

Hagemeister, Sonja; Wild, Frank

**Research Report**

## Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2018

WIP-Analyse, No. 2/2018

**Provided in Cooperation with:**

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

*Suggested Citation:* Hagemeister, Sonja; Wild, Frank (2018) : Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2018, WIP-Analyse, No. 2/2018, ISBN 978-3-9818269-2-0, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273203>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

**WIP**

Wissenschaftliches  
Institut der PKV

# Mehrumsatz und Leistungs- ausgaben von PKV-Versicherten

Jahresbericht 2018

Sonja Hagemeister, Frank Wild

WIP-ANALYSE 2/2018

## **Impressum**

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

August 2018

ISBN 978-3-9818269-2-0

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Vorgehensweise</b>	<b>3</b>
2.1	Datenbasis	3
2.2	Methodik	3
2.3	Datenlimitationen	4
<b>3</b>	<b>Der ambulante ärztliche Sektor</b>	<b>5</b>
3.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	5
3.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	6
3.3	Diskussion um eine Modernisierung der Vergütungssysteme	7
<b>4</b>	<b>Der stationäre Sektor</b>	<b>10</b>
4.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	10
4.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	11
<b>5</b>	<b>Der zahnmedizinische Sektor</b>	<b>12</b>
5.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	12
5.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	13
<b>6</b>	<b>Arznei- und Verbandmittel</b>	<b>15</b>
6.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	15
6.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	16
<b>7</b>	<b>Heilmittel</b>	<b>18</b>
7.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	18
7.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	18
<b>8</b>	<b>Hilfsmittel</b>	<b>19</b>
8.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	19
8.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	19
<b>9</b>	<b>Leistungsausgaben und Mehrumsatz im Zeitverlauf</b>	<b>20</b>
9.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	20
9.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	21
<b>10</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>23</b>
	Quellenverzeichnis	24
	WIP-Veröffentlichungen seit 2012	26

# 1 Einleitung

Die Gesetzliche (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV) unterscheiden sich sowohl in ihrer Finanzierungsform als auch auf der Leistungsseite. Die Unterschiede auf der Leistungsseite betreffen die monetäre Bewertung der Leistungen, die Mechanismen zur Mengensteuerung und den Leistungsumfang. Dabei differiert die Bedeutung dieser drei Elemente in Abhängigkeit vom Leistungssektor. Der Zugang zu medizinischen Leistungen unterscheidet sich insbesondere im Umgang mit neuen Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten.

Aus den PKV-GKV-Unterschieden folgt ein Mehrumsatz der Privatversicherten. Dabei handelt es sich um zusätzliche Finanzmittel, die nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Der Mehrumsatz ist somit der Betrag, der den Leistungsanbietern nicht mehr zur Verfügung stehen würde, wenn alle Privatversicherten gesetzlich krankenversichert wären.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) berechnete den Mehrumsatz erstmals für das Jahr 2006. Seitdem ist der Mehrumsatz um ein Drittel gestiegen. Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung der PKV-GKV-Unterschiede in den einzelnen Leistungssektoren variiert der Anteil des Mehrumsatzes je Sektor.

Im besonderen Fokus steht vor allem der ambulant ärztliche Bereich, da dieser – wie auch bereits in den vergangenen Jahren – den höchsten Mehrumsatz verzeichnet. Den Hintergrund für den PKV-Mehrumsatz bei den Arzthonoraren bilden nicht nur die unterschiedlichen Gebührenordnungen („Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ für die PKV und „Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)“ für die GKV) im engeren Sinne. Die Abrechnung in der GKV über den EBM ist eng verbunden mit einem komplexen und regional teilweise unterschiedlichen Gebilde von Begrenzungs- und Steuerungsinstrumenten und erfolgt in einem Sachleistungssystem über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Bei privatärztlicher Versorgung erhalten die Ärzte ihr Honorar dagegen im Rahmen eines Kostenerstattungssystems nach Rechnungstellung von den Patienten – ohne die GKV-typischen Steuerungselemente. Die abweichenden Vergütungssysteme führen auch zu Unterschieden im Umgang mit neuen medizinischen Leistungen. Aktuell wurde vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine wissenschaftliche Kommission berufen, die die Aufgabe hat, eine Modernisierung der beiden Vergütungssysteme GOÄ und EBM zu diskutieren.

In der vorliegenden Studie wird eine Aktualisierung und Berechnung des Mehrumsatzes auf Basis der neuesten vorliegenden Daten für das Jahr 2016 für die wichtigsten Leistungssektoren vorgenommen. In Kapitel 9 wird zudem auch die Leistungsausgabenentwicklung in der PKV und in der GKV in den letzten zehn Jahren gegenübergestellt.

## 2 Vorgehensweise

### 2.1 Datenbasis

Datenbasis für die Berechnung der PKV-Leistungsausgaben bilden die so genannten Kopfschadenstatistiken des PKV-Verbandes für die Krankenvollversicherten. Die Kopfschadenstatistik liegt für die betrachteten Leistungsbereiche detailliert nach Alter und Geschlecht vor. Die GKV-Ausgaben werden auf der Grundlage der Daten des Bundesversicherungsamtes (BVA) berechnet. Das BVA veröffentlicht Daten zu den Leistungsausgaben pro Tag der GKV-Versicherten, die im Rahmen des Risikostrukturgleichs (RSA) ermittelt werden.<sup>1</sup> 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 2005 bis 2018“, die das Bundesministerium für Gesundheit auf seiner Internetseite veröffentlicht, entnommen.<sup>2</sup>

Im Jahr 2016 waren 8,77 Mio. Menschen in der PKV<sup>3</sup> und 71,41 Mio. Menschen in der GKV<sup>4</sup> versichert. Damit waren 11,0 % der Bevölkerung in Deutschland privat krankenvollversichert.

### 2.2 Methodik

Die Methodik folgt der Vorgehensweise bei den Berechnungen des Mehrumsatzes in den bisherigen Studien zu dieser Thematik.<sup>5</sup> Typischerweise erfolgt dabei eine direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten. Für die Bereiche Heilmittel und Hilfsmittel liegen allerdings nur in der PKV-Kopfschadenstatistik Daten als abgegrenzte Pro-Tage-Werte vor, nicht aber im RSA. Deshalb wird hier alternativ eine Zuordnung der Kopfschadenprofile über die Ausgaben in der GKV-Statistik vorgenommen.<sup>6</sup> Beide Verfahren werden im Folgenden erklärt:

#### **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

---

1 Vgl. Bundesversicherungsamt (2018).

2 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018).

3 Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2017).

4 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018).

5 Vgl. Niehaus/Weber (2005), Niehaus (2006a, 2006b, 2007, 2009, 2010, 2013, 2015), Wild (2016), Hagemeyer/Wild (2017).

6 Im Bereich der Arznei- und Verbandmittel wird zudem die KV 45 vom Bundesministerium für Gesundheit angewendet.

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 so genannten KJ1-Statistik des Bundesgesundheitsministeriums zurückgegriffen. Diese Methodik wird bei den Leistungsbereichen Heilmittel und Hilfsmittel verwendet.

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

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

Diese Methodik hat die Einschränkung, dass die Grundlage für die Verhältnisbildung das Versichertenkollektiv der GKV ist und nicht das der PKV. Die Abweichungen sind aber nicht sehr groß, da sich die Versichertenstruktur in beiden Systemen, insbesondere in Bezug auf das Durchschnittsalter, deutlich angenähert hat.

## **2.3 Datenlimitationen**

In der PKV-Kopfschadenstatistik sind nur Rechnungen enthalten, die ein PKV-Versicherter zur Erstattung bei einem PKV-Unternehmen eingereicht hat. Ausgaben, die ein Privatversicherter nicht eingereicht und damit selbst getragen hat, sind nicht enthalten. Ursachen für das Nichteinreichen können sein, dass die Rechnungen in einen Selbstbehalt fallen oder eine Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme erwartet wird. Damit werden die Ausgaben der Privatversicherten systematisch unterschätzt. Auch die Leistungsausgaben der GKV-Versicherten sind statistisch etwas geringer als tatsächlich, da auch GKV-Versicherte im Gesundheitssystem als Selbstzahler auftreten können. Beispielsweise kann aufgrund von Festzuschüssen oder einer prozentualen Begrenzung der Kostenerstattung eine Eigenbeteiligung 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.

In beiden Systemen bleiben Ausgaben, die nicht den hier verglichenen Kategorien<sup>7</sup> zuzuordnen sind, unberücksichtigt. Es fließen jeweils nur die zugeordneten Leistungsausgaben ein. Auch die Abgrenzung der einzelnen Bereiche weicht leicht voneinander ab. Diese Unschärfe der Zuordnung führt dazu, dass die Ausgaben in einem Bereich überschätzt und im anderen Bereich unterschätzt werden könnten.

---

7 Die Studie beinhaltet folgende Kategorien: ambulanter ärztlicher Sektor, stationärer Sektor, zahnmedizinischer Sektor, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel.

## 3 Der ambulante ärztliche Sektor

### 3.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

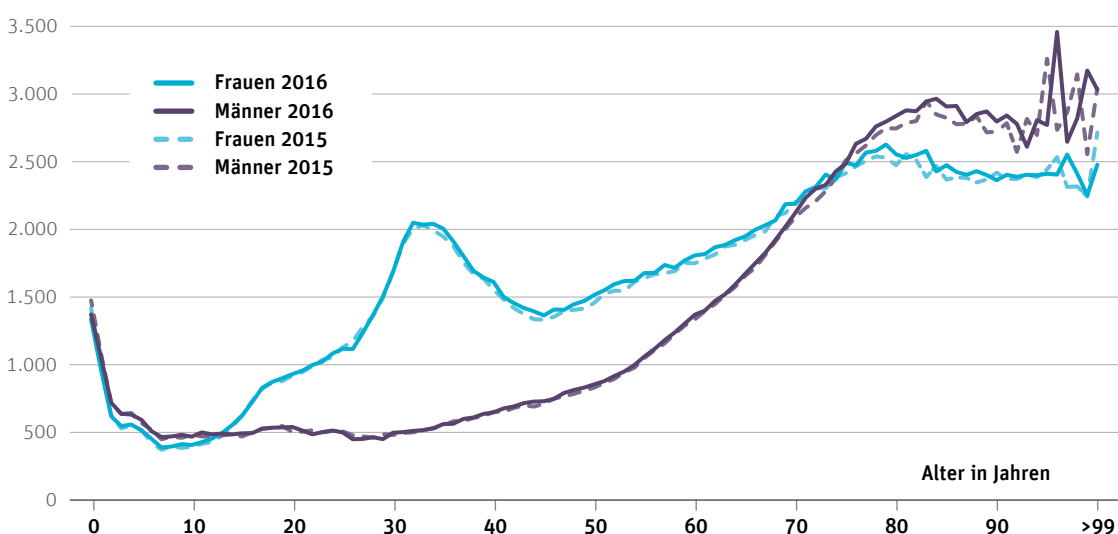
Die Ausgaben der Privatversicherten für die ambulante ärztliche Behandlung lagen im Jahr 2016 bei 11,20 Mrd. €<sup>8</sup>, welches einem Anstieg von 4,6 % gegenüber 2015 entspricht. Damit ist dieser Sektor innerhalb der PKV mit einem Anteil von 32,2 % an den gesamten Leistungsausgaben die größte Leistungsart.

Die GKV-Ausgaben in der ambulanten ärztlichen Behandlung betragen im Jahr 2016 36,53 Mrd. €, sodass 20,8 % der gesamten Leistungsausgaben in der GKV auf diesen Versorgungssektor zurückzuführen sind. Dieser Anteil ist folglich deutlich niedriger als in der PKV. Der Ausgabenanstieg im Beobachtungszeitraum (2015-2016) lag in der GKV bei 4,7 % und damit geringfügig höher als in der PKV (4,6 %).

Von den PKV-GKV-Einnahmen der niedergelassenen Ärzte entfallen 23,5 % auf Privatversicherte, obwohl diese nur 11 % der Gesamtbevölkerung stellen.

Die Ausgaben für ärztliche Leistungen nehmen mit steigendem Alter zu. 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 3.458 € je Versicherten (97. Lebensjahr) und Jahr 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. Ab dem 75. Lebensjahr liegen dagegen die Ausgaben für Männer über den Leistungsausgaben für Frauen. Der Ausgabenanstieg von 2015 zu 2016 entwickelt sich prozentual über alle Alter und bei beiden Geschlechtern im ähnlichen Maße. Insgesamt ist eine geringfügige Veränderung der Leistungsausgaben feststellbar (Abbildung 1).

**Abb. 1: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2016, 2015 – ambulante ärztliche Behandlung**

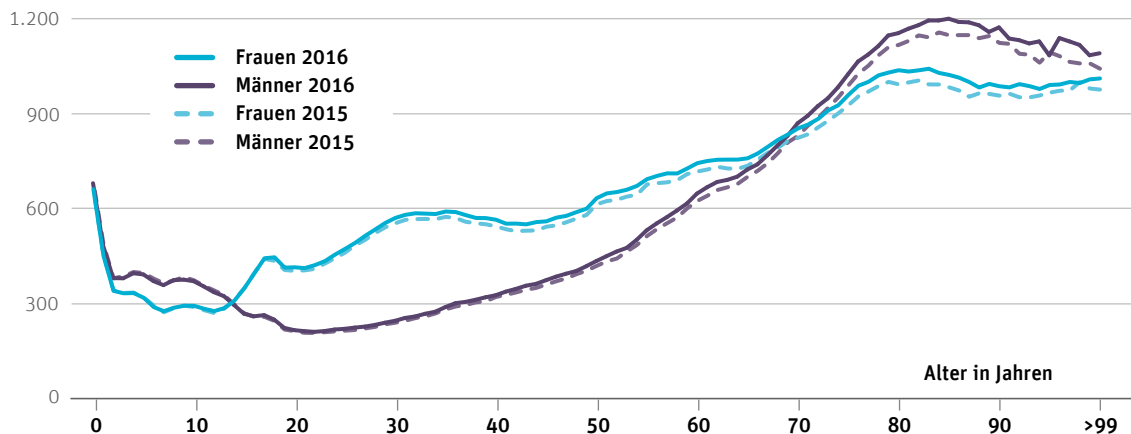


<sup>8</sup> Die Ausgaben der Privatversicherten umfassen neben den Ausgaben der Krankenvollversicherung der Versicherungsunternehmen auch die Ausgaben der Beihilfeträger und der Privatversicherten über Selbstbeteiligungen. Damit unterscheiden sich diese Zahlen von denen, die regelmäßig im Zahlenbericht des PKV-Verbandes veröffentlicht werden. Im Zahlenbericht werden die Ausgaben der PKV-Unternehmen inklusive Zusatzversicherungen dargestellt.



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 27 Jahren und GKV-versicherte Männer erst ab einem Alter von 54 Jahren Pro-Kopf-Ausgaben von über 500 €. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV steigen auf bis zu 1.183 € (82-jährige Männer) je Versicherten an (Höchstwert PKV: 3.458 €). Wie auch in der PKV ist die Veränderung im Beobachtungszeitraum geringfügig (Abbildung 2).

**Abb. 2: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2016, 2015 – ambulante ärztliche Behandlung**

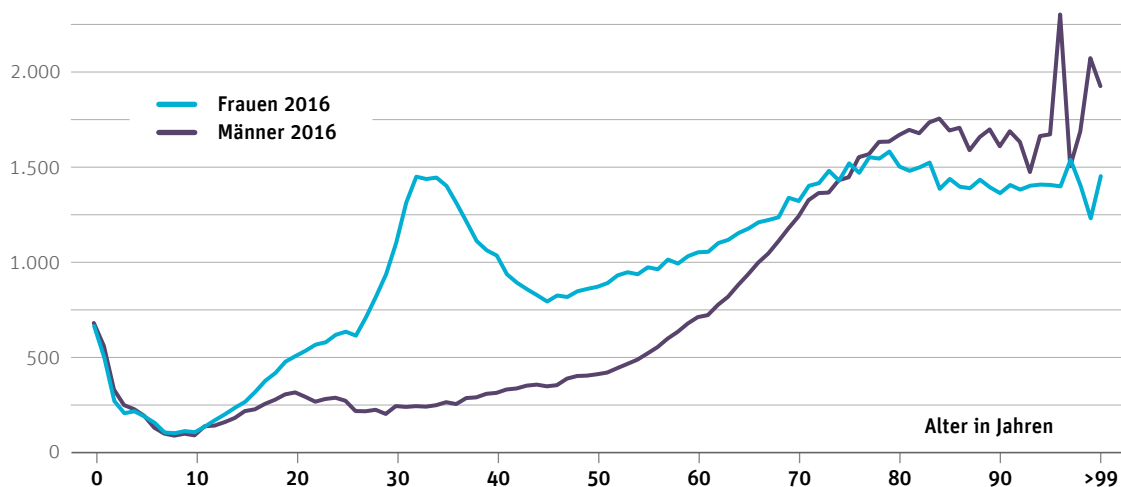


### 3.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn Privatversicherte nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie gesetzlich Versicherte abgerechnet und versorgt würden, ergäben sich im Jahr 2016 anstelle der Ausgaben in Höhe von 11,20 Mrd. € Ausgaben in Höhe von 4,91 Mrd. €. Dies entspricht einem Mehrumsatz durch Privatversicherte von 6,29 Mrd. €. Gegenüber dem Jahr 2015 (6,06 Mrd. €) ist der Mehrumsatz um 3,8 % angestiegen. Dieser Versorgungssektor verzeichnet demnach neben den höchsten Leistungsausgaben in der PKV auch den höchsten Mehrumsatz.<sup>9</sup>

Der durchschnittliche Mehrumsatz je Versicherten ist in Abhängigkeit von den abweichenden Ausgabenprofilen in der PKV und in der GKV auch altersabhängig. Der Mehrumsatz ist bei 10-jährigen Versicherten mit ca. 100 € im Durchschnitt am geringsten, wohingegen privatversicherte Männer ab einem Alter von 66 Jahren und privatversicherte Frauen zwischen dem 31. und 41. Lebensjahr und ab einem Alter von 57 Jahren einen Mehrumsatz von über 1.000 € je Versicherten auslösen (Abbildung 3).

<sup>9</sup> Der hohe Mehrumsatz im ambulanten Sektor wird auch durch alternative Berechnungsmethoden anderer Autoren bestätigt. Vgl. Wasem/Buchner/Lux/Weegen/Walendzik (2013).

**Abb. 3: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2016 – ambulante ärztliche Behandlung**

### 3.3 Diskussion um eine Modernisierung der Vergütungssysteme

Das Bundesgesundheitsministerium hat aktuell eine wissenschaftliche Kommission berufen, die die Aufgabe hat, eine Modernisierung der beiden Vergütungssysteme GOÄ und EBM zu diskutieren. Der Mehrumsatz der Privatversicherten ist hierbei ein wichtiges Element der Debatte, da er die Bedeutung der privatärztlichen Versorgung herausstellt und die Unterschiede der beiden Vergütungssysteme deutlich macht. In diesem Zusammenhang gilt es, an dieser Stelle die Hintergründe des Mehrumsatzes zu betrachten und auf die hohe Komplexität der Vergütungsstrukturen im ambulant ärztlichen Bereich hinzuweisen.

Der PKV-Mehrumsatz ist vor allem die Folge einer (1) unterschiedlichen monetären Bewertung der ärztlichen Leistungen, (2) abweichenden Regelungen der Mengenbegrenzungen sowie eines (3) unterschiedlichen Umgangs mit neuen Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten in der Vergütung der ambulant ärztlichen Leistungen in der PKV und der GKV.

Hierzu einige Erläuterungen:

**Zu (1):** Die Abrechnung der Arzthonorare erfolgt bei privatärztlicher Versorgung über die GOÄ, während für GKV-Leistungen der EBM herangezogen wird. Während die GOÄ als Einzelleistungsvergütung anzusehen ist, enthält der EBM eine Reihe von Pauschalleistungen. Deshalb, und auch aufgrund abweichender Leistungslegenden, ist eine direkte Gegenüberstellung der Vergütungsziffern schwierig. Verschiedene, allerdings schon etwas ältere Studien legen nahe, dass das GOÄ-EBM-Vergütungsverhältnis etwa 2,28:1 ausfällt.<sup>10</sup> Dies ist als Preiseffekt anzusehen.

**Zu (2):** Die GOÄ enthält Einschränkungen in der Anzahl und der parallelen Abrechenbarkeit einzelner Gebührenpositionen und begrenzt die Anwendbarkeit der Steigerungsfaktoren. Als klassische Form einer Einzelleistungsvergütung besitzt die privatärztliche Vergütung nach GOÄ allerdings keine Mengenbegrenzung wie sie im GKV-Vergütungssystem angelegt ist. Dies ermöglicht dem Arzt bei privatärztlicher Abrechnung seine Therapie ausschließlich nach medizinischen Kriterien auszurichten. Er ist frei in seiner Diagnostik und Therapieentscheidung.

Diesen Rahmenbedingungen folgt auch die Erstattungspflicht der PKV-Unternehmen nach VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und MB/KK (Musterbedingungen der Krankheitskosten- und Kranken-

<sup>10</sup> Vgl. Niehaus (2009).

haustagegeldversicherung der PKV). So haben die PKV-Unternehmen nach § 192 Abs. 1 VVG eine Erstattungspflicht, die sich auf die medizinisch-notwendige Heilbehandlung erstreckt. Kritiker werfen an dieser Stelle ein, dass dieses Vergütungssystem damit Anreize für Überversorgung bietet. Es gilt jedoch zu beachten, dass möglichen Anreizen zur Übermaßbehandlung sowohl die moralisch-ethische Ebene (ärztliches Ethos verpflichtet, einen Schaden am Patienten durch ein zu viel an Behandlung zu verhindern) als auch die MB/KK dämpfend entgegenstehen. Nach § 5 Abs. 2, S1 MK/KK 2009 kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Darüber hinaus wirken Regelungen im privatrechtlichen Versicherungsvertrag (zu Leistungsumfang, Erstattungshöchstgrenzen und Selbstbeteiligungen) motivierend auf die Eigenverantwortung des Versicherten.<sup>11</sup>

In der ambulant ärztlichen Vergütung für GKV-Versicherte ist eine Reihe von Mechanismen zur Mengensteuerung installiert. Eine Ausgaben- und Mengenbegrenzung erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Form einer Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V). Die KVen führen diese Prüfungen durch, da ein Gewährleistungsauftrag der KVen gegenüber den Krankenkassen besteht, der neben der Sicherstellung einer ausreichend vertragsärztlichen Versorgung eine ordnungsgemäße Abrechnung beinhaltet. Bei der Plausibilitätsprüfung wird die ordnungsgemäße Abrechnung der ärztlichen Leistungen und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung der Vertragsärzte überprüft. Ärztliche Leistungen dürfen demnach nicht das notwendige Maß überschreiten.<sup>12</sup>

Die so genannten Regelleistungsvolumina in der GKV tragen ebenfalls zur Ausgabenbegrenzung bei. Dabei ist es den einzelnen KVen freigestellt, Regelleistungsvolumina anzuwenden oder neue Regelungen zu treffen. Das Regelleistungsvolumen bildet einen im Voraus festgelegten Teil der Praxiseinnahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit, was eine wirtschaftliche Planbarkeit ermöglicht. Zudem verhindert das Regelleistungsvolumen eine übermäßige Leistungsausweitung, da erbrachte Leistungen nur bis zu einem Regelleistungsvolumen (abhängig von der Facharztgruppe) mit einem festen EBM-Punktwert honoriert werden, wogegen ab einer Überschreitung der Leistungsmenge eine Abstufung des EBM-Punktwertes erfolgt.<sup>13</sup>

**Zu (3):** Neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten dürfen in der GKV im ambulanten Sektor erst dann als Kassenleistung angeboten werden, wenn eine Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgt ist und dieser das Ergebnis für den Patienten als nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich einstuft.<sup>14</sup> Im ambulanten Sektor stehen neue Behandlungsmethoden in der GKV damit unter einem Erlaubnisvorbehalt. Erfolgt eine positive Bewertung (Genehmigung) durch den G-BA, wird die Leistung in den Leistungskatalog der GKV (EBM) als eigene Gebührenposition aufgenommen. Dieser Prozess – die Bewertung innovativer Gesundheitsleistungen sowie die Implementierung dieser in den EBM – ist mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Bis zum Abschluss dieses Prozesses können die entsprechenden Behandlungsmethoden bei GKV-Versicherten nur gegen Selbstzahlung nach GOÄ-Abrechnung erbracht werden.

In der privatärztlichen Vergütung kann der Arzt nicht in der GOÄ enthaltene ärztliche Leistungen analog mit einer gleichwertigen ärztlichen Leistung der GOÄ berechnen (§ 6 Abs. 2 GOÄ), sofern die medizinische Notwendigkeit (§ 1 Abs. 2 GOÄ) und die versicherungsvertraglichen Voraussetzungen (§ 4 Abs. 6 MB/KK 2009) erfüllt sind. Die privatärztliche Abrechnung ermöglicht damit einen schnelleren Zugang zu medizinischen Innovationen. Werden medizinische Innovationen von der PKV übernommen, ist die GKV in der Folge angehalten, sich der Thematik ebenfalls anzunehmen.<sup>15</sup>

---

11 Vgl. Milbrodt/Röhrs (2016).

12 Vgl. Simon (2017).

13 Vgl. Simon (2017).

14 Vgl. G-BA (2016).

15 Vgl. Augurzyk/Felder (2013).

Der EBM wurde in der Vergangenheit mehrfach reformiert. In seiner aktuellen Form existiert er seit 2014. Er wird fortlaufend weiterentwickelt. Bereits seit einigen Jahren arbeiten der PKV-Verband und die Bundesärztekammer an einer Novellierung der GOÄ. Im Rahmen des Deutschen Ärztetages im Mai 2018 wurde der Ärzteschaft mitgeteilt, dass mittlerweile ein Rohentwurf für Bewertungen vorliegt und die Verhandlungen gut vorankommen.<sup>16</sup>

Die privatärztliche Vergütung nach GOÄ setzt für den Arzt auch Anreize, den Patienten länger in der ambulanten Versorgung zu versorgen und tendenziell später eine stationäre Einweisung zu veranlassen. Dies entspricht vielfach auch den Präferenzen der Patienten. Änderungen in der privatärztlichen Abrechnung im ambulanten Bereich können zu Änderungen im Einweiserverhalten führen und damit Rückwirkungen auf den stationären Sektor auslösen.

Auf die vielfältigen ökonomischen und rechtlichen Probleme einer politisch diskutierten Vereinheitlichung der Gebührenordnung weisen die Ökonomen Ulrich und Wille sowie die Juristen Hess, Thüsing und Wollenschläger hin. Sie kommen zu dem Fazit, dass eine derartige Reform für die GKV mit hohen Risiken verbunden wäre und der medizinischen Infrastruktur erhebliche finanzielle Mittel entziehen würde. Zudem würde sich ein Zusatzversicherungsmarkt etablieren, durch den Leistungs- und Preisdifferenzierungen wieder eingeführt würden, die der Gesetzgeber mit einer solchen Reform eigentlich verhindern wollte.<sup>17</sup>

---

16 Vgl. Ärztezeitung (2018).

17 Vgl. Hess/Thüsing/Ulrich/Wille/Wollenschläger (2018).

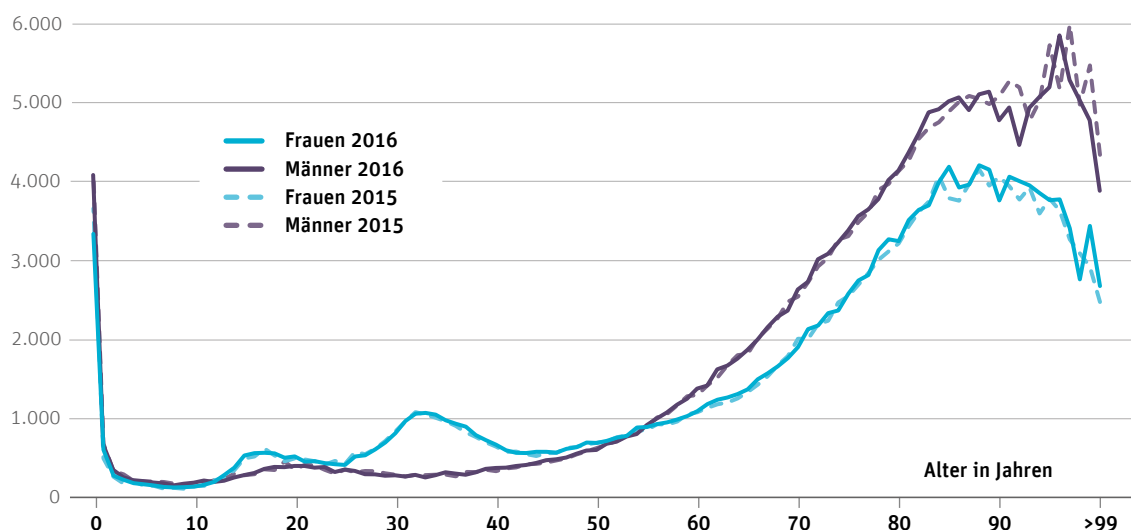
## 4 Der stationäre Sektor

### 4.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

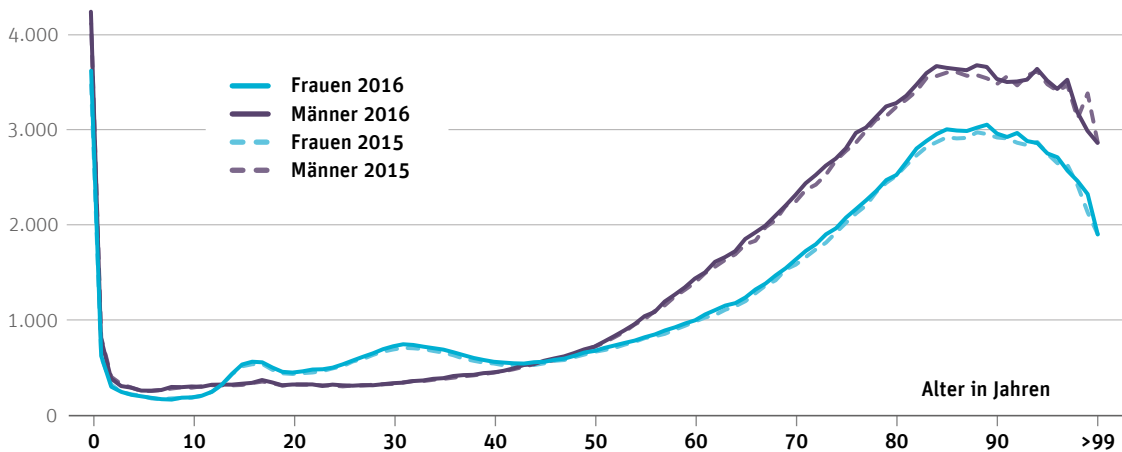
Die Ausgaben der Privatversicherten im Krankenhaus beliefen sich im Jahr 2016 auf 9,69 Mrd. €. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg von 4,97 %. Der Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der PKV lag 2016 bei 27,9 %. Die GKV-Ausgaben für den stationären Bereich lagen im Jahr 2016 bei 72,95 Mrd. € und damit bei einem Anteil von 41,6 % an den gesamten GKV-Leistungsausgaben. Der Krankenhausbereich ist in der GKV – im Gegensatz zur PKV – der ausgabenstärkste Bereich. Wie bereits erwähnt verursacht in der PKV der ambulante ärztliche Versorgungssektor (32,2 %) die meisten Ausgaben. In der GKV hingegen entfallen lediglich 20,8 % aller Leistungsausgaben auf die ambulante ärztliche Versorgung. Im Vergleich zu 2015 nahmen die Ausgaben im stationären Sektor in der GKV um 3,8 % zu. Der Anstieg fällt damit hier etwas geringer aus als in der PKV.

Die Leistungsausgaben im Krankensektor sind in hohem Maße altersabhängig. Die Pro-Kopf-Ausgaben Privatversicherter in der stationären Versorgung sind im Säuglingsalter auf einem hohen Niveau (Mädchen: 4.088 €, Jungen: 3.342 €), sinken anschließend im Kleinkindalter auf unter 200 € und erhöhen sich darauffolgend mit steigendem Alter. Die Leistungsausgaben je männlichen und weiblichen Privatversicherten sind bis zum 15. Lebensjahr nahezu identisch. Zwischen dem 16. und 55. Lebensjahr übersteigen die Ausgaben der Frauen, insbesondere in den Jahren von Schwangerschaft und Geburt sowie der Pubertät, die der Männer und ab dem 56. Lebensjahr liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer über denen der Frauen. Die Pro-Kopf-Ausgaben weiblicher PKV-Versicherter steigen auf bis zu 4.211 € (88 Jahre) und die der Männer auf bis zu 5.856 € (96 Jahre) an. Der Ausgabenanstieg im Beobachtungszeitraum entwickelt sich prozentual über alle Alter und bei beiden Geschlechtern im ähnlichen Maße (Abbildung 4).

**Abb. 4: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2016, 2015 – stationärer Bereich**



In der GKV zeigt sich im Krankenhausbereich ein vergleichbares Ausgabenprofil wie in der PKV. 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 (Abbildung 5).

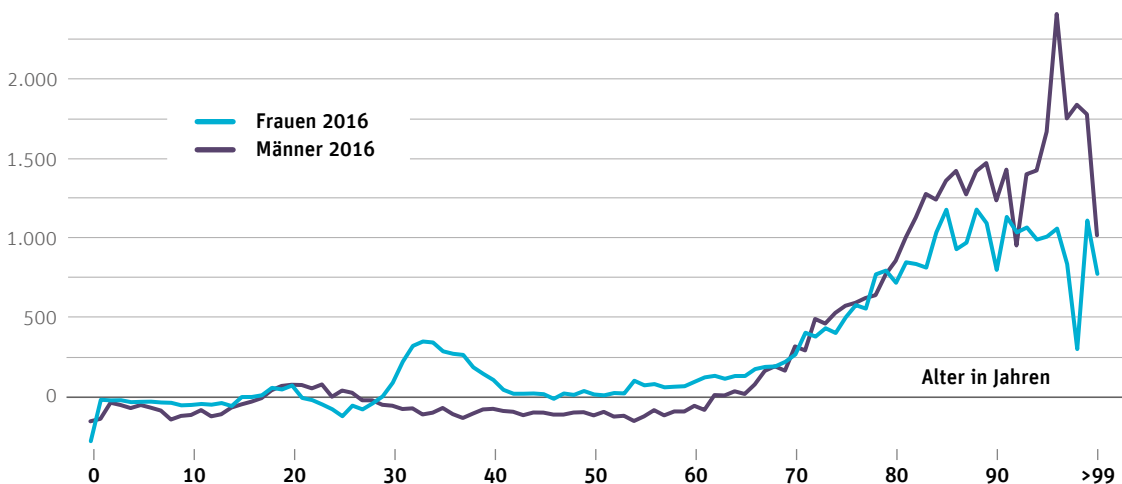
**Abb. 5: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2016, 2015 – stationärer Bereich**

## 4.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn Privatversicherte im Jahr 2016 in der GKV versichert gewesen wären, hätten ihre Ausgaben für den stationären Sektor 9,02 Mrd. € statt 9,69 Mrd. € betragen. Der PKV-Mehrumsatz im Jahr 2016 lag demnach bei 665 Mio. €. Damit sind 6,9 % der PKV-Leistungsausgaben im stationären Bereich als Mehrumsatz anzusehen. Im Vergleich zu 2015 ist ein Rückgang des Mehrumsatzes um 28 Mio. € zu verzeichnen.

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.

Mit Blick auf das Altersprofil ist insbesondere ab einem Alter von Mitte/Ende 60 Jahren ein deutlicher Mehrumsatz bei beiderlei Geschlecht ersichtlich. Dieser steigt bei den weiblichen PKV-Versicherten bis zu einem Alter von 88 Jahren und bei den männlichen PKV-Versicherten bis zu einem Alter von 96 Jahren deutlich an. Darüber hinaus zeigt sich im stationären Bereich ein Mehrumsatz weiblicher Versicherter zwischen dem 31. und 41. Lebensjahr. In weiteren Jahrgängen sind nur geringfügige Unterschiede der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen GKV und PKV vorhanden (Abbildung 6).

**Abb. 6: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2016 – stationärer Bereich**

## 5 Der zahnmedizinische Sektor

### 5.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten im zahnmedizinischen Bereich, der sowohl die Zahnbehandlung als auch den Zahnersatz und die Kieferorthopädie beinhaltet, lagen im Jahr 2016 bei 4,90 Mrd. €. Sie umfassen damit 14,1 % aller Leistungsausgaben in der PKV. Gegenüber dem Vorjahr sind die Ausgaben geringfügig zurückgegangen (Rückgang von 0,34 % bzw. 0,02 Mrd. €). Dieser Versorgungssektor ist der einzige Sektor in der PKV mit einem Ausgabenrückgang.

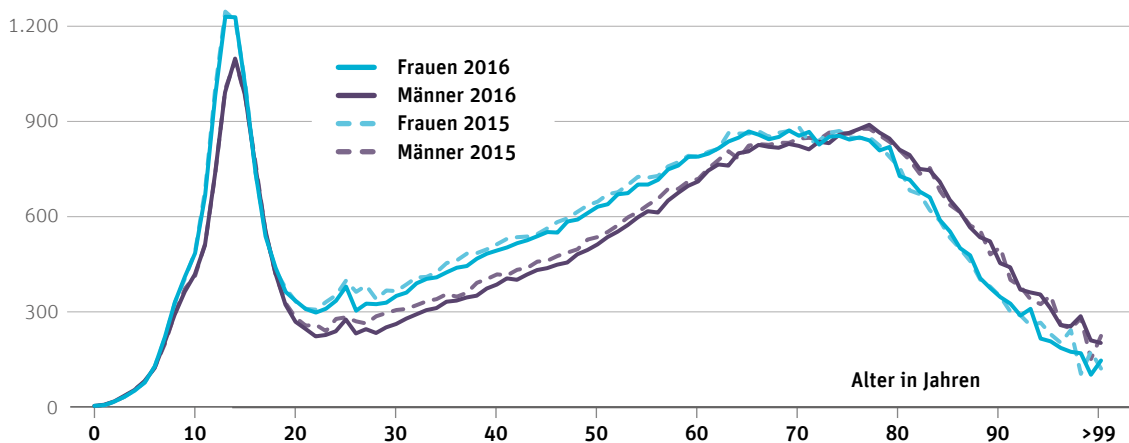
Gesetzliche Krankenkassen gaben im Jahr 2016 13,73 Mrd. € (Anstieg gegenüber 2015 von 2,2 % bzw. 7,8 % aller Leistungsausgaben innerhalb der GKV für Zahnleistungen aus. Im Jahr 2016 lag der PKV-Anteil, gemessen an allen Leistungsausgaben in der zahnärztlichen Versorgung, somit bei 26,3 % – bei einem Versichertenanteil von 11 %.

Die Zahnleistungen in der PKV zeigen im Vergleich zu den übrigen Leistungsarten einen andersartigen Verlauf. Bereits bei Kindern und Jugendlichen fallen erhebliche Kosten, in der Regel im Bereich der Kieferorthopädie, an. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Jahr steigen im Kindes- und Jugendalter an und erreichen bei den 13- und 14-jährigen Mädchen Höchstwerte von über 1.200 € und bei den männlichen Versicherten im Alter von 14 Jahren einen Höchstwert von 1.098 €. Anschließend sinken die Ausgaben bis zu einem Alter von 22 Jahren auf 222 € (Männer) bzw. 298 € (Frauen) und steigen daraufhin bis zum 80. Lebensjahr auf 846 € (Männer) bzw. 819 € (Frauen) an, bevor diese wieder deutlich zurückgehen (Abbildung 7).

Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der männlichen PKV-Versicherten sind zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr und ab dem 75. Lebensjahr höher als bei den weiblichen Versicherten. In allen weiteren Lebensjahren übersteigen die durchschnittlichen Ausgaben privatversicherter Frauen die der privatversicherten Männer.

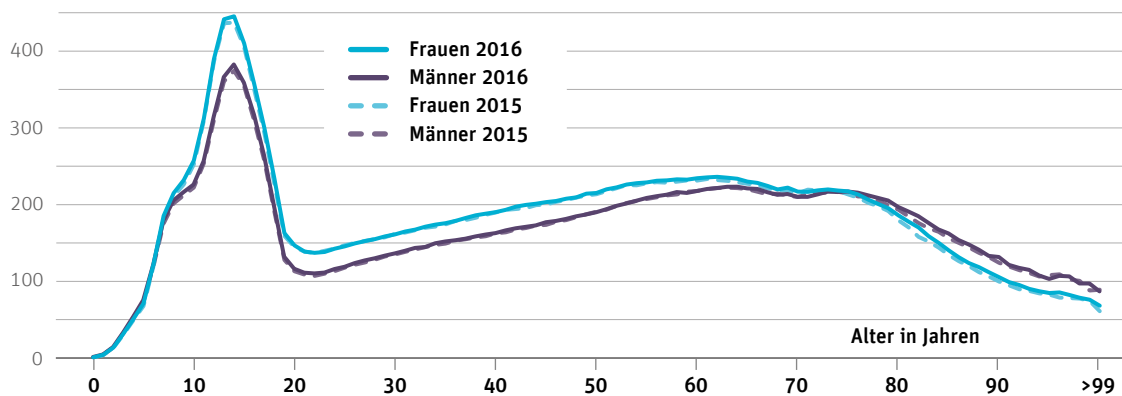
Zwischen dem 20. und 69. Lebensjahr ist bei beiderlei Geschlecht ein Rückgang der Ausgaben im Beobachtungszeitraum ersichtlich. Dieser ist bei den 26-jährigen Frauen mit einem Rückgang von 16 % und bei den 29-jährigen Männern mit einem Rückgang von 15 % am höchsten. Demgegenüber ist ein Kostenanstieg in den ersten Lebensjahren sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen feststellbar.

**Abb. 7: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2016, 2015 – zahnmedizinische Behandlung**



Die Ausgaben für Zahnbehandlungen in der GKV zeigen im Vergleich zur PKV ein deutlich flacheres Profil. Die größten durchschnittlichen Kosten entstehen bei den 14-jährigen Mädchen (445 €) (Vergleich PKV: knapp 1.230 €). Ab einem Alter von 18 Jahren liegen die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV unter 240 € pro Jahr, wohingegen in der PKV nur ganz vereinzelte Jahrgänge diese Pro-Kopf-Ausgaben unterschreiten (Abbildung 8).

**Abb. 8: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2016, 2015 – zahnmedizinische Behandlung**

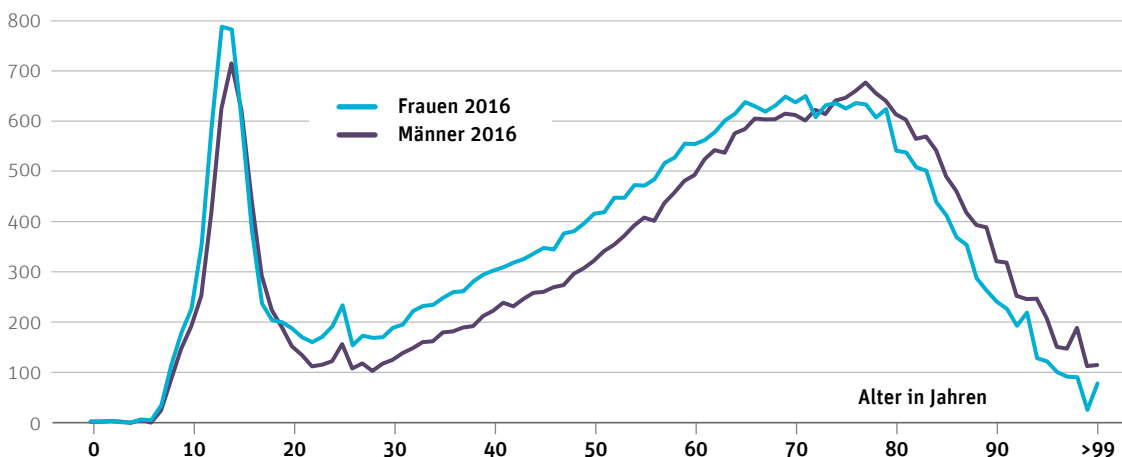


## 5.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden die Leistungen der Privatversicherten nach den Regularien der GKV erstattet, lägen ihre Ausgaben bei 1,70 Mrd. €. Tatsächlich waren es jedoch 4,90 Mrd. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten betrug damit im Jahr 2016 3,20 Mrd. € (2015: 3,26 Mrd. €). Im Vergleich zu 2015 ist der Mehrumsatz im Zahnbereich um knapp 2 % zurückgegangen. Fast zwei Drittel (65,2 %) der Zahnleistungen Privatversicherter gelten als Mehrumsatz. Der zahnmedizinische Bereich verzeichnet damit einen verhältnismäßig hohen prozentualen Mehrumsatz.

Ausgenommen der 4-jährigen männlichen PKV-Versicherten ist – trotz Rückgang zum Vorjahr – ein Mehrumsatz über alle weiteren Altersgruppen festzustellen. Besonders große Effekte zeigen sich bei den 11- bis 16-jährigen beiderlei Geschlechts (zwischen knapp 9 Mio. € und 31 Mio. €) sowie bei den 33- bis 85-jährigen (zwischen knapp 9 Mio. € und 47 Mio. €). Der Mehrumsatz ist zwischen dem 5. und 11. Lebensjahr sowie zwischen dem 20. und 71. Lebensjahr bei den weiblichen Versicherten höher als bei den männlichen Versicherten, bei allen weiteren Altersklassen ist dieses Bild umgekehrt (Abbildung 9).

**Abb. 9: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2016 – 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).<sup>18</sup>

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 PKV-Mehrumsatz im zahnmedizinischen Bereich um 612 Mio. € auf 2,59 Mrd. € sinken.<sup>19</sup>

---

18 Bei regelmäßigen Zahnarztbesuchen erhöhen sich die Festzuschüsse um 20 bzw. 30 % und betragen dann 60 bzw. 65 % der Regelversorgung. Nach § 56 SGB V bestimmt der G-BA in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden, und ordnet diesen 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.

19 Die laufenden Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte (Eigenanteil) in der zahnärztlichen Versorgung lagen im Jahr 2015 bei 6.150 Mio. €. Dieser Betrag beinhaltet den Eigenanteil sowohl von GKV- als auch von PKV-Versicherten. Gemäß PKV- GKV-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 2016 von der BZÄK vorliegen, werden die Daten aus dem Jahr 2015 für das Jahr 2016 angewendet (Bundeszahnärztekammer, 2017).

## 6 Arznei- und Verbandmittel

### 6.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

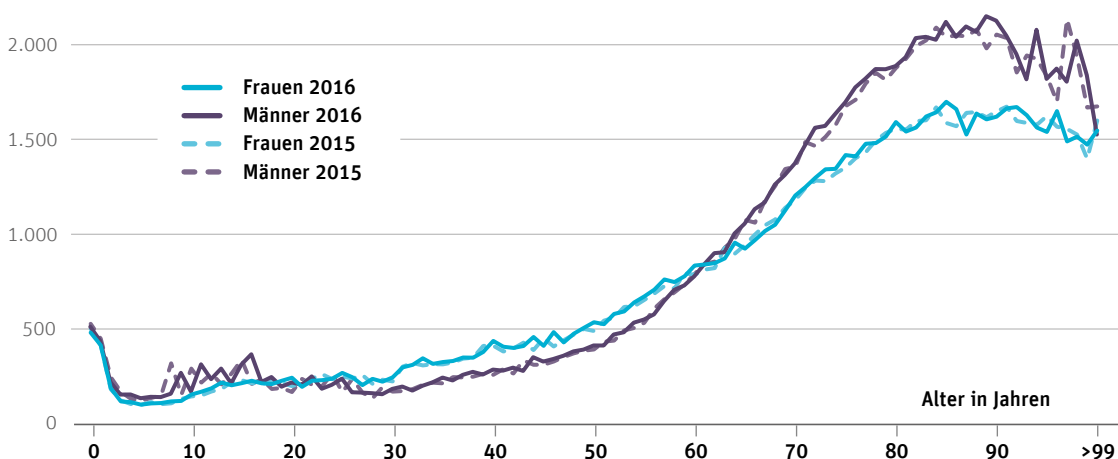
Für Arznei- und Verbandmittel gaben die Privatversicherten im Jahr 2016 insgesamt 5,37 Mrd. € aus. Dies bedeutet einen Ausgabenanstieg von 5,0 % im Vergleich zum Vorjahr. Dadurch steigen die Arzneimittelausgaben, gemessen an den gesamten Leistungsausgaben der Privatversicherten, auf 15,4 % (2015: 15,3 %) an.

Die Arzneimittelausgaben der GKV-Versicherten betragen – unter Berücksichtigung von Impfstoffen, Praxisbedarf und Eigenanteilen und unter Abzug von kassenspezifischen Rabatten – 37,07 Mrd. €. <sup>20</sup> Im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Zunahme um 3,3 %. Der etwas niedrigere Anstieg in der GKV ist vor allem auch ein Ergebnis des weiter zunehmenden Einsparvolumens der vertraglich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den pharmazeutischen Herstellern ausgehandelten Rabatte nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V. Im Jahr 2016 lag das realisierte Einsparvolumen in der GKV hier bei 3,85 Mrd. € und damit 245 Mio. € höher als im Jahr 2015. <sup>21</sup> PKV-Unternehmen können zwar ebenfalls Rabattverträge mit Pharmaunternehmen abschließen, diese spielen aber aufgrund andersartiger Steuerungsmechanismen <sup>22</sup> finanziell eine wesentlich geringere Rolle.

Analog zu den meisten anderen Leistungsbereichen sind die Arznei- und Verbandmittelausgaben altersabhängig und steigen mit zunehmendem Alter an. Die Pro-Kopf-Ausgaben privatversicherter 0- bis 1-jähriger sind mit 512 € (Jungen) bzw. 480 € (Mädchen) verhältnismäßig hoch. Die Ausgaben sinken im Alter von 5 Jahren auf 134 € (Jungen) bzw. 100 € (Mädchen) herab und steigen darauffolgend mit geringen Schwankungen auf bis zu 2.150 € (Männer im Alter von 89 Jahren) bzw. 1.698 € (Frauen im Alter von 85 Jahren) an.

Zwischen dem 1. und 18. Lebensjahr sowie ab einem Alter von 61 Jahren übersteigen die Leistungsausgaben der Männer die der Frauen. In der PKV sind prozentual alle Altersklassen von einem vergleichbaren Ausgabenanstieg betroffen (Abbildung 10).

**Abb. 10: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2016, 2015 – Arzneimittel**



20 Vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2017).

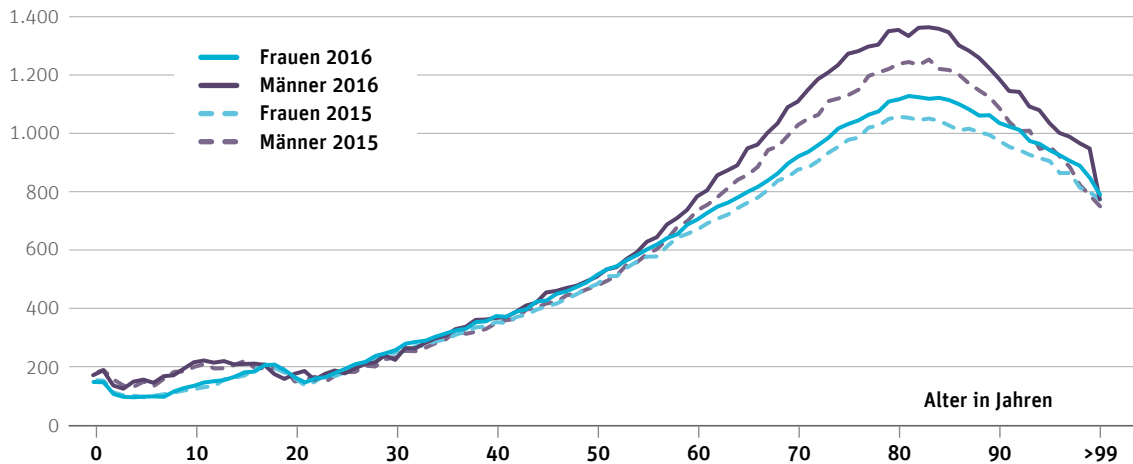
21 Vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2017); Schwabe/Paffrath (2016).

22 Vgl. Wild (2015).

In der GKV zeigt sich ein ähnliches Bild mit geringeren Pro-Kopf-Ausgaben. Die niedrigsten Ausgaben weisen 4-jährige Mädchen mit knapp 95 € und 3-jährige Jungen mit 123 € auf. Die Leistungsausgaben in der GKV steigen bei den Männern auf bis zu 1.340 € (im Alter von 83 Jahren) und bei den Frauen auf bis zu 1.109 € (im Alter von 81 Jahren) an.

Zwischen dem 1. und 17. Lebensjahr sowie ab dem 57. Lebensjahr übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer deutlich die der Frauen. Im Gegensatz zur PKV liegen in der GKV im mittleren Altersbereich die Arzneimittelausgaben von Männern und Frauen auf ähnlichem Niveau (Abbildung 11).

**Abb. 11: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2016, 2015 – Arzneimittel**



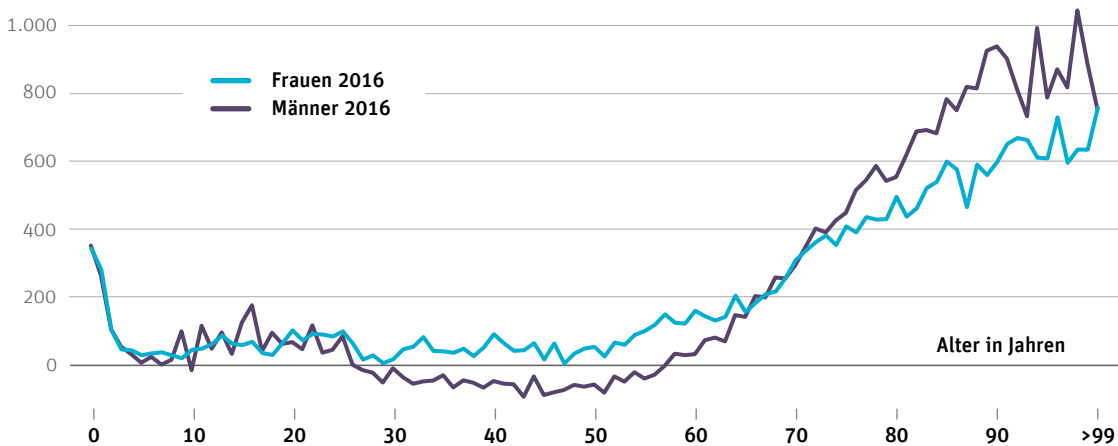
Abweichend von den Leistungsausgaben in der PKV ist ein Anstieg der Leistungsausgaben in der GKV im Vergleich zum Vorjahr insbesondere bei höheren Jahrgängen erkennbar.

## 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 2016 statt bei 5,37 Mrd. € bei 4,54 Mrd. €. Damit ergibt sich ein Mehrumsatz von 835 Mio. €. Im Vergleich zum Jahr 2015 (874 Mio. €) entspricht dies einem leichten Rückgang. 15,5 % der Arzneimittelausgaben der Privatversicherten im Jahr 2016 sind dem Mehrumsatz zuzuschreiben.

Insbesondere 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 der GKV und PKV auf einem ähnlichen Niveau.<sup>23</sup> In den mittleren Lebensjahren liegen die Arzneimittelausgaben pro Kopf bei männlichen Privatversicherten sogar unter den Werten der gesetzlich Versicherten (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.

<sup>23</sup> Die höheren Ausgaben bei Neugeborenen und Einjährigen sind zum Teil der unterschiedlichen Erfassung der Impfungen geschuldet.

**Abb. 12: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2016 – Arzneimittel**

Der Mehrumsatz im Arzneimittelbereich hat seine Hauptursache in den vielfältigen Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten in der GKV.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup> 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 G-BA und pharmazeutischen Herstellern ausgehandelte Erstattungspreis auch für die PKV. Kassenspezifische Rabattverträge ermöglichen gesetzlichen Krankenkassen aber auch hier, einen Erstattungspreis zu verhandeln, der letztendlich noch unter dem „AMNOG-Preis“ liegt.

24 Für eine Übersicht siehe Wild (2015).

25 Vgl. Wild (2016).

26 Vgl. Pro Generika (2015), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (2017).

## 7 Heilmittel

### 7.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten für Heilmittel sind von 2015 auf 2016 um 5,2 % angestiegen und lagen demnach im Jahr 2016 bei 1,76 Mrd. €. 5,1 % aller Leistungsausgaben in der PKV sind auf die Heilmittelversorgung zurückzuführen.

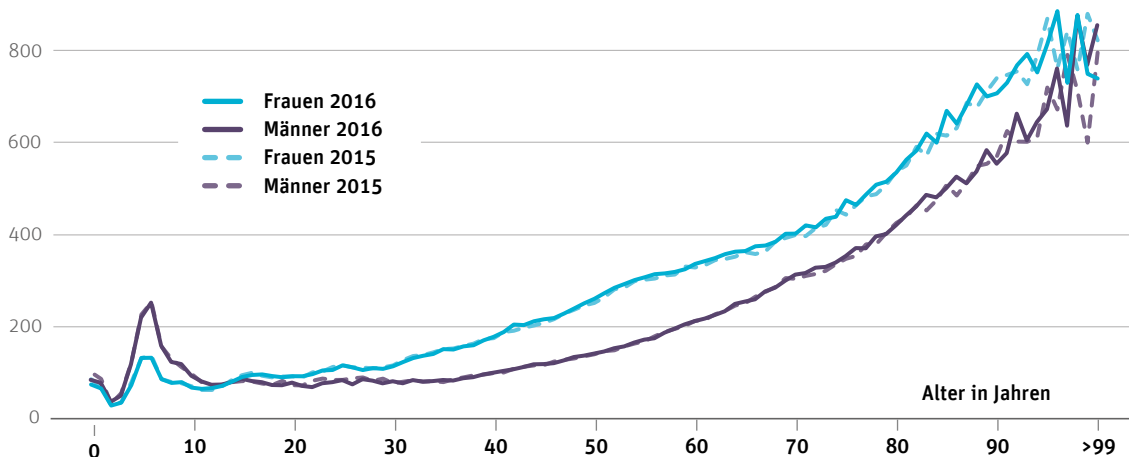
In der GKV betragen die Heilmittelausgaben im Jahr 2016 6,48 Mrd. €. Dies bedeutet einen Anstieg um 6,2 % gegenüber dem Vorjahr.

Der PKV-Marktanteil an allen Heilmittelausgaben liegt bei 21,4 % und somit deutlich über dem Versichertenanteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung (11 %).

Die Ausgaben sind geschlechts- und altersabhängig. Im Allgemeinen nehmen die Heilmittelausgaben beiderlei Geschlechts mit steigendem Alter zu. Die Pro-Kopf-Ausgaben privatversicherter Frauen steigen ab einem Alter von 29 Jahren (ab 107 €) und die der Männer ab einem Alter von 33 Jahren (ab 79 €) bis zum Lebensende kontinuierlich an und erreichen sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Privatversicherten Werte von knapp 900 €. Ab einem Alter von 14 Jahren liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Frauen über denen der Männer (Abbildung 13).

Die vergleichsweise hohen Ausgaben um das 6. Lebensjahr (Jungen: 251 €; Mädchen: 131 €) 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 2016, 2015 – 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 2016 bei 1,02 Mrd. € (2015: 1,00 Mrd. €) und ist demnach gegenüber dem Vorjahr um 2 % gestiegen. Der hohe Anteil des Mehrumsatzes an den gesamten Heilmittelausgaben in der PKV (58 %) ist ein Hinweis auf die hohe Regulierungsdichte in der GKV im Heilmittelbereich.

## 8 Hilfsmittel

### 8.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

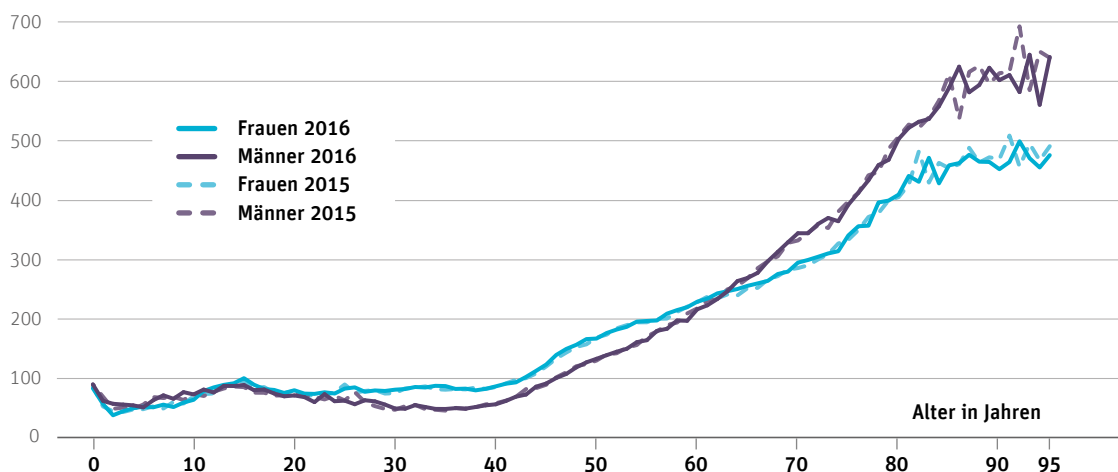
Auf Hilfsmittel entfielen bei Privatversicherten im Jahr 2016 Leistungsausgaben in Höhe von 1,46 Mrd. € (4,2 % aller Ausgaben in der PKV). Im Vergleich zu 2015 nahmen die Ausgaben für Hilfsmittel um 4,0 % zu. Die GKV-Ausgaben für Hilfsmittel lagen im Jahr 2016 bei 7,82 Mrd. €. Sie stiegen hier gegenüber 2015 um 2,5 % an.

15,7 % aller Hilfsmittelausgaben, die zu Lasten von PKV und GKV abgerechnet werden, sind Privatversicherten zuzurechnen. Damit liegt der PKV-Marktanteil bei Hilfsmitteln über dem Anteil der Privatversicherten (11%) an der Gesamtbevölkerung.

Die Leistungsausgaben je männlichen und weiblichen PKV-Versicherten unterscheiden sich bis zum 65. Lebensjahr nur geringfügig. Bei Kindern und Jugendlichen sind die geringsten Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht erkennbar. Bis zu einem Alter von 42 Jahren liegen diese mit unter 100 € je Versicherten auf einem niedrigen Niveau. Anschließend steigen diese bei den männlichen Versicherten in einem höheren Maße als bei den weiblichen Versicherten an. Dabei erreichen Frauen Pro-Kopf-Ausgaben von etwa 500 € und Männer von knapp 700 € (Abbildung 14).

Bei einem Vergleich der Leistungsausgaben pro Kopf von 2015 zu 2016 fällt keine Altersgruppe durch systematisch veränderte Werte auf. Vom Ausgabenanstieg sind prozentual alle Altersgruppen gleichmäßig betroffen.

**Abb. 14: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2016, 2015 – Hilfsmittel**



### 8.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden Privatversicherte nach den Vorgaben und Regulierungen wie in der GKV Hilfsmittel erhalten, lägen ihre Ausgaben bei 0,98 Mrd. €. Stellt man diesen Betrag den tatsächlichen Ausgaben (1,46 Mrd. €) gegenüber, ergibt sich ein Mehrumsatz von 0,48 Mrd. €. Damit sind, genau wie im Vorjahr, 32,9 % der Ausgaben von Privatversicherten im Hilfsmittelbereich als Mehrumsatz zu sehen.

## 9 Leistungsausgaben und Mehrumsatz im Zeitverlauf

### 9.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Im Jahr 2016 lagen die Leistungsausgaben der Privatversicherten in den größten Leistungsbereichen bei insgesamt 34,78 Mrd. € und die der GKV-Versicherten bei 175,45 Mrd. €. <sup>27</sup> Der größte Teil der Leistungsausgaben von Privatversicherten entfällt mit 11,20 Mrd. € auf die ambulante ärztliche Versorgung. In der GKV hingegen ist der stationäre Sektor der ausgabenträchtigste Bereich.

**Tabelle 1: Leistungsausgaben privat und gesetzlich Versicherter und PKV-Marktanteil im Jahr 2016**

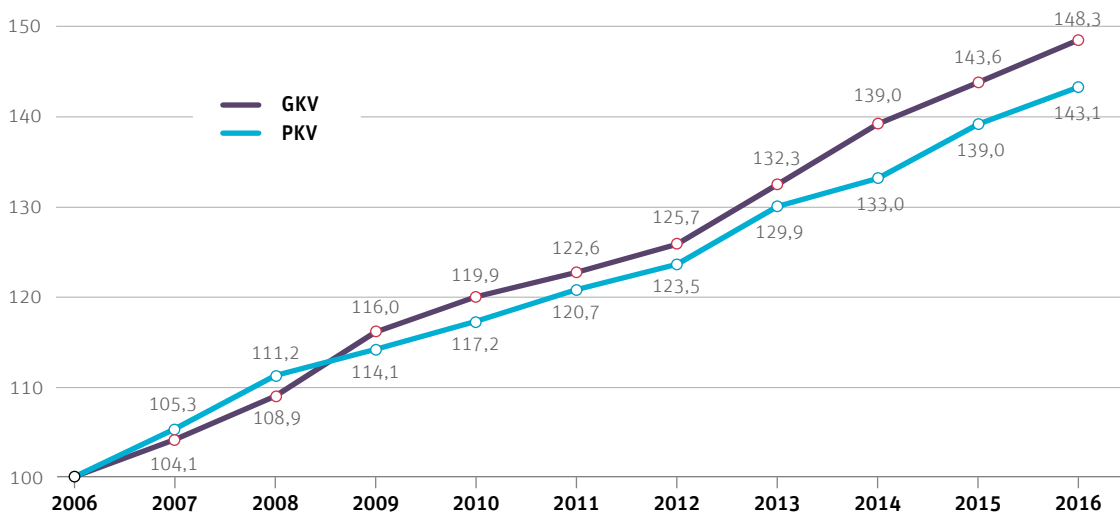
Bereich	Ausgaben 2016 [Mrd. €]		Marktanteil PKV
	Privatversicherte	GKV	
Ambulante ärztliche Versorgung	11,20	36,53	23,5 %
Stationäre Versorgung	9,69	72,95	11,7 %
Zahnmedizinische Versorgung	4,90	13,73	26,3 %
Arznei- und Verbandmittel	5,37	37,07	12,7 %
Heilmittel	1,76	6,48	21,4 %
Hilfsmittel	1,46	7,82	15,7 %
Sonstige	0,40	0,87	31,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>34,78</b>	<b>175,45</b>	<b>16,5 %</b>

Der Anteil der Ausgaben der Privatversicherten, gemessen an den GKV- und PKV-Ausgaben, ist in allen Sektoren größer als der Bevölkerungsanteil der Privatversicherten (11 %). Insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung (23,5 %), der zahnmedizinischen Versorgung (26,3 %) sowie in der Heilmittelversorgung (21,4 %) liegt der Marktanteil der PKV besonders deutlich über dem Bevölkerungsanteil der Privatversicherten (Tabelle 1).

Die Ausgaben je PKV-Versicherten stiegen in den letzten zehn Jahren um 43,1 % an, wohingegen die GKV im selben Zeitraum mit einem Anstieg von 48,3 % ein deutlich höheres Ausgabenwachstum je Versicherten aufwies (Abbildung 15). Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, da in der öffentlichen Diskussion die PKV häufig mit höheren Ausgabensteigerungen in Verbindung gebracht wird.

<sup>27</sup> 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 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.

Abb. 15: Ausgaben je GKV- und PKV-Versicherten indexiert (2006=100), 2006-2016



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2018); PKV-Verband (verschiedene Jahrgänge).

## 9.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Der Mehrumsatz der Privatversicherten lag im Jahr 2016 bei insgesamt 12,887 Mrd. € und ist gegenüber dem Vorjahr um 254 Mio. € bzw. 2 % angestiegen. Die ambulante ärztliche Versorgung sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln weisen einen um mehr als 3,4 % höheren Mehrumsatz als im Vorjahr auf (Tabelle 2).

Tabelle 2: PKV-Mehrumsatz 2016 und 2015 nach Bereichen

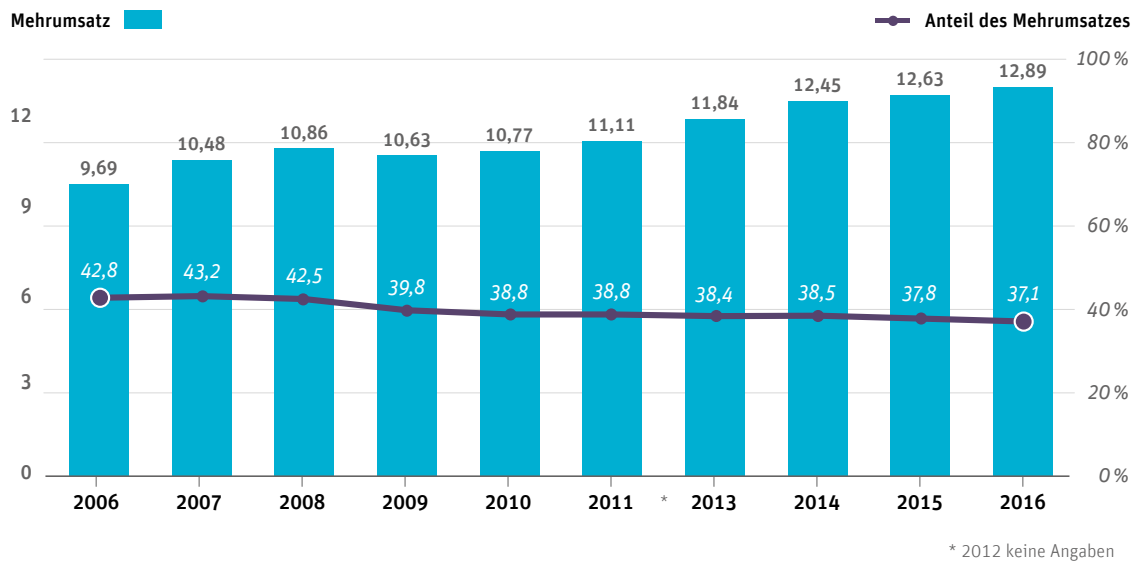
Bereich	Mehrumsatz der Privatversicherten [Mrd. €]	
	2016	2015
Ambulante ärztliche Versorgung	6,290	6,060
Stationäre Versorgung	0,665	0,693
Zahnmedizinische Versorgung	3,198	3,262
Arznei- und Verbandmittel	0,835	0,874
Heilmittel	1,020	0,996
Hilfsmittel	0,477	0,461
Sonstige	0,402	0,287
<b>Gesamt</b>	<b>12,887</b>	<b>12,633</b>

Der Mehrumsatz in der PKV ist von 2006 bis 2016 angestiegen. Im Jahr 2006 lag dieser bei 9,69 Mrd. €, im Jahr 2016 bereits bei 12,89 Mrd. €. Somit nahm der Mehrumsatz in den letzten zehn Jahren um 33 % zu.

Demgegenüber ist der Anteil des Mehrumsatzes gemessen an den gesamten Leistungsausgaben der PKV gesunken. Im Jahr 2006 lag dieser Anteil noch bei 42,8 %, im Jahr 2011 bereits bei 38,8 % und im Jahr 2016 bei 37,1 % (Abbildung 16). Ursächlich hierfür ist der prozentuale höhere Anstieg der Leistungsausgaben in der GKV.



Abb. 16: Mehrumsatz [Mrd. €; %] im Zeitverlauf, 2006–2016



## 10 Zusammenfassung

Privatversicherte spielen für alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Der Mehrumsatz der Privatversicherten ermöglicht Investitionen in die medizinische Infrastruktur, in die Erforschung neuer Behandlungsmethoden und in die Einstellung von medizinischem Fachpersonal. Im Jahr 2016 betrug der Mehrumsatz der Privatversicherten 12,89 Mrd. €. Dieser Betrag, der nur deshalb entsteht, weil Patienten privat und nicht gesetzlich versichert sind, nahm in der Vergangenheit zu. In den letzten zehn Jahren ist ein Anstieg von 3,2 Mrd. € bzw. 33 % zu verzeichnen. Der Mehrumsatz fällt vermutlich sogar noch deutlich höher aus, als hier berechnet werden konnte, da die nicht zur Erstattung eingereichten Rechnungen nicht in die Auswertung einfließen.

Der größte Teil des Mehrumsatzes entfiel im Jahr 2016 – wie bereits in den Vorjahren – auf den ambulant ärztlichen Sektor (6,29 Mrd. €). Hier ist gegenüber 2015 eine Zunahme um 0,23 Mrd. € bzw. um 3,8 % zu verzeichnen.

Den Hintergrund für den Mehrumsatz bildet ein komplexes Gebilde an PKV-GKV-Unterschieden in der monetären Bewertung von Leistungen, im Leistungsumfang und in den Mechanismen zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme. Aus den Unterschieden resultieren Preis-, Mengen- und Struktureffekte.

Die Leistungsausgaben in der PKV haben in den letzten zehn Jahren weniger deutlich zugenommen als in der GKV. Die Ausgaben je PKV-Versicherten stiegen im Beobachtungszeitraum (2006-2016) um 43,1 % an, wohingegen die GKV einen Anstieg von 48,3 % aufwies.

## Quellenverzeichnis

**Ärztezeitung** (2018): Dr. Reinhardt zur GOÄ-Reform, Ausgabe vom 9.05.2018.

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

**Bundeszahnärztekammer (BZÄK)** (2017), Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 2016/2017, Berlin.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2018), Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2005 bis 2018 unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen\\_Daten/KF2018\\_Bund\\_Jan\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2018_Bund_Jan_2018.pdf) (01.03.2018).

**Bundesversicherungsamt** (2018), GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2016 (Stand: 19.12.2017) unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen.html> (15.02.2018).

**Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH)** (2017), Der Arzneimittelmarkt in Deutschland 2016 – Zahlen und Fakten, Berlin.

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

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

**Hess, R.; Thüsing, G.; Ulrich, V.; Wille, E.; Wollenschläger, F.** (2018): Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? In: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Band 24, Heft 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Schwabe, U.; Paffrath, D.; Ludwig, W.-D.; Klauber, J.** (2017): Arzneiverordnungs-Report 2017, Heidelberg.

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

**Verband der Privaten Krankenversicherung** (2017), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016, 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.** (2016), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

## WIP-Veröffentlichungen seit 2012

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