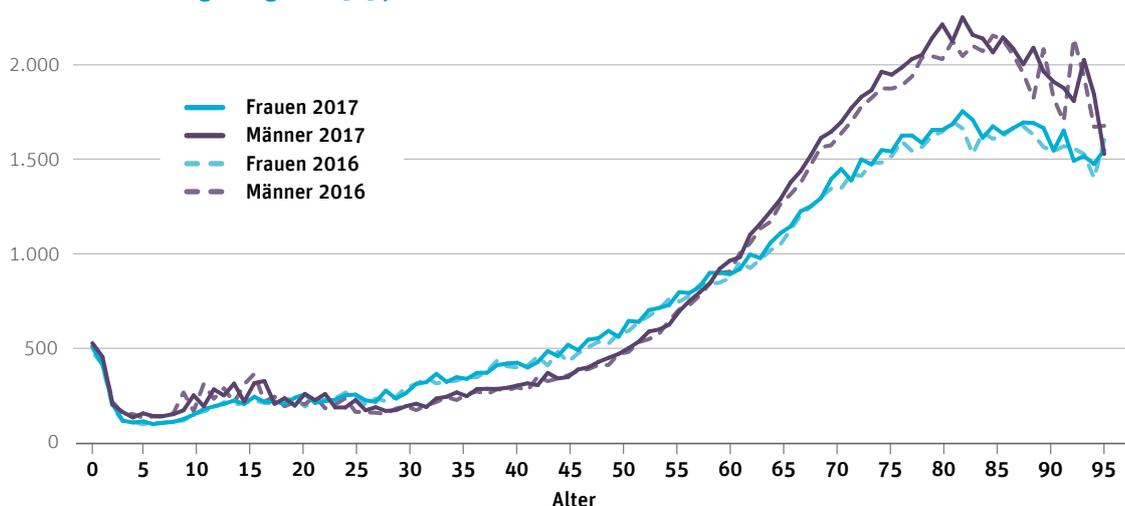
6.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Privatversicherte gaben im Jahr 2017 insgesamt 5,62 Mrd. € für Arznei- und Verbandmittel aus (+ 4,6 % gegenüber 2016). Die Arzneimittelausgaben der GKV im Jahr 2017 – unter Berücksichtigung von Impfstoffen, Praxisbedarf und Eigenanteilen und unter Abzug von kassenspezifischen Rabatten – lagen bei 38,51 Mrd. €. ²⁵ Dies entspricht dort einem Anstieg von 3,9 %. Der Anteil der Arzneimittelausgaben von Privatversicherten, gemessen an den PKV- und GKV-Ausgaben in diesem Sektor, beträgt 12,7 %, obwohl diese nur 10,6 % der Gesamtbevölkerung stellen.

Analog zu den meisten anderen Leistungsbereichen sind die Arznei- und Verbandmittelausgaben altersabhängig und steigen mit zunehmendem Alter an. Die Pro-Kopf-Ausgaben privatversicherter 0-Jähriger sind mit über 500 € und 1-Jähriger mit über 400 € verhältnismäßig hoch. Die Ausgaben sinken bei den Jungen im Alter von 4 Jahren auf 136 € und bei den Mädchen im Alter von 6 Jahren auf 101 € herab und steigen darauffolgend mit Schwankungen auf über 2.000 € (Männer zwischen 81 und 93 Jahren) bzw. über 1.500 € (Frauen ab 78 Jahre) an.

Bis zum 18. Lebensjahr sowie ab einem Alter von 62 Jahren übersteigen die Leistungsausgaben der Männer die der Frauen (Abbildung 10).

Abb. 10: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2017, 2016 – Arzneimittel



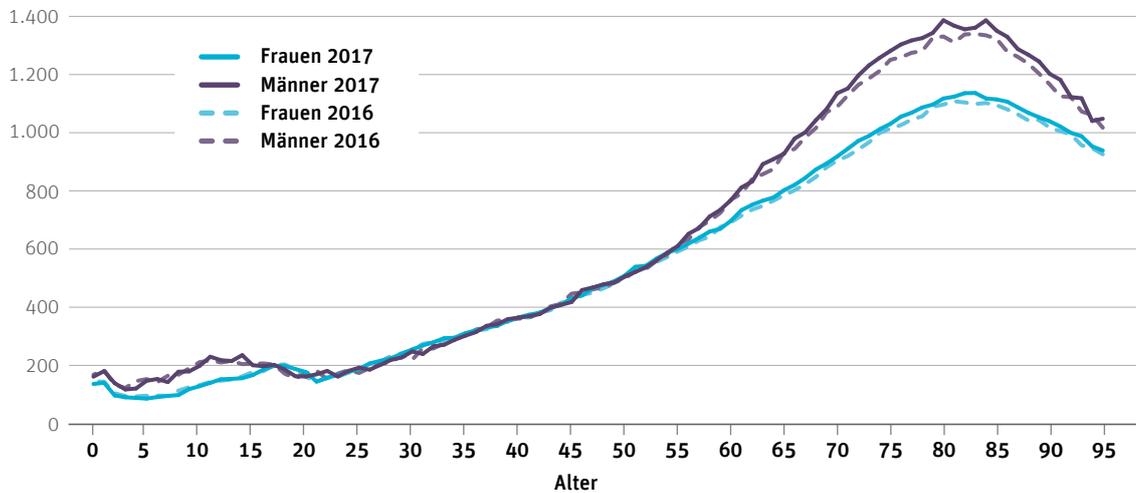
Bei gesetzlich Versicherten zeigt sich ein ähnliches Bild mit geringeren Pro-Kopf-Ausgaben. Abweichend von dem Ausgabenprofil der PKV-Versicherten gibt es bei GKV-Versicherten keine erhöhten Pro-Kopf-Ausgaben im Säuglingsalter. 5-jährige Mädchen weisen mit knapp 87 € und 3-jährige Jungen mit 118 € die niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben auf. Die Leistungsausgaben GKV-Versicherter steigen bei den Männern auf bis zu 1.387 € (im Alter von 80 Jahren) und bei den Frauen auf bis zu 1.137 € (im Alter von 83 Jahren) an.

Bis zum 18. Lebensjahr sowie ab dem 56. Lebensjahr übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer deutlich die der Frauen. Im Gegensatz zu Privatversicherten liegen die Arzneimittelausgaben von gesetzlich versicherten Männern und Frauen zwischen dem 18. und 56. Lebensjahr auf ähnlichem

²⁵ Vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018); Bundesministerium für Gesundheit (2018).

Niveau. GKV-Versicherte weisen in fast allen Jahrgängen nur geringfügige Pro-Kopf-Ausgabenanstiege und -rückgänge im Vergleich zum Vorjahr auf (Abbildung 11).

Abb. 11: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2017, 2016 – Arzneimittel



Abweichend von den schwankenden Leistungsausgaben der Privatversicherten (Ausgabenrückgang/-anstieg je Altersjahr) ist ein Anstieg der Leistungsausgaben der GKV-Versicherten ab dem 61. Lebensjahr (Frauen) bzw. 67. Lebensjahr (Männer)²⁶ im Vergleich zum Vorjahr erkennbar.

6.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würde die Arzneimittelversorgung der Privatversicherten den gleichen Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten unterworfen sein wie in der GKV, lägen ihre Arzneimittelausgaben im Jahr 2017 statt bei 5,62 Mrd. € bei 4,67 Mrd. €. Damit ergibt sich ein PKV-Mehrumsatz von 951 Mio. €. Im Vergleich zum Vorjahr (907 Mio. €²⁷) ist dieser um 4,9 % bzw. 44,6 Mio. € angestiegen. Altersstandardisiert geht der Mehrumsatz zurück. Im Jahr 2017 sind 16,9 % der Arzneimittelausgaben der Privatversicherten auf den Mehrumsatz zurückzuführen.

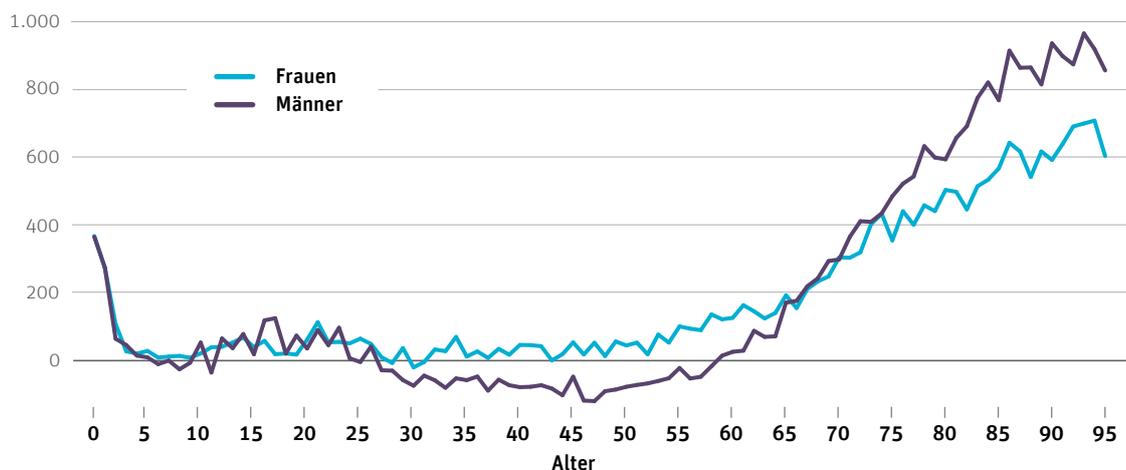
Insbesondere in den ersten beiden Lebensjahren und ab einem Alter von etwa 60 Jahren ist ein deutlicher Mehrumsatz durch Privatversicherte erkennbar. Bei den Kindern und Jugendlichen hingegen befinden sich die Ausgaben in beiden Versicherungssystemen auf einem ähnlichen Niveau.²⁸ Weibliche Privatversicherte verzeichnen in (fast²⁹) allen Jahrgängen einen Mehrumsatz, wohingegen bei männlichen Privatversicherten in den mittleren Lebensjahren die Pro-Kopf-Ausgaben sogar unter den Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlich Versicherten liegen (Abbildung 12). 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.

²⁶ Ausgenommen sind 94-jährige Männer.

²⁷ Aktualisierter Wert.

²⁸ Die höheren Ausgaben bei Neugeborenen und Einjährigen sind zum Teil der unterschiedlichen Erfassung der Impfungen geschuldet.

²⁹ Ausgenommen 28-, 30- und 31-jährige Frauen.

Abb. 12: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2017 – Arzneimittel

Der Mehrumsatz im Arzneimittelbereich hat seine Hauptursache in den vielfältigen Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten in der GKV.³⁰ Zur Anwendung kommen sowohl Instrumente, die einen Preiseffekt verursachen, als auch Instrumente, die einen direkten Struktur- und Mengeneffekt auslösen. 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.³¹ 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.³² Aber nicht nur bei Generika fallen PKV-Preis und tatsächlich erstatteter GKV-Preis oft auseinander. Einen Preiseffekt gibt es dabei auch bei einer Reihe von neuen Medikamenten. Zwar gilt nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) der zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den 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.

Das Einsparvolumen der GKV in Folge von vertraglich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den pharmazeutischen Herstellern ausgehandelten Rabatte nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. Im Jahr 2017 lag das realisierte Einsparvolumen in der GKV hier bei 4,03 Mrd. € und damit 181 Mio. € höher als im Jahr 2016.³³ PKV-Unternehmen können zwar ebenfalls Rabattverträge mit Pharmaunternehmen abschließen, diese spielen aber aufgrund andersartiger Steuerungsmechanismen finanziell eine wesentlich geringere Rolle.³⁴ Hinzu kommt, dass Privatversicherte einen schnelleren Zugang zu neuen – meist teuren – Medikamenten erhalten als gesetzlich Versicherte.

30 Für eine Übersicht siehe Wild (2015).

31 Vgl. Wild (2016b); Jacke/Hagemeister/Wild (2018).

32 Vgl. Pro Generika (2015); Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (2018).

33 Vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018); Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2017).

34 Vgl. Wild (2015).

7 Heilmittel

7.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

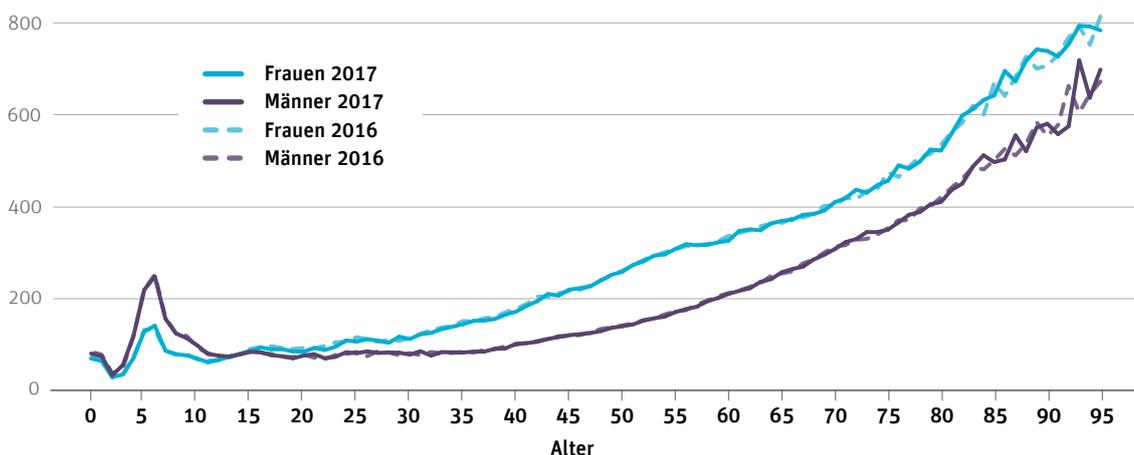
Die Ausgaben der Privatversicherten für Heilmittel lagen im Jahr 2017 bei 1,77 Mrd. € (+0,7 % gegenüber 2016). Dies entspricht 5,0 % aller Leistungsausgaben. Die GKV-Ausgaben lagen bei 6,56 Mrd. € (+1,2 %). Der PKV-Marktanteil an allen Heilmittelausgaben (privat und gesetzlich Versicherte) lag bei 21,2 % und somit deutlich über dem Versichertenanteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung (10,6 %).

Die Ausgaben der Privatversicherten für Heilmittel sind geschlechts- und altersabhängig. Im Allgemeinen nehmen die Heilmittelausgaben bei beiderlei Geschlecht – ausgenommen das Kindesalter – mit steigendem Alter zu. Die Pro-Kopf-Ausgaben privatversicherter Frauen steigen ab einem Alter von 31 Jahren (121 €) und die der Männer ab einem Alter von 36 Jahren (83 €) bis ins hohe Alter an und erreichen Höchstwerte von 793 € (93-jährige Frauen) bzw. 718 € (93-jähriger Männer). Ab einem Alter von 14 Jahren liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Frauen über denen der Männer.

Über alle Altersklassen verteilt sind sowohl geringe Leistungsanstiege als auch Leistungsrückgänge im Vergleich zum Vorjahr ersichtlich. Männliche Privatversicherte im Alter von 3, 21, 26 und 31 Jahren hingegen verzeichnen ein Wachstum von über 10 %. Außerdem kommt es vereinzelt zu höheren Anstiegen bei Hochbetagten beiderlei Geschlechts (Abbildung 13).

Die vergleichsweise hohen Ausgaben um das 7. Lebensjahr (Jungen: 247 €; Mädchen: 139 €) 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.

Abb. 13: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2017, 2016 – Heilmittel



7.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

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 0,74 Mrd. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten lag damit im Jahr 2017 bei 1,03 Mrd. € (2016: 1,02 Mrd. €) und ist demnach gegenüber dem Vorjahr um 0,6 % angestiegen. Altersadjustiert ging der Mehrumsatz zurück. Der hohe Anteil des Mehrumsatzes an den gesamten Heilmittelausgaben der Privatversicherten (58,1 %) ist ein Hinweis auf die hohe Regulierungsdichte in der GKV im Heilmittelbereich.³⁵

Im Jahr 2017 lag der Mehrumsatz durch Privatversicherte je Heilmittelerbringer bei 15.255 €³⁶ (2016: 15.307 €³⁷). Der leichte Rückgang je Heilmittelerbringer ergibt sich daraus, dass der Mehrumsatz etwas geringer zunahm als die Anzahl der Heilmittelbringer.

35 Auswirkungen neuer Gesetzesregelungen sind ab 2019 zu erwarten.

36 2017: 67.295 Heilmittelerbringer. Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (2018).

37 2016: 66.663 Heilmittelerbringer. Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (2018).

8 Hilfsmittel

8.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

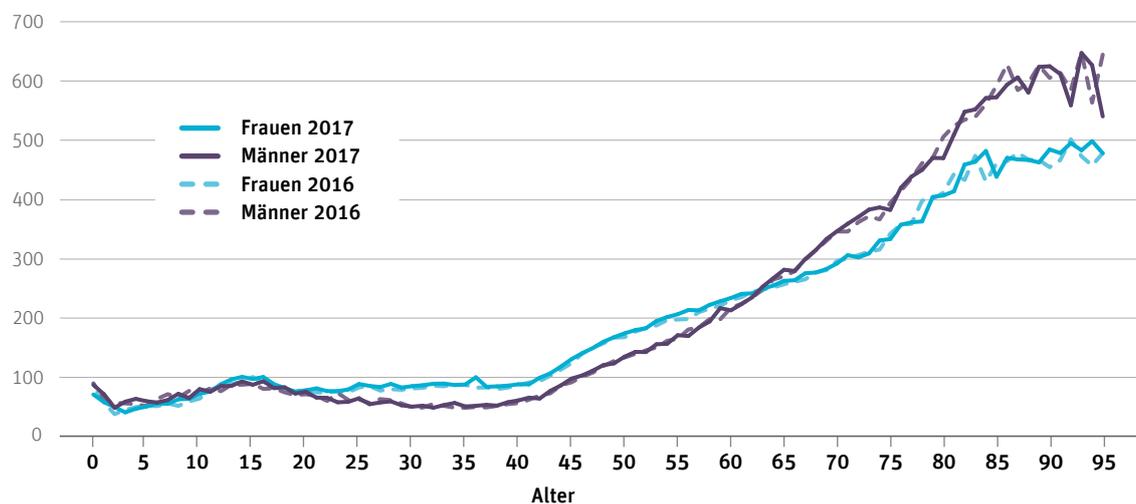
Die Leistungsausgaben für Hilfsmittel bei Privatversicherten betragen im Jahr 2017 1,49 Mrd. € (+2,7 % gegenüber 2016). Damit entfielen 4,2 % aller hier betrachteten Leistungsausgaben auf Hilfsmittel. Die Ausgaben der GKV für Hilfsmittel lagen im Jahr 2017 bei 8,07 Mrd. € (+3,2 %).

15,6 % aller Hilfsmittelausgaben im deutschen Gesundheitssystem sind Privatversicherten zuzurechnen. Damit liegt der PKV-Marktanteil bei Hilfsmitteln über dem Anteil der Privatversicherten (10,6 %) an der Gesamtbevölkerung.

Bei einer Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten weisen Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 20 Jahren die geringsten Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht auf. Die Pro-Kopf-Ausgaben beiderlei Geschlechts – von der Geburt bis ins mittlere Alter – liegen mit unter 100 € je Versicherten auf einem niedrigen Niveau. Ab einem Alter von 43 Jahren (Frauen) bzw. 46 Jahren (Männer) belaufen sich die Pro-Kopf-Ausgaben auf über 100 € je Versicherten. Dabei steigen diese bei den männlichen Versicherten auf bis zu 646 € (93 Jahre) und bei den weiblichen Versicherten auf bis zu 494 € (92 Jahre) (mit geringen Schwankungen) an (Abbildung 14).

Leistungsanstiege und -rückgänge der Pro-Kopf-Ausgaben von 2016 zu 2017 belaufen sich überwiegend unter 10 % je Altersklasse. Dabei fällt keine Altersgruppe durch systematisch veränderte Werte auf.

Abb. 14: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2017, 2016 – Hilfsmittel



8.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden Privatversicherte nach den Vorgaben und Regulierungen wie in der GKV Hilfsmittel erhalten, lägen ihre Ausgaben bei 0,97 Mrd. €. Stellt man diesen Betrag den tatsächlichen Ausgaben (1,49 Mrd. €) gegenüber, ergibt sich ein Mehrumsatz von 527 Mio. €. Im Vergleich zum Vorjahr (518 Mio. €) ist dieser um 1,7 % angestiegen. Die Altersadjustierung zeigt, dass der Anstieg durch die Alterung des Versichertenkollektives erklärt werden kann. 35,3 % der Ausgaben von Privatversicherten im Hilfsmittelbereich sind als Mehrumsatz zu sehen.

9 Leistungsausgaben und Mehrumsatz im Zeitverlauf

9.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Im Jahr 2017 lagen die Leistungsausgaben der Privatversicherten, bei den in dieser Studie betrachteten Leistungsbereichen, bei insgesamt 35,74 Mrd. € und die der GKV bei 181,08 Mrd. €. ³⁸ Der größte Teil der Leistungsausgaben der Privatversicherten (11,53 Mrd. €) entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Bei GKV-Versicherten hingegen ist der stationäre Sektor der ausgabenträchtigste Bereich.

Tabelle 1: Leistungsausgaben privat und gesetzlich Versicherter und PKV-Marktanteil im Jahr 2017

Bereich	Ausgaben 2017 [Mrd. €]		Marktanteil PKV [%]
	Privatversicherte	gesetzlich Versicherte	
Ambulante ärztliche Versorgung	11,53	38,09	23,2
Stationäre Versorgung	10,00	74,90	11,8
Zahnmedizinische Versorgung	4,92	14,08	25,9
Arznei- und Verbandmittel	5,62	38,51	12,7
Heilmittel	1,77	6,56	21,2
Hilfsmittel	1,49	8,07	15,6
Sonstige	0,41	0,87	32,0
Gesamt	35,74	181,08	16,5

Quelle: Interne Berechnungen, Bundesministerium für Gesundheit (2019); Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018); Bundesministerium für Gesundheit (2018).

In allen Sektoren ist der Anteil der Ausgaben der Privatversicherten, gemessen an den GKV- und PKV-Ausgaben, größer als der Bevölkerungsanteil der Privatversicherten (10,6 %). Insbesondere die zahnmedizinischen Versorgung (25,9 %), die ambulante ärztliche Versorgung (23,2 %) und die Heilmittelversorgung (21,2 %) weisen hohe PKV-Marktanteile auf (Tabelle 1). ³⁹

9.2 Ausgaben der GKV und PKV im Zeitverlauf (2007-2017)

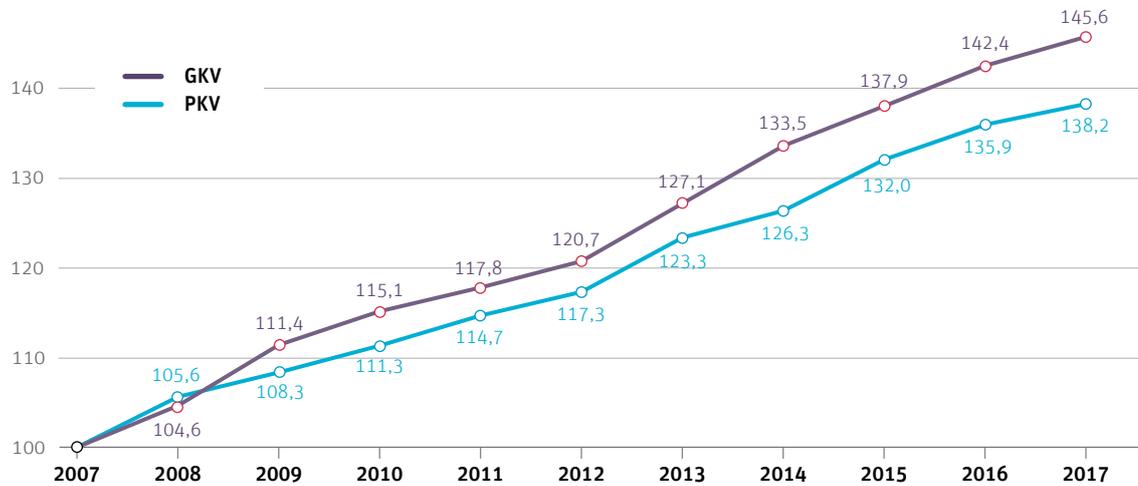
Die Ausgaben der Versicherungsunternehmen je PKV-Versicherten stiegen in den letzten zehn Jahren um 38,2 %. Die GKV wies im selben Zeitraum mit einem Anstieg von 45,6 % ein deutlich höheres

³⁸ Wie bereits in Kapitel 2.3 erläutert, werden verschiedene weitere „kleinere“ Leistungsbereiche, wie Krankengeld, Fahrtkosten, Gutachter etc. im Rahmen dieser Arbeit nicht betrachtet. Die Gesamtausgaben der PKV und der GKV sind entsprechend höher. Die aufgeführten Ausgaben der GKV beziehen sich auf die vom BMG veröffentlichten Kennzahlen und Faustformeln der Gesetzlichen Krankenversicherung; ausgenommen sind die Arznei- und Verbandmittel, diese Leistungsausgaben setzten sich aus einzelnen Positionen der KV 45 Statistik zusammen.

³⁹ Der Leistungsbereich ‚Sonstige‘ wird aufgrund der geringen Ausgaben nicht näher betrachtet.

Ausgabenwachstum je Versicherten auf (Abbildung 15).⁴⁰ Eine Untersuchung des ambulant ärztlichen Sektors durch das ZI bestätigt diesen Trend.⁴¹

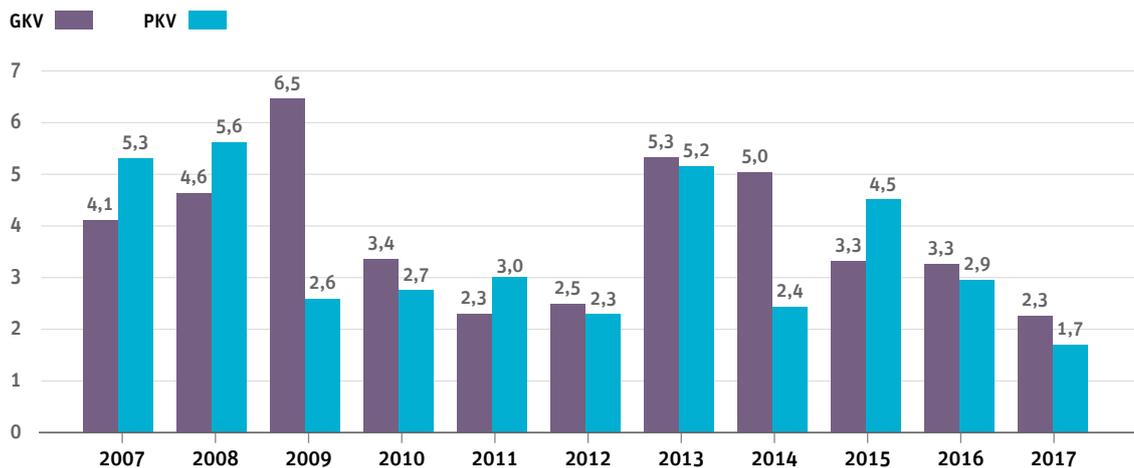
Abb. 15: Ausgaben der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung je Versicherten indexiert (2007=100), 2007-2017



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2019); PKV-Verband (2009-2018).

Abbildung 16 zeigt die Veränderung der Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten in der GKV und der PKV, jeweils verglichen mit dem Vorjahr, auf. In sechs von zehn Jahren ist der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben in der PKV geringer als in der GKV. Insbesondere in den letzten zwei Jahren sind die Pro-Kopf-Ausgaben in der PKV (2015-2016: 2,9 %; 2016-2017: 1,7 %) geringer angestiegen als in der GKV (2015-2016: 3,3 %; 2016-2017: 2,3 %).

Abb. 16: Veränderung der Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten (im Vergleich zum Vorjahr) in der GKV und PKV, 2007-2017



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2019); PKV-Verband (2009-2018).

⁴⁰ Abweichend von den bisherigen Berechnungen werden in diesem Kapitel Berechnungen auf Grundlage des Bundesministeriums für Gesundheit (2019) und des PKV-Verbands (2009-2018) durchgeführt.

⁴¹ Das ZI weist in seinem Jahresbericht darauf hin, dass als Folge des Anstiegs der GKV-Leistungsausgaben auch die Einnahmen der Praxen durch GKV-Versicherte gestiegen sind. Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019). Dies ist im Übrigen kein Widerspruch zum gleichzeitigen Anstieg des PKV-Mehrumsatzes. De facto ist der „Kuchen“, also der Gesamtumsatz bei den niedergelassenen Ärzten, größer geworden.

9.3 Mehrumsatz der Privatversicherten

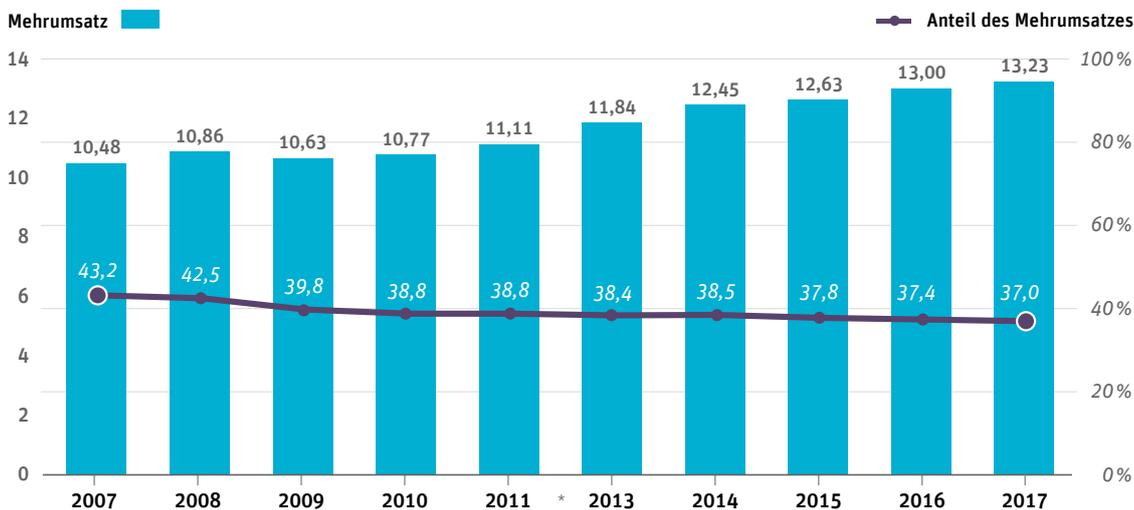
Der Mehrumsatz der Privatversicherten ist von 2016 auf 2017 um 226 Mio. € bzw. 1,7 % auf 13,226 Mrd. € angestiegen. Fast alle Leistungsbereiche verzeichnen ein Umsatzwachstum (Tabelle 2).⁴²

Tabelle 2: PKV-Mehrumsatz 2017 und 2016 nach Bereichen

Bereich	Mehrumsatz der Privatversicherten [Mrd. €]	
	2016	2017
Ambulante ärztliche Versorgung	6,290	6,429
Stationäre Versorgung	0,665	0,687
Zahnmedizinische Versorgung	3,198	3,196
Arznei- und Verbandmittel	0,907	0,951
Heilmittel	1,020	1,027
Hilfsmittel	0,518	0,527
Sonstige	0,402	0,409
Gesamt	13,000	13,226

In den letzten zehn Jahren ist der Mehrumsatz von 10,48 Mrd. € (2007) um 26 % auf 13,226 Mrd. € (2017) angestiegen. Demgegenüber ist der Anteil des gesamten Mehrumsatzes, gemessen an den gesamten Leistungsausgaben der Privatversicherten, gesunken. Im Jahr 2007 lag dieser Anteil noch bei 43,2 %, im Jahr 2011 bereits bei 38,8 % und im Jahr 2017 bei 37,0 % (Abbildung 17). Ursächlich hierfür ist der prozentuale höhere Anstieg der Leistungsausgaben in der GKV.

Abb. 17: Mehrumsatz [Mrd. €; %] im Zeitverlauf, 2007–2017



* 2012 keine Angaben

Quelle: Hagemeister/Wild (2017, 2018); Wild (2016a).

⁴² Im Vergleich zur Vorjahresstudie (Hagemeister/Wild (2018)) wurden die dort berechneten Werte für die Bereiche „Arzneimittel“ und „Hilfsmittel“ aufgrund aktualisierter Daten geändert. Folglich ändert sich auch der Mehrumsatz 2016 insgesamt etwas.

10 Fazit

Privatversicherte spielen für alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle.

Der Mehrumsatz der Privatversicherten ermöglicht Investitionen in die medizinische Infrastruktur und in die Einstellung von medizinischem Fachpersonal, die der gesamten Bevölkerung Deutschlands zugutekommen. Im Jahr 2017 betrug der Mehrumsatz der Privatversicherten 13,226 Mrd. €. Dieser Betrag nahm in der Vergangenheit kontinuierlich zu. In den letzten zehn Jahren (2007-2017) ist dieser um 2,75 Mrd. € bzw. 26 % angestiegen. Der Mehrumsatz fällt vermutlich sogar noch höher aus, da die nicht zur Erstattung eingereichten Rechnungen nicht in die Auswertung einfließen. Der Mehrumsatz ist eine Folge von Preis-, Mengen-, Struktur- und Alterseffekten. Der größte Teil des Mehrumsatzes entfiel im Jahr 2017 – wie bereits in den Vorjahren – auf den ambulant ärztlichen Sektor (6,43 Mrd. €). Der PKV-Mehrumsatz nahm hier um 2,2 % gegenüber 2016 zu.

In den meisten Versorgungssektoren nimmt die Höhe des Mehrumsatzes mit steigendem Alter der Versicherten zu. Damit steigt der Mehrumsatz allein durch die Alterung des PKV-Versichertenkollektives.

Der enge Zusammenhang von Alterung und PKV-Mehrumsatz hat auch Auswirkungen auf die regionale Verteilung der Mehrumsätze. Es zeigt sich: Je älter das Durchschnittsalter der Privatversicherten in einer Region, desto höher der regional verbleibende Mehrumsatz. Da ländliche Regionen im Gegensatz zu städtischen Regionen in der Regel einen höheren Altersdurchschnitt aufweisen, entfällt ein überdurchschnittlicher Anteil des Mehrumsatzes auf diese Regionen. Die WIP-Studie bestätigt damit die Untersuchung von Chaibi/Schulze Ehring (2019), nach der Ärzte auf dem Land besonders stark von Privatpatienten profitieren.

Die Ausgabendynamik ist in der GKV derzeit höher als in der PKV. In den letzten beiden Berichtsjahren (2016, 2017) und in fünf der letzten sechs Jahre fiel der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten in der PKV geringer aus als in der GKV. In den letzten zehn Jahren nahmen die Leistungsausgaben je Versicherten in der PKV um 38,2 %, in der GKV aber um 45,6 % zu. Diese Entwicklung korrespondiert auch mit der Beitragsentwicklung: Wie das WIP in einer früheren Studie feststellte, stiegen die Beitrags-einnahmen je Versicherten von 2009 bis 2019 in der PKV um 32 %, in der GKV aber um 38 %.⁴³ Die teilweise vorgebrachte Behauptung von besonders stark steigenden Beiträgen in der PKV im Vergleich zur GKV lässt sich vor diesem Hintergrund retrospektiv und in Anbetracht der aktuellen Leistungsentwicklung in der GKV auch prospektiv zurückweisen.

⁴³ Vgl. Arentz/Eich/Wild (2019).

Quellenverzeichnis

Arentz, C.; Eich, H.; Wild, F. (2019), Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in der PKV und GKV 2009 bis 2019, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2018), Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 2017/2018, Berlin.

Bundesärztekammer (BÄK) 2017, Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen (Stand: 31.12.2017). Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17Tab08.pdf (28.05.2019).

Bundesärztekammer (BÄK) 2016, Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen (Stand: 31.12.2016). Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Tab08.pdf (28.05.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018), Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse. 1.-4. Quartal 2017 (Stand: 16. März 2018). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2017_2.pdf (03.05.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019), Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2007 bis 2019 (Stand: März 2019). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/KF2019Bund_Maerz_2019.pdf (25.04.2019).

Bundesversicherungsamt (2018), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2017 (Stand: 07.11.2018). Verfügbar unter: <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen.html> (25.04.2019).

Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) (2018), Der Arzneimittelmarkt in Deutschland 2016 – Zahlen und Fakten, Berlin.

Chaibi, S.; Schulze Ehring, F. (2019), PKV-Regionalatlas Bayern, Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Berlin.

Jacke, C. O.; Hagemeister S.; Wild, F. (2018), Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018, Zahlen, Analysen, GKV-PKV-Vergleich, Wissenschaftlichen Institut der PKV, Köln.

Hagemeister, S.; Wild, F. (2018), Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2018, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

Hagemeister, S.; Wild, F. (2017), Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV, Jahresbericht 2017, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (2018), Jahrbuch 2018, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung einschließlich GOZ-Analyse. Verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2018.media.21f2fd08cc7dbf0c07422eb110f022ea.pdf> (24.05.2019).

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.
- Statistisches Bundesamt** (2019), Bevölkerungsstand. Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit im Zeitverlauf. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html> (02.05.2019).
- Schwabe, U.; Paffrath, D; Ludwig, W.-D.; Klauber, J.** (2018), Arzneiverordnungs-Report 2018, Springer-Verlag, Berlin.
- Schwabe, U.; Paffrath, D; Ludwig, W.-D.; Klauber, J.** (2017), Arzneiverordnungs-Report 2017, Heidelberg.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2009), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2010), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2011), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2012), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2013), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2014), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2015), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2016), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2017), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2018), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017, Köln.

Wasem, J.; Buchner, F.; Lux, G.; Weegen, L.; Walendzik, A. (2013), Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem, Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz, Baden Baden.

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

Wild, F. (2016a), Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV, Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

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

Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) (Hrsg.) (2018), Heilmittelbericht 2018, Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie, Berlin. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2018.pdf (24.05.2019).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (2019), Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2017, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der Vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2013 bis 2016, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 - Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Verena Finkenstädt

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017, Sonja Hagemeister, Frank Wild

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

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV - Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016, Frank Wild

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

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

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

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

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

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

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015, Frank Wild

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

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015, Frank Niehaus

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

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

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

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

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

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

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Bruno Schönfelder, 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, Frank Wild

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

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

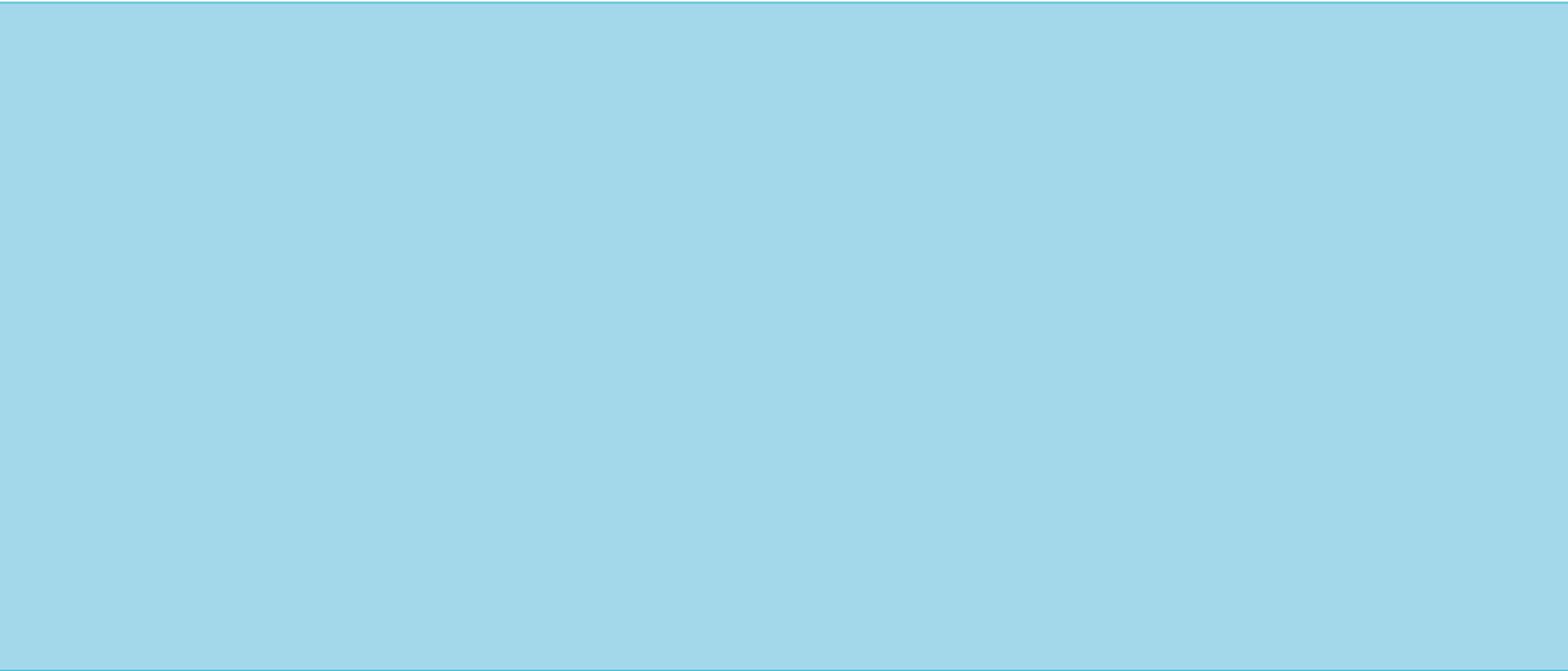
Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Frank Wild

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

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

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

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



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV