

Hagemeister, Sonja; Wild, Frank

Research Report

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2020

WIP-Analyse, No. 4/2020

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Hagemeister, Sonja; Wild, Frank (2020) : Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2020, WIP-Analyse, No. 4/2020, ISBN 978-3-9821682-3-4, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273214>

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.



Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten

Jahresbericht 2020

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

September 2020

ISBN 978-3-9821682-3-4

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Vorgehensweise	4
2.1	Datenbasis	4
2.2	Methodik	4
2.3	Datenlimitationen	6
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	13
5.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	13
5.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	14
6	Arznei- und Verbandmittel	16
6.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	16
6.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	17
7	Heilmittel	19
7.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	19
7.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	20
8	Hilfsmittel	21
8.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	21
8.2	Mehrumsatz der Privatversicherten	21
9	Leistungsausgaben und Mehrumsatz im Zeitverlauf	23
9.1	Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten	23
9.2	Ausgaben der GKV und PKV im Zeitverlauf (2008-2018)	24
9.3	Mehrumsatz der Privatversicherten	25
10	Fazit	26
	Quellenverzeichnis	27
	WIP-Veröffentlichungen seit 2012	30

1 Einleitung

Das WIP stellt jährlich die Bedeutung der Privaten Krankenversicherung für das deutsche Gesundheitssystem auf empirischer Basis heraus. Die Grundlage dazu bildet eine Berechnung der monetären Leistungen, die den Leistungsanbietern nicht mehr zur Verfügung stehen würden, wenn alle Privatversicherten gesetzlich krankenversichert wären. Der ermittelte Mehrumsatz der Privatversicherten ist somit der Betrag, der allein durch die Existenz der PKV den Akteuren des Gesundheitswesens zu Gute kommt. Dabei handelt es sich um die Differenz der Ist-Ausgaben der PKV-Versicherten und der hypothetischen Ausgaben dieser PKV-Versicherten in der GKV (gemäß RSA-Profil).

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 der PKV-GKV-Unterschiede in den einzelnen Leistungssektoren variiert der Anteil des Mehrumsatzes je Sektor. Andere Autoren konnten die Ergebnisse auch durch alternative Berechnungsmethoden im Grundsatz bestätigen.¹

In der vorliegenden Studie wird eine Aktualisierung und Erweiterung des Mehrumsatzes für das Jahr 2018 auf Basis der neusten vorliegenden Daten für die wichtigsten Leistungssektoren (ambulante, stationäre und zahnärztliche Versorgung sowie die Bereiche Heil-, Hilfs- und Arzneimittel) vorgenommen. Im stationären Sektor wurde die Mehrumsatzberechnung zudem durch eine alternative Berechnungsmethodik erweitert bzw. weiterentwickelt. Zudem wird die Leistungsausgabenentwicklung in der PKV und GKV in den letzten zehn Jahren dargestellt.

Die Auswirkungen der Corona-Krise sind aus den Zahlen noch nicht ablesbar, da die Auswertung nur die Leistungsausgabenentwicklung bis 2018 betrachtet. Wie sich der Mehrumsatz während der Corona-Pandemie entwickelt, können erst unsere Analysen in den nächsten Jahren zeigen. Eine Erkenntnis der Pandemie ist jedoch, dass der Mehrumsatz der Privatversicherten einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Ausstattung und der Struktur des deutschen Gesundheitswesens geleistet hat. Dadurch wurde auch eine wichtige Voraussetzung dafür geschaffen, dass Deutschland die Corona-Krise bisher mit vergleichsweise wenigen Infizierten und Todesfällen gut bewältigt hat.²

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

2 Vgl. Arentz/Wild (2020).

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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) veröffentlicht Daten zu den Leistungsausgaben pro Tag der GKV-Versicherten, die im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) ermittelt werden.³ 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 2020“, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf seiner Internetseite veröffentlicht, entnommen.⁴

Aufgrund teilweise fehlerhafter Datenmeldungen im Bereich der PKV wurden die Leistungsausgaben bis zum Berichtsjahr 2017 rückwirkend korrigiert. Datenbankbestand der PKV für die Berichtsjahre 2017 und 2018 ist der 28.04.2020.

Im Jahr 2018 lebten 83,16 Mio. Menschen in Deutschland⁵, von denen 8,74 Mio. privat krankenvollversichert waren⁶, was einem Anteil von 10,5 % der Bevölkerung entspricht. Wie auch in den Vorjahren sind die PKV-Versicherten im Jahr 2018 im Schnitt weiter gealtert, während in der GKV das Durchschnittsalter mit 43,84 Jahren nahezu unverändert bleibt.⁷ Im Jahr 2018 lag das Durchschnittsalter der PKV-Versicherten bei 45,26 Jahren (Anstieg von 0,32 Jahren im Vergleich zu 2017).

Die Studie bezieht sich ausschließlich auf privat Krankenvollversicherte, Einnahmen durch privat Zusatzversicherte werden nicht berücksichtigt.

2.2 Methodik

Die Methodik folgt der Vorgehensweise der Berechnungen des Mehrumsatzes in den bisherigen Studien zu dieser Thematik.⁸ Typischerweise erfolgt dabei eine direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten.⁹ Im Bereich der Arznei- und Verbandmittel werden zudem die KV 45 vom Bundesministerium für Gesundheit sowie Daten aus dem Arzneimittelverordnungs-Report (AVR) angewendet.¹⁰ Für die Bereiche Heil- und Hilfsmittel liegen allerdings nur in der PKV-Kopfschadenstatistik Daten als

3 Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2019).

4 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020).

5 Vgl. Statistisches Bundesamt (2020).

6 Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung (2019).

7 Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2019).

8 Vgl. Niehaus/Weber (2005), Niehaus (2006a, 2006b, 2007, 2009, 2010, 2013, 2015), Wild (2016a, 2016b), Hagemeyer/Wild (2017, 2018, 2019).

9 Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2019), Bundesversicherungsamt (2018).

10 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018, 2019a), Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018, 2019).

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. Zudem wird eine alternative Berechnung des Mehrumsatzes im Bereich stationärer und zahnärztlicher Versorgung dargestellt.

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 zu den Kopfschadenprofilen der PKV keine vergleichbaren RSA-Profile 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. Hierbei handelt es sich um die aus den PKV-Profilen berechneten Werte sowie 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 Verhältnissbildung das Versichertenkollektiv der GKV ist und nicht das der PKV.

Im stationären Sektor wird erstmals ein alternativer Mehrumsatz ausgewiesen, der sich ausschließlich auf die Wahlleistungen im Krankenhaus beschränkt, die von Privatversicherten in Anspruch genommen werden. Dieser Mehrumsatz ist das Produkt der Kopfschadenprofile im wahlärztlichen Sektor und der Anzahl der Privatversicherten.

Auch in der zahnärztlichen Versorgung wird – wie bereits in den letzten Jahren – ein alternativer Mehrumsatz berechnet, der die Ausgaben der privaten Haushalte (Eigenanteile) berücksichtigt. Die Berechnung erfolgt analog der beschriebenen Vorgehensweise „Direkte Zuordnung der Kopfschadenprofile zu den RSA-Daten“. Zusätzlich werden die Ausgaben der privaten Haushalte dem statistischen Jahrbuch (2018/2019) der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) entnommen und anteilig auf die gesetzlich- und Privatversicherten verteilt.¹¹ Ferner werden für die GKV-Versicherten die Ausgaben der privaten Haushalte der gesetzlich Versicherten (gewichtet nach Geschlechterzusammensetzung) je Alter verteilt, sodass neue Pro-Kopf-Ausgaben (inklusive Eigenbeteiligung für gesetzlich Krankenversicherte) entstehen.

¹¹ Die Ausgaben der privaten Haushalte beziehen sich auf das Berichtsjahr 2017, da die Ausgaben für das Berichtsjahr 2018 noch nicht vorliegen. Vgl. Bundeszahnärztekammer (2019).

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.

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 der PKV und der 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 zudem 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 je nach Quelle Unterschiede bei der Abgrenzung einzelner Leistungsbereiche ersichtlich. Diese Unschärfe der Zuordnung kann dazu führen, dass die Ausgaben in einem Bereich überschätzt und in einem anderen Bereich unterschätzt werden.

3 Der ambulante ärztliche Sektor

3.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten für die ambulante ärztliche Behandlung 2018 sind gegenüber 2017¹² um 3,2 % auf 11,42 Mrd. € angestiegen.¹³ Dies entspricht 32,1 % der gesamten Gesundheitsausgaben der Privatversicherten. Damit ist der ambulante ärztliche Sektor die größte Leistungsart in der PKV. In der GKV hingegen sind im Jahr 2018 lediglich 21 % der gesamten Leistungsausgaben (39,42 Mrd. €) der GKV auf die ambulante ärztliche Versorgung zurückzuführen. Der ambulante Sektor ist im Gegensatz zur PKV nicht der ausgabenstärkste Bereich der GKV. Der Ausgabenanstieg im Beobachtungszeitraum (2017-2018) lag in der GKV bei 3,5 % und damit auf einem ähnlichen Niveau wie in der PKV (3,2 %).

Insgesamt entfallen von den PKV- und GKV-Einnahmen der niedergelassenen Ärzte 22,5 % auf Privatversicherte, obwohl diese nur 10,5 % der Gesamtbevölkerung stellen.

Die Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten für ärztliche Leistungen sind geschlechtsabhängig und nehmen mit steigendem Alter zu – ausgenommen die ersten Lebensjahre.¹⁴ Während die Pro-Kopf-Ausgaben bei den 6- bis 31-jährigen privatversicherten Männern unter 500 € im Jahr liegen¹⁵, steigen diese mit zunehmendem Alter auf bis zu 3.011 € je Versicherten (86. Lebensjahr) an. Frauen weisen gegenüber den männlichen Versicherten höhere Pro-Kopf-Ausgaben zwischen dem 15. und 73. 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 74. Lebensjahr liegen dagegen die Ausgaben der Männer über den Leistungsausgaben der Frauen. Privatversicherte Frauen weisen ab einem Alter von 24 Jahren Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von über 1.000 € auf, wohingegen die Ausgaben der privatversicherten Männer erst ab einem Alter von 55 Jahren die 1.000 € überschreiten (Abbildung 1).

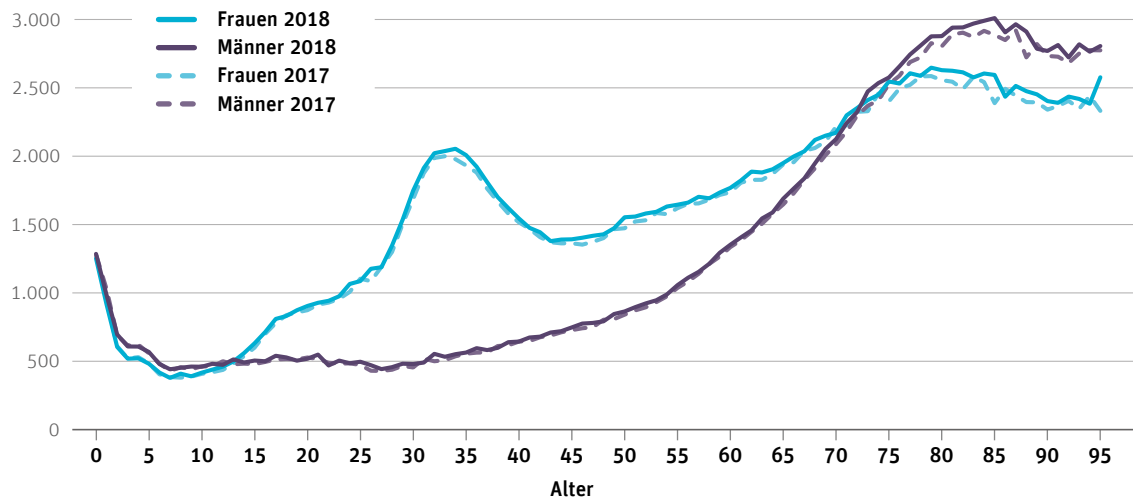
12 Korrigierter Wert (Leistungsausgaben 2017: 11,07 Mrd. €).

13 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.

14 Im 1. Lebensjahr sind die Leistungsausgaben je Privatversicherten beispielsweise erhöht und nahezu identisch (1.281 € je männlich Versicherten und 1.248 € je weiblich Versicherten).

15 Ausgenommen sind das Alter 13, 17, 18, 20 und 21.

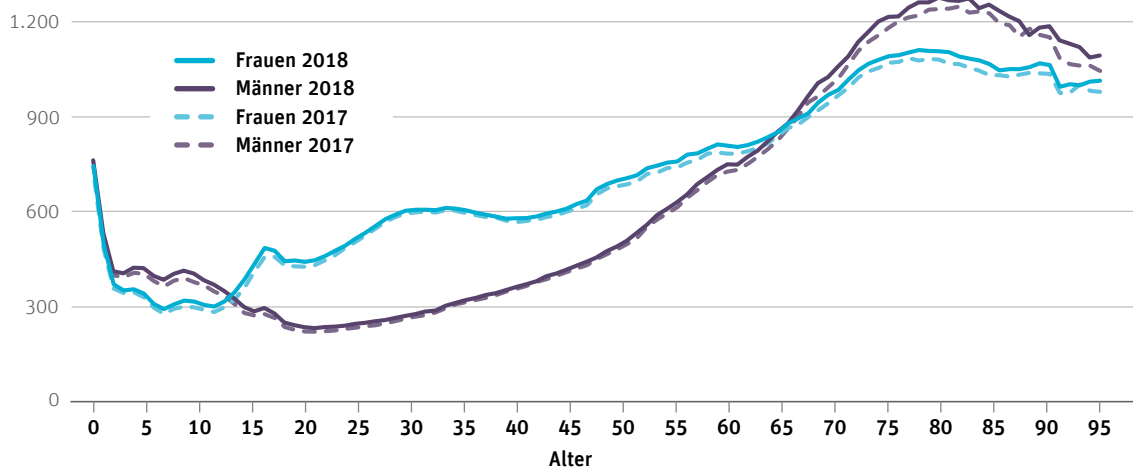
Abb. 1: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2018, 2017 – ambulante ärztliche Behandlung¹⁶



Die GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen befinden sich auf einem deutlich niedrigeren Ausgabenniveau als in der PKV. GKV-Versicherte erreichen – abgesehen vom 1. und 2. Lebensjahr – erst ab einem Alter von 26 Jahren (Frauen) bzw. 53 Jahren (Männer) Pro-Kopf-Ausgaben von über 500 €. Pro-Kopf-Ausgaben von über 1.000 € werden erst ab einem Alter von 72 Jahren (Männer) bzw. 75 Jahren (Frauen) erreicht. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV steigen auf bis zu 1.278 € (84-jährige Männer) je Versicherten an. Zum Vergleich: PKV-versicherte Männer verursachen Pro-Kopf-Ausgaben von bis zu 3.011 €. Wie auch in der PKV sind die Pro-Kopf-Ausgaben der Frauen im gebärfähigen Alter in der GKV erhöht.

In allen Jahrgängen ist ein geringer Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr erkennbar. Diese relativen Anstiege fallen bei den Kindern und jungen Erwachsenen (Männer bis 33 Jahre, Frauen bis 25 Jahre) etwas höher (bis 7,2 %) aus als bei allen weiteren Erwachsenen (bis 4,2 %) (Abbildung 2).

Abb. 2: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2018, 2017 – ambulante ärztliche Behandlung



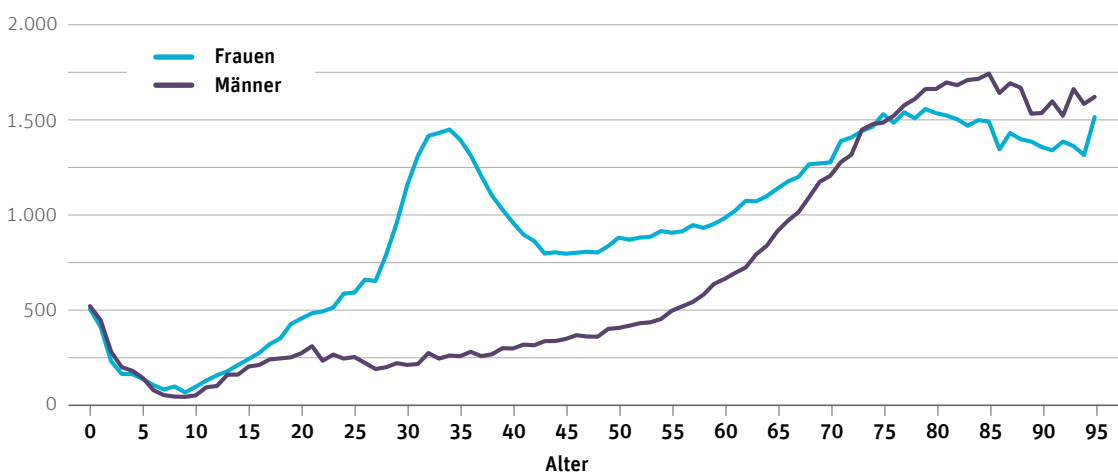
¹⁶ Die Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten werden bis zu einem Alter von 95 Jahren betrachtet. Werte oberhalb dieses Lebensjahres bleiben unberücksichtigt. Diese Vorgehensweise gilt für alle Leistungsbereiche.

3.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn Privatversicherte nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie gesetzlich Versicherte versorgt und abgerechnet würden, ergäben sich im Jahr 2018 anstelle der tatsächlichen Ausgaben in Höhe von 11,42 Mrd. € fiktive GKV-Ausgaben in Höhe von 5,29 Mrd. €. Dies entspricht einem Mehrumsatz durch Privatversicherte in Höhe von 6,14 Mrd. €. Der ambulant-ärztliche Bereich ist dabei der Versorgungssektor mit dem höchsten Mehrumsatz. 53,7 % der Ausgaben von Privatversicherten in diesem Sektor sind als Mehrumsatz zu sehen. Gegenüber dem Wert von 2017 (5,96 Mrd. €¹⁷) ist ein Anstieg von 2,9 % zu verzeichnen.¹⁸

Der Mehrumsatz ist bei 7- bis 10-jährigen weiblichen Versicherten und 6- bis 12-jährigen männlichen Versicherten mit unter 100 € im Durchschnitt am geringsten. Privatversicherte Männer ab einem Alter von 67 Jahren und privatversicherte Frauen zwischen dem 31. und 40. Lebensjahr und ab einem Alter von 61 Jahren lösen hingegen einen Mehrumsatz von über 1.000 € je Versicherten aus. Insgesamt weisen Frauen zwischen dem 7. und 76. Lebensjahr einen deutlich höheren Mehrumsatz als Männer auf. Ab dem 77. Lebensjahr übersteigt der Mehrumsatz je männlichen Versicherten den je weiblichen Versicherten (Abbildung 3).

Abb. 3: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2018 – ambulante ärztliche Behandlung



Der PKV-Mehrumsatz in der ambulanten ärztlichen Versorgung beträgt im Jahr 2018 für jede der 117.472 niedergelassenen Ärzte in Deutschland im Schnitt 52.233 €. ¹⁹ Im Jahr 2017 lag der Mehrumsatz noch bei 50.368 €²⁰ je niedergelassenen Arzt²¹, was einem Anstieg von 1.865 € bzw. 3,7 % je Arzt entspricht.

¹⁷ Korrigierter Wert.

¹⁸ 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.

¹⁹ Vgl. Bundesärztekammer (2018). In Deutschland gibt es etwa 72.000 Arztpraxen. Je Arztpraxis beträgt der Mehrumsatz damit ca. 85.300 €.

²⁰ Korrigierter Wert.

²¹ Anzahl an niedergelassenen ambulanten Ärzten im Jahr 2017: 118.356. Vgl. Bundesärztekammer (2017).

4 Der stationäre Sektor

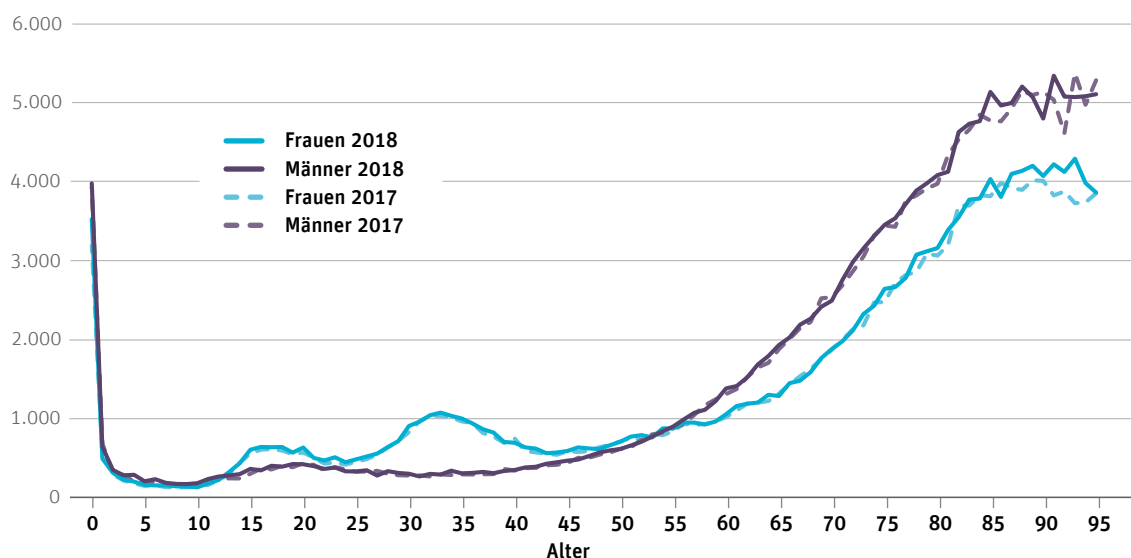
4.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Ausgaben der Privatversicherten im Krankenhaus sind von 2017 auf 2018 um 4,3 % auf 10,07 Mrd. € angestiegen.²² Die GKV-Ausgaben für den stationären Bereich nahmen in diesem Zeitraum um 3,0 % zu und betragen im Jahr 2018 77,16 Mrd. €. Gemessen an den gesamten hier betrachteten Leistungsausgaben lag der Anteil des stationären Sektors im Jahr 2018 bei Privatversicherten bei 28,3 % und in der GKV bei 41,2 %. In der GKV ist der Krankenhausbereich – im Unterschied zur PKV – der ausgabenstärkste Sektor.

11,5 % 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 in der Bevölkerung (10,5 %).

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: 3.525 €, Jungen: 3.979 €), sinken anschließend im Kindesalter auf 166,39 € (9-jährige Jungen) bzw. 127,05 € (10-jährige Mädchen) herab und erhöhen sich darauffolgend (mit Schwankungen) mit zunehmenden Alter. Die Pro-Kopf-Ausgaben weiblicher PKV-Versicherter steigen auf bis zu 4.291 € (93 Jahre) und die der Männer auf bis zu 5.343 € (91 Jahre) an. Zwischen dem 14. und 55. Lebensjahr übersteigen die Ausgaben der Frauen, insbesondere in den Jahren von Schwangerschaft und Geburt sowie in der Pubertät, die der Männer. Ab dem 56. Lebensjahr liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer über denen der Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr sind im Kindes- und Jugendalter teilweise höhere relative Anstiege ersichtlich. Im mittleren und hohen Alter fallen die relativen Anstiege und Rückgänge geringer aus (Abbildung 4).

Abb. 4: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2018, 2017 – stationärer Bereich

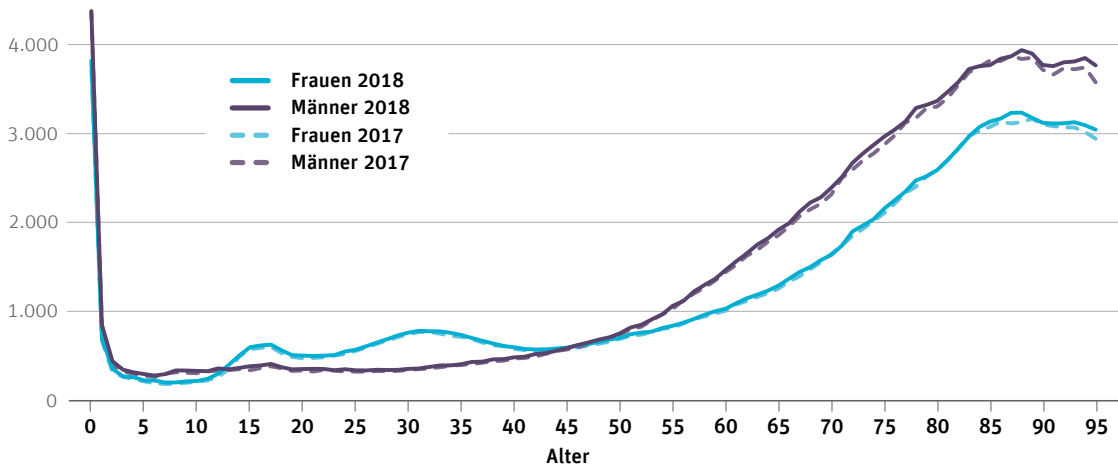


Bei GKV-Versicherten zeigt sich im Krankenhausbereich ein vergleichbares Ausgabenprofil wie bei PKV-Versicherten. Wie in den vergangenen Jahren lagen die Pro-Kopf-Ausgaben im stationären Bereich bei den jüngeren GKV-Versicherten über denen der PKV. Hingegen lagen bei den älteren GKV-Versicherten die Pro-Kopf-Ausgaben unter denen der PKV.

²² Korrigierter Wert (Leistungsausgaben PKV 2017: 9,66 Mrd. €).

Die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV überschreiten im fortgeschrittenen Alter nicht die Pro-Kopf-Ausgaben der Neugeborenen (Mädchen: 3.818 €; Jungen: 4.376 €), wohingegen in der PKV die Pro-Kopf-Ausgaben der älteren Generationen die Pro-Kopf-Ausgaben der Neugeborenen deutlich übersteigen. Im Vergleich zur PKV sind in der GKV überwiegend Anstiege der Pro-Kopf-Ausgaben erkennbar (Abbildung 5).

Abb. 5: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2018, 2017 – stationärer Bereich



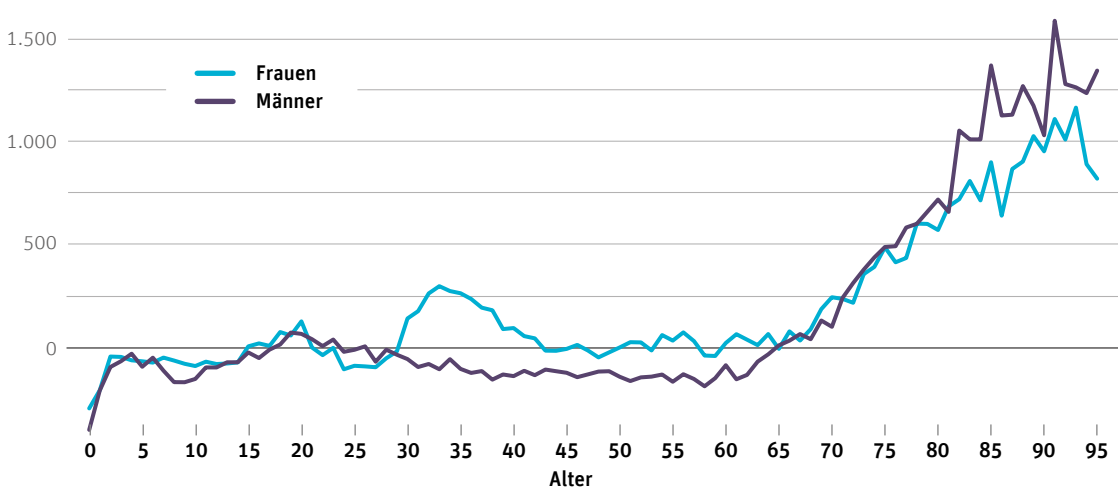
4.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn Privatversicherte im Jahr 2018 in der GKV versichert gewesen wären, hätten ihre Ausgaben für den stationären Sektor 9,70 Mrd. € statt 10,07 Mrd. € betragen. Der PKV-Mehrumsatz im Jahr 2018 lag demnach bei 369 Mio. €, welches 3,7 % der Leistungsausgaben der Privatversicherten im stationären Bereich entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr nahm der Mehrumsatzes um 5,8 % zu.²³

Ursächlich für den verhältnismäßig geringen Mehrumsatz ist – neben dem für GKV und PKV einheitlichen Abrechnungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen (DRG) – ein negativer Mehrumsatz in einigen Altersklassen, bedingt durch weniger Krankenhausfälle. Privatversicherte werden im Gegensatz zu GKV-Versicherten vermehrt ambulant versorgt.

Privatversicherte Frauen zwischen dem 31. und 39. Lebensjahr und ab dem 70. Lebensjahr sowie privatversicherte Männer ab dem 70. Lebensjahr verursachen einen Mehrumsatz von über 100 € je Versicherten. Dieser Mehrumsatz steigt bei beiderlei Geschlecht mit zunehmendem Alter an (Abbildung 6).

Abb. 6: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2018 – stationärer Bereich



²³ Korrigierter Wert (Mehrumsatz 2017: 349 Mio. €).

Da sich die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht zwischen der PKV und der GKV unterscheidet, kann die Berechnung des Mehrumsatzes der Privatversicherten deshalb alternativ auch ausschließlich auf Basis der Wahlleistungen (Ein-/Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) erfolgen. Diese Wahlleistungen sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV.

Werden ausschließlich die Leistungsausgaben von privat Krankenvollversicherten durch Wahlleistungen betrachtet, so entsteht ein Mehrumsatz in Höhe von 2,019 Mrd. €. Dieser Mehrumsatz entspricht 20 % der Leistungsausgaben der Privatversicherten im stationären Versorgungssektor.²⁴

Stellt man die verschiedenen Varianten der Mehrumsatzberechnung im stationären Bereich nebeneinander, fällt auf, dass der Mehrumsatz im Wesentlichen auf Mehrleistungen im Rahmen von wahlärztlichen Behandlungen beruht. Betrachtet man allein die allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Mehrumsatz der Privatversicherten sogar negativ. Die wesentliche Ursache hierfür ist, wie bereits erwähnt, dass Privatversicherte anteilig häufiger ambulant und weniger stationär versorgt werden. Bei Privatversicherten hat der Arzt, nicht zuletzt auch aufgrund der budgetfreien Einzelleistungsvergütung, ein Interesse, die Betreuung und Therapie in seiner Praxis vorzunehmen. Bei GKV-Versicherten besteht beim Arzt dagegen bei teuren Krankheitsfällen durch verschiedene regulierende und budgetierende Elemente ein Anreiz, den Patienten stationär einzuweisen.

²⁴ Wahlleistungen werden darüber hinaus auch von gesetzlich Krankenversicherten mit einer privaten Zusatzversicherung oder von Selbstzahlern in Anspruch genommen. Der Mehrumsatz in dieser Studie bezieht sich ausschließlich auf privat Krankenvollversicherte.

5 Der zahnmedizinische Sektor

5.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

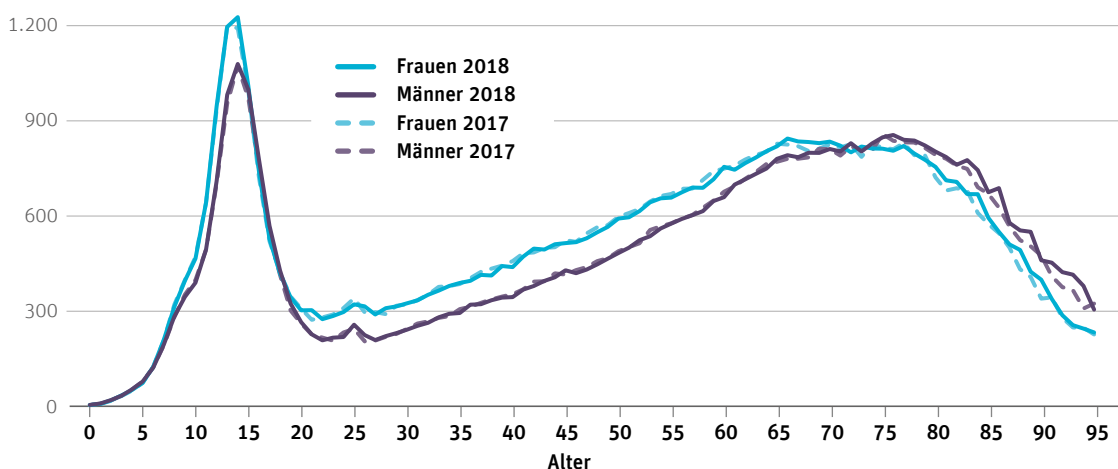
Die Ausgaben der Privatversicherten in der zahnmedizinischen Versorgung, die sowohl die Zahnbehandlung als auch den Zahnersatz und die Kieferorthopädie umfasst, lagen im Jahr 2018 bei 4,73 Mrd. € und haben sich damit im Vergleich zum Vorjahr²⁵ kaum verändert (+0,6 %). In der GKV sind die Ausgaben in diesem Versorgungssektor um 2,9 % auf 14,49 Mrd. € angestiegen. Die PKV-Ausgaben in der zahnmedizinischen Versorgung liegen bei 13,3 % der hier betrachteten Ausgaben aller Leistungssektoren in der PKV. In der GKV beträgt dieser Anteil 7,7 %.

Gemessen an allen Leistungsausgaben in der zahnärztlichen Versorgung (GKV- und PKV-Versicherte), lag der PKV-Anteil im Jahr 2018 bei 24,6 % – bei einem Versichertenanteil von 10,5 %.

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 an, in der Regel im Bereich der Kieferorthopädie. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Jahr steigen in dieser Lebensphase an und erreichen bei den 13- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen Höchstwerte von ca. 1.000 €. Anschließend sinken die Ausgaben bis zu einem Alter von 27 Jahren auf 208 € (Männer) bzw. 22 Jahren auf 274 € (Frauen) und steigen daraufhin bis zum 77. Lebensjahr auf 855 € (Männer) bzw. 78. Lebensjahr auf 820 € (Frauen), bevor diese wieder deutlich zurückgehen. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der männlichen PKV-Versicherten sind zwischen dem 1. 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 (Abbildung 7).²⁶

Im Vergleich zum Vorjahr ist der relative Anteil der Veränderung (Rückgänge und Anstiege) der Pro-Kopf-Ausgaben in allen Altersklassen geringfügig. Lediglich in wenigen hochbetagten Jahrgängen sowie bei den Kleinkindern ist ein Anstieg von über 10 % zu verzeichnen. Aufgrund geringer Pro-Kopf-Ausgaben im Kleinkindalter ergeben sich schnell hohe relative Anstiege (Abbildung 7).

Abb. 7: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2018, 2017 – zahnmedizinische Behandlung

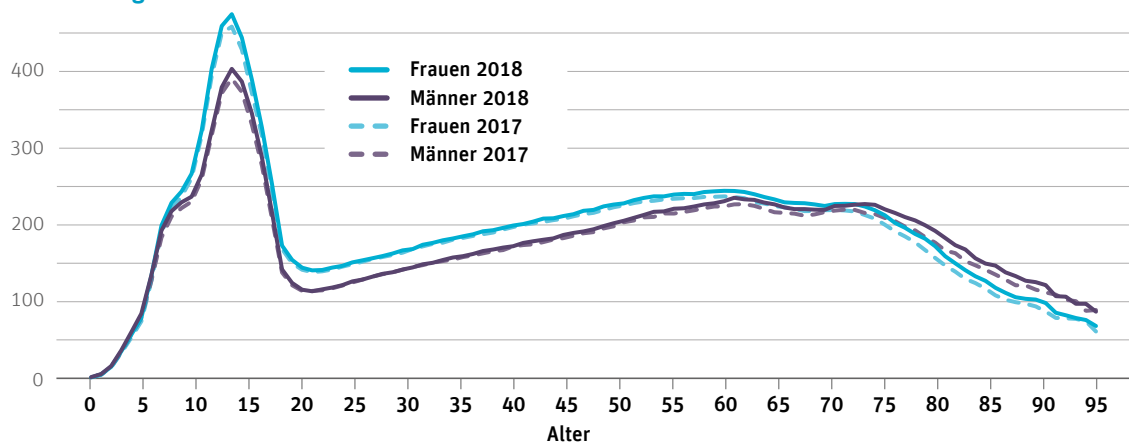


²⁵ Korrigierter Wert (Leistungsausgaben PKV 2017: 4,70 Mrd. €).

²⁶ Ausgenommen das 18., 19. und 73. Lebensjahr. In diesem Alter übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer die der Frauen.

In der GKV zeigen die Ausgaben für Zahnbehandlungen ein deutlich flacheres Profil als in der PKV. Wie auch bei den Privatversicherten entstehen die größten durchschnittlichen Kosten zunächst im Jugendalter (14-jährige, Jungen: 403 €, Mädchen: 475 €), 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. 141 € (Frauen) herab. Die Leistungsausgaben je Versicherten steigen erneut geringfügig auf bis zu 245 € bei den 63-jährigen Frauen und auf bis zu 235 € bei den 64-jährigen Männern an, wohingegen sich die Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten in dieser Altersklasse auf 784 € bzw. 749 € belaufen. Im Gegensatz zur PKV ist in der GKV überwiegend ein geringfügiger Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Beobachtungszeitraum (2017 bis 2018) je Alter und Geschlecht ersichtlich. Lediglich 22-, 32- und 34-jährige Männer und 32-jährige Frauen verzeichnen einen Rückgang der Pro-Kopf-Ausgaben von jeweils unter 1 % (Abbildung 8).

Abb. 8: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2018, 2017 – zahnmedizinische Behandlung



5.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden die Leistungen der Privatversicherten nach den Regularien der GKV erstattet, lägen ihre Ausgaben bei 1,77 Mrd. €. Tatsächlich waren es jedoch 4,73 Mrd. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten in der Zahnmedizin betrug damit im Jahr 2018 2,95 Mrd. €. Im Vergleich zu 2017 (2,97 Mrd. €²⁷) blieb der Mehrumsatz nahezu konstant (-0,5 %). Der Mehrumsatz in der zahnmedizinischen Versorgung ist mit einem Anteil von 62,5 % der Leistungsausgaben der Privatversicherten in diesem Sektor verhältnismäßig hoch.

Insbesondere zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr und zwischen dem 61. und 83. Lebensjahr (bei Frauen) sowie bei den Männern zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr und 64. und 85. Lebensjahr ist ein hoher Mehrumsatz (über 500 € je Versicherten) erkennbar. Der Mehrumsatz ist im Alter von 7 bis 14 Jahren sowie zwischen dem 21. und 74. Lebensjahr bei den weiblichen Versicherten höher als bei den männlichen Versicherten²⁸, bei allen weiteren Altersklassen liegt der Mehrumsatz der Männer über dem der Frauen (Abbildung 9).

Der Mehrumsatz je Zahnarztpraxis lag im Jahr 2018 bei durchschnittlich 59.029 € (2017: 58.145 €²⁹).³⁰ Dies entspricht einem Anstieg je Praxis von 884 € bzw. 1,5 %.

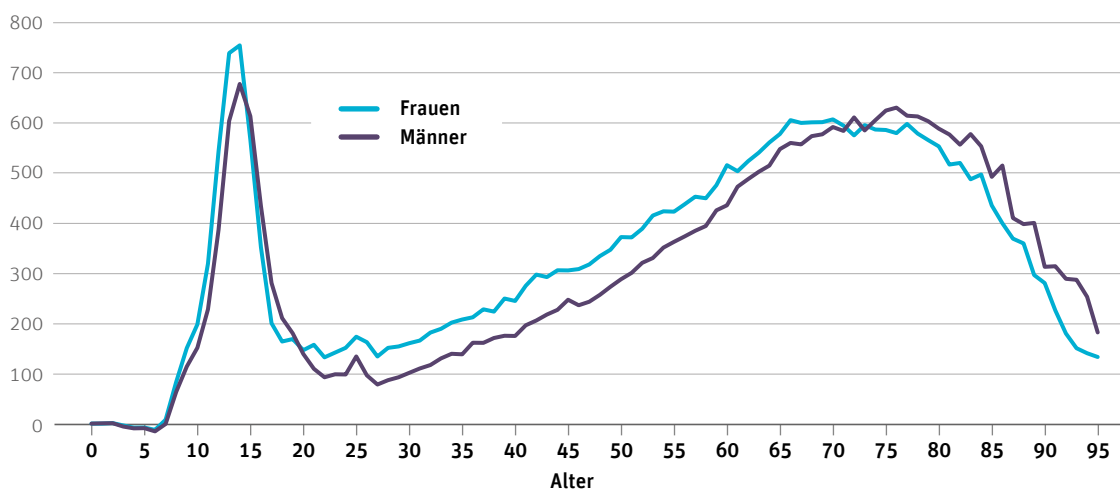
²⁷ Korrigierter Wert.

²⁸ Ausgenommen ist das Alter 72 Jahre. Dort übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer die der Frauen.

²⁹ Korrigierter Wert.

³⁰ Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 50.022 und im Jahr 2017 51.058 Zahnarztpraxen. Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2019).

Abb. 9: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2018 – 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).³¹

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. Berücksichtigt man die hohe Eigenbeteiligung der GKV-Versicherten, würde der aktuelle Mehrumsatz im zahnmedizinischen Bereich um 690 Mio. € auf 2,263 Mrd. € sinken.³²

31 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 Regelversorgung 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. Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2019a).

32 Die laufenden Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte (Eigenanteil) in der zahnärztlichen Versorgung lagen im Jahr 2017 bei 6.389 Mio. €. Da derzeit keine Daten der laufenden Gesundheitskosten der privaten Haushalte für das Jahr 2018 vorliegen, werden die Daten aus dem Jahr 2017 angewendet. Vgl. Bundeszahnärztekammer (2018, 2019).

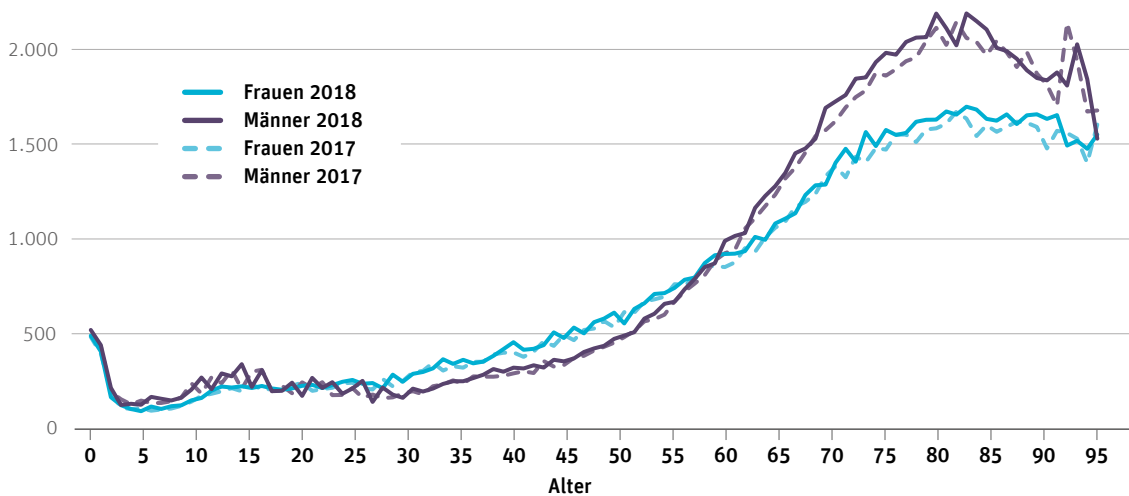
6 Arznei- und Verbandmittel

6.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Privatversicherte gaben im Jahr 2018 insgesamt 5,65 Mrd. € für Arznei- und Verbandmittel aus (+5,2 % gegenüber 2017).³³ Die Arzneimittelausgaben der GKV lagen in diesem Jahr – unter Berücksichtigung von Impfstoffen, Praxisbedarf und Eigenanteilen und unter Abzug von kassenspezifischen Rabatten – bei 39,42 Mrd. €. ³⁴ Dies entspricht einem Umsatzwachstum von 2,4 %. Der Anteil der Arzneimittelausgaben von Privatversicherten, gemessen an den PKV- und GKV-Ausgaben in diesem Sektor, beträgt 12,5 %, obwohl diese nur 10,5 % 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- und 1-jähriger sind mit über 400 € verhältnismäßig hoch. Die Ausgaben sinken bei den Jungen im Alter von 3 Jahren auf 126 € und bei den Mädchen im Alter von 5 Jahren auf 94 € herab und steigen darauffolgend mit Schwankungen auf über 2.000 € (Männer zwischen 81 und 90 Jahren) bzw. über 1.500 € (Frauen ab 79 Jahre) an. Im Jugendalter und ab einem Alter von 63 Jahren übersteigen die Leistungsausgaben der Männer die der Frauen. Die Differenz steigt dabei bis zum Lebensende an (Abbildung 10).

Abb. 10: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2018, 2017 – Arzneimittel

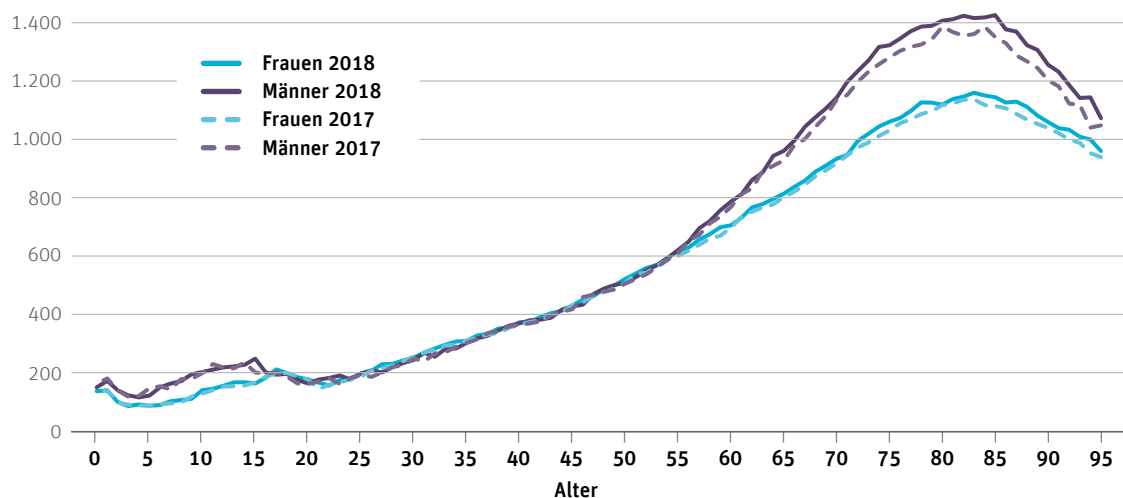


Bei gesetzlich Versicherten zeigt sich ein ähnliches Bild mit geringeren Pro-Kopf-Ausgaben. Abweichend von dem Ausgabenprofil der PKV-Versicherten gibt es bei GKV-Versicherten keine erhöhten Pro-Kopf-Ausgaben im Säuglingsalter. 3-jährige Mädchen weisen mit knapp 87 € und 4-jährige Jungen mit 116 € die niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben auf. Die Leistungsausgaben GKV-Versicherter steigen bei den Männern auf bis zu 1.426 € (im Alter von 85 Jahren) und bei den Frauen auf bis zu 1.160 € (im Alter von 83 Jahren) an.

Bis zum 17. Lebensjahr sowie ab dem 57. Lebensjahr übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Männer deutlich die der Frauen. Im Unterschied zu Privatversicherten liegen die Arzneimittelausgaben von gesetzlich versicherten Männern und Frauen zwischen dem 17. und 57. Lebensjahr auf ähnlichem Niveau. GKV-Versicherte weisen in fast allen Jahrgängen nur geringfügige Pro-Kopf-Ausgabenanstiege und -rückgänge im Vergleich zum Vorjahr auf (Abbildung 11).

³³ Korrigierter Wert (Leistungsausgaben PKV 2017: 5,37 Mrd. €).

³⁴ Vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018, 2019), Bundesministerium für Gesundheit (2018, 2019a).

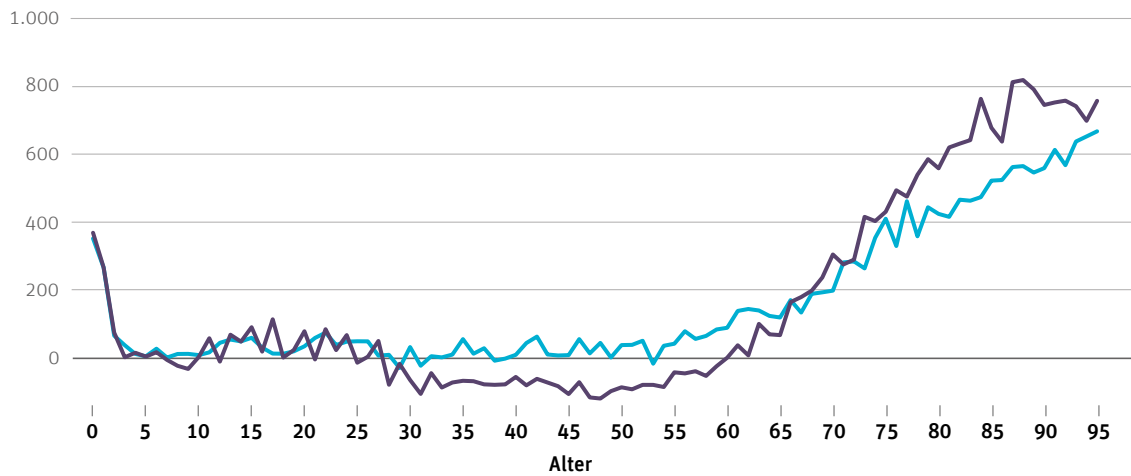
Abb. 11: Leistungsausgaben [€] je GKV-Versicherten nach Alter 2018, 2017 – Arzneimittel

6.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Wenn die Arzneimittelversorgung der Privatversicherten den gleichen Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten unterworfen wäre wie in der GKV, lägen ihre Arzneimittelausgaben im Jahr 2018 statt bei 5,65 Mrd. € bei 4,97 Mrd. €. Damit ergibt sich ein PKV-Mehrumsatz von 816 Mio. €. Im Vergleich zum Vorjahr (698 Mio. €³⁵) ist dieser um 118 Mio. € angestiegen. Im Jahr 2018 sind 14,4 % der Arzneimittelausgaben der Privatversicherten auf den Mehrumsatz zurückzuführen.

Ein deutlicher Mehrumsatz durch Privatversicherte beiderlei Geschlechts ist insbesondere in den ersten beiden Lebensjahren sowie bei den Männern ab einem Alter von 66 Jahren und bei den Frauen ab einem Alter von 61 Jahren erkennbar (über 100 €). Männliche Privatversicherte weisen in den mittleren Lebensjahren sogar gehäuft Pro-Kopf-Ausgaben unter denen der gesetzlich Versicherten auf. Bei den Frauen ist dies in vier Altersklassen der Fall (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.

35 Korrigierter Wert.

Abb. 12: Mehrumsatz [€] je Privatversicherten nach Alter 2018 – Arzneimittel

Der Mehrumsatz im Arzneimittelbereich hat seine Hauptursache in den vielfältigen Steuerungs- und Regulierungsinstrumenten in der GKV.³⁶ Zur Anwendung kommen sowohl Instrumente, die einen Preiseffekt verursachen, als auch Instrumente, die einen direkten Struktur- und Mengeneffekt auslösen. Zum Struktureffekt tragen in der PKV vor allem der höhere Anteil von neuen (teureren) Medikamenten und der größere Anteil von patentgeschützten Medikamenten (im Vergleich zu Generika) bei.³⁷ 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 hohen Anzahl von Rabattverträgen in der GKV, die weiter ansteigt.³⁸ 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 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 2018 lag das realisierte Einsparvolumen in der GKV hier bei 4,5 Mrd. € und damit 470 Mio. € höher als im Jahr 2017.³⁹ PKV-Unternehmen können zwar ebenfalls Rabattverträge mit Pharmaunternehmen abschließen, diese spielen aber aufgrund andersartiger Steuerungsmechanismen finanziell eine wesentlich geringere Rolle.⁴⁰ Hinzu kommt, dass Privatversicherte einen schnelleren Zugang zu neuen – meist teuren – Medikamenten erhalten als gesetzlich Versicherte.

36 Für eine Übersicht siehe Wild (2015).

37 Vgl. Wild (2016b), Jacke/Hagemeyer/Wild (2018, 2019).

38 Vgl. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (2019).

39 Vgl. Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018, 2019).

40 Vgl. Wild (2015).

7 Heilmittel

7.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die Heilmittelausgaben der Privatversicherten lagen im Jahr 2018 bei 1,77 Mrd. € (+4,1 % gegenüber 2017).⁴¹ Dies entspricht 5,0 % aller Leistungsausgaben der Privatversicherten. Der PKV-Marktanteil an allen Heilmittelausgaben (privat und gesetzlich Versicherte) liegt bei 18,9 % und somit deutlich über dem Versichertenanteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung (10,5 %).

Die GKV-Ausgaben sind mit 15,5 % deutlich stärker angestiegen als die PKV-Ausgaben (+4,1%) und liegen im Jahr 2018 bei 7,58 Mrd. €. Eine mögliche Ursache für den Anstieg der Leistungsausgaben in der GKV ist das Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) im April 2017 mit dem Ziel, die Heil- und Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Hierzu wurden grundlegende Änderungen wirksam, wie beispielsweise die Aufwertung der Löhne für Heilmittelerbringer durch steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen sowie die Stärkung der Qualität der Hilfsmittel (§ 139 SGB V). Mit dem Modellvorhaben zu Blankoverordnungen erhalten Heilmittelerbringer mehr Verantwortung in der Versorgung. Dabei können Heilmittelerbringer bei einer Verordnung eines Heilmittels durch einen Arzt frei über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen (§ 64d SGB V). Zudem wurde der GKV-Spitzenverband bis Ende 2018 dazu verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis grundlegend zu aktualisieren.⁴²

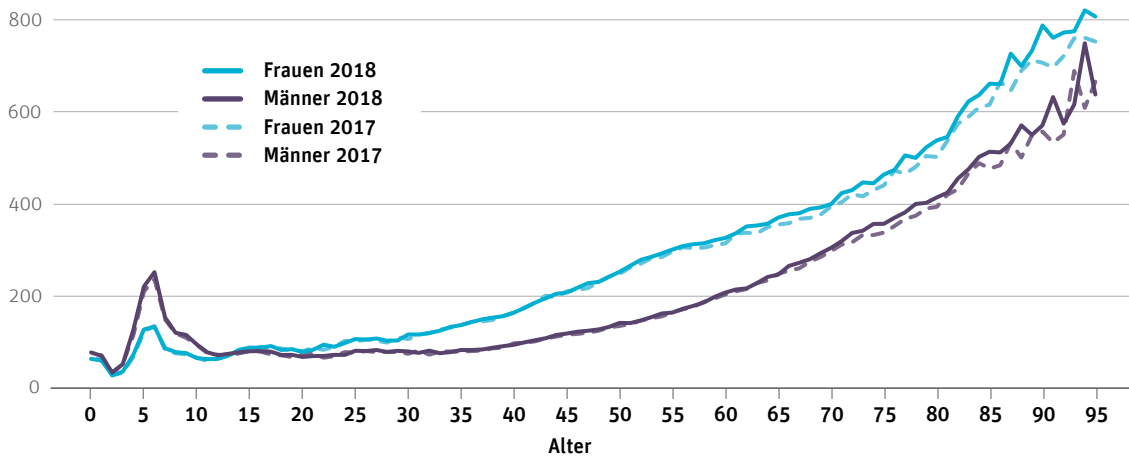
Die Ausgaben der Privatversicherten für Heilmittel sind geschlechts- und altersabhängig. Im Allgemeinen nehmen die Heilmittelausgaben bei beiderlei Geschlecht – ausgenommen das Kindesalter – mit steigendem Alter zu. Im Kindesalter haben 6-Jährige die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben. Dabei liegen diese bei den Jungen (251 €) deutlich über denen der Mädchen (132 €). Die Pro-Kopf-Ausgaben privatversicherter Frauen steigen ab einem Alter von 31 Jahren (115 €) und die der Männer ab einem Alter von 33 Jahren (74 €) bis ins hohe Alter an und erreichen Höchstwerte von 820 € (94-jährige Frauen) bzw. 748 € (94-jährige Männer). Ab einem Alter von 14 Jahren liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Frauen über denen der Männer. Pro-Kopf-Ausgaben von über 100 € sind ab einem Alter von 25 Jahren (Frauen) bzw. 42 Jahren (Männer) und bei 5- bis 6-jährigen Mädchen und 4- bis 9-jährigen Jungen vorhanden.

Die vergleichsweise hohen Ausgaben im Kindesalter (Jungen: 250,58 €; Mädchen: 132,14 €) 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.

Über alle Altersklassen verteilt sind sowohl geringe Leistungsanstiege als auch Leistungsrückgänge im Vergleich zum Vorjahr ersichtlich. Höhere relative Rückgänge sind bei den 32-jährigen Männern und bei den 22-jährigen Frauen sowie bei Hochbetagten beiderlei Geschlechts (Rückgang von über 10 %) vorhanden (Abbildung 13).

41 Korrigierter Wert (Leistungsausgaben PKV 2017: 1,70 Mrd. €).

42 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2017).

Abb. 13: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2018, 2017 – 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 deren Ausgaben nicht bei 1,77 Mrd. €, sondern nur bei 855,90 Mio. €. Der Mehrumsatz der Privatversicherten lag damit im Jahr 2018 bei 914,58 Mio. € (2017: 958,23 Mio. €⁴³) und ist demnach gegenüber dem Vorjahr um 4,6 % zurückgegangen. Ursächlich für diesen Rückgang können die gesetzlichen Änderungen in der GKV zum April 2017 (HHVG) sein. Der hohe Anteil des Mehrumsatzes an den gesamten Heilmittelausgaben der Privatversicherten (51,7 %) ist dennoch weiterhin ein Hinweis auf die hohe Regulierungsdichte in der GKV im Heilmittelbereich.

Im Jahr 2018 lag der Mehrumsatz durch Privatversicherte je Heilmittelerbringer im Schnitt bei 13.572 € (2017 bei: 14.239 €⁴⁴).⁴⁵

43 Korrigierter Wert.

44 2017: Korrigierter Wert.

45 2018: 67.386 Heilmittelerbringer, 2017: 67.295 Heilmittelerbringer. Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (2018, 2019).

8 Hilfsmittel

8.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

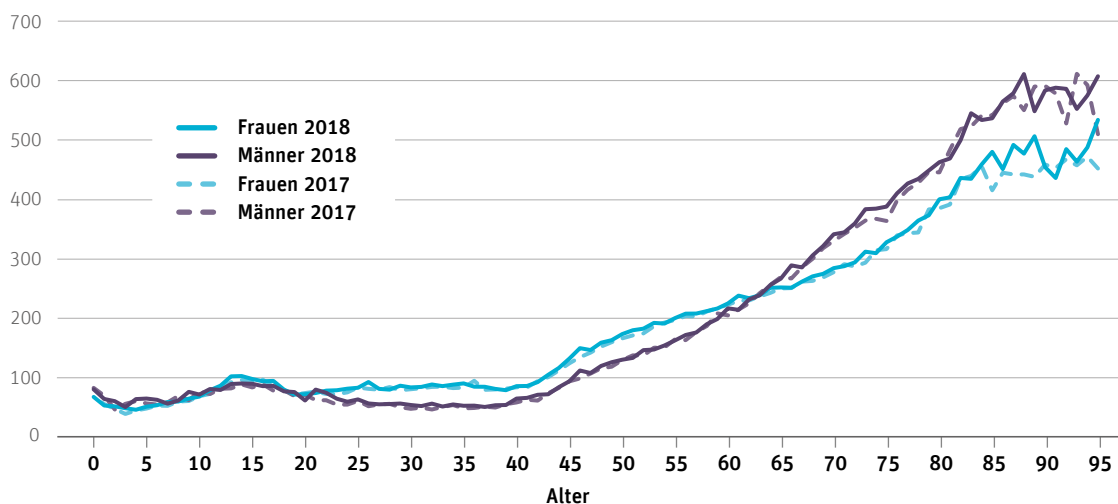
Die Leistungsausgaben der Privatversicherten für Hilfsmittel betragen im Jahr 2018 1,48 Mrd. €. Dies entspricht 4,2 % aller hier betrachteten Leistungsausgaben in der PKV. Gegenüber dem Jahr 2017 haben sich die Leistungsausgaben in der PKV um 4,1 % erhöht.⁴⁶ In der GKV sind die Ausgaben für Hilfsmittel von 2017 auf 2018 in ähnlichem Maße um 4,6 % auf 8,44 Mrd. € angestiegen.

14,9 % aller Hilfsmittelausgaben im deutschen Gesundheitssystem sind Privatversicherten zuzurechnen. Damit liegt der PKV-Marktanteil bei Hilfsmitteln über dem Anteil der Privatversicherten (10,5 %) an der Gesamtbevölkerung.

Von der Geburt bis ins mittlere Alter liegen die Pro-Kopf-Ausgaben beiderlei Geschlechts 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 610 € (88 Jahre) und bei den weiblichen Versicherten auf bis zu 533 € (95 Jahre) (mit geringen Schwankungen) an. Privatversicherte Männer haben zwischen dem 23. und 64. Lebensjahr geringere und ab dem 65. Lebensjahr höhere Pro-Kopf-Ausgaben als privatversicherte Frauen (Abbildung 14).

Relative Anstiege und Rückgänge der Pro-Kopf-Ausgaben im Beobachtungszeitraum (2017-2018) liegen überwiegend unter 10 % je Altersklasse. Vereinzelt sind Rückgänge von über 10 % vorhanden.⁴⁷

Abb. 14: Leistungsausgaben [€] je Privatversicherten nach Alter 2018, 2017 – Hilfsmittel



⁴⁶ Korrigierter Wert (Leistungsausgaben PKV 2017: 1,42 Mrd. €).

⁴⁷ 20-jährige Männer und 36-jährige Frauen verzeichnen zudem einen Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben von über 10 %.

8.2 Mehrumsatz der Privatversicherten

Würden Privatversicherte nach den Vorgaben und Regulierungen wie in der GKV Hilfsmittel erhalten, lägen ihre Ausgaben bei 1,02 Mrd. €. Stellt man diesen Betrag den tatsächlichen Ausgaben (1,48 Mrd. €) gegenüber, ergibt sich ein Mehrumsatz in Höhe von 461 Mio. €. Im Vergleich zum Vorjahr (455 Mio. €)⁴⁸ ist dieser um 1,2 % angestiegen. 31,1 % der Ausgaben von Privatversicherten im Hilfsmittelbereich sind als Mehrumsatz zu sehen.

48 Korrigierter Wert.

9 Leistungsausgaben und Mehrumsatz im Zeitverlauf

9.1 Ausgaben der Privatversicherten und der gesetzlich Versicherten

Die betrachteten Leistungsausgaben der Privatversicherten lagen im Jahr 2018 bei insgesamt 35,54 Mrd. € und die der GKV bei 187,44 Mrd. €. ⁴⁹ Wie auch in den Vorjahren entfällt der größte Teil der Leistungsausgaben der Privatversicherten (11,42 Mrd. € von insgesamt 35,54 Mrd. €) auf die ambulante ärztliche Versorgung. Bei GKV-Versicherten hingegen ist der stationäre Sektor der ausgabenreichste Bereich. Dieser befindet sich bei den PKV-Versicherten auf Rang 2.

Tabelle 1: Leistungsausgaben privat und gesetzlich Versicherter und PKV-Marktanteil im Jahr 2018

Bereich	Ausgaben 2018 [Mrd. €]		Marktanteil PKV [%]
	Privatversicherte	gesetzlich Versicherte	
Ambulante ärztliche Versorgung	11,42	39,42	22,5
Stationäre Versorgung	10,07	77,16	11,5
Zahnmedizinische Versorgung	4,73	14,49	24,6
Arznei- und Verbandmittel	5,65	39,42	12,5
Heilmittel	1,77	7,58	18,9
Hilfsmittel	1,48	8,44	14,9
Sonstige	0,42	0,93	31,1
Gesamt	35,54	187,44	15,9

Quelle: Interne Berechnungen, Bundesministerium für Gesundheit (2019a, 2020), Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2019).

Der Anteil der Ausgaben durch Privatversicherte, gemessen an den GKV- und PKV-Ausgaben insgesamt, übersteigt in allen Sektoren den Bevölkerungsanteil der Privatversicherten (10,5 %). Insbesondere die zahnmedizinische Versorgung (24,6 %), die ambulante ärztliche Versorgung (22,5 %) und die Heilmittelversorgung (18,9 %) weisen überproportional hohe PKV-Marktanteile auf (Tabelle 1).⁵⁰

Die Leistungsausgaben der Privatversicherten stiegen im Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr insgesamt um 3,5 % an und damit im gleichen Maße wie in der GKV (+3,5 %). Ein deutlicher Unterschied ist im Bereich der Heilmittel zu erkennen; dort liegt der Anstieg der Leistungsausgaben in der GKV mit 15,5 % deutlich über dem der PKV (+4,1 %). In der zahnärztlichen Versorgung haben sich die Leistungsausgaben in der GKV um 2,9 % erhöht, während diese in der PKV nahezu konstant geblieben sind (+0,6 %) (Tabelle 2).

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Der Leistungsbereich ‚Sonstige‘ (Heilpraktiker- und Kurleistungen) wird aufgrund der geringen Ausgaben nicht näher betrachtet.

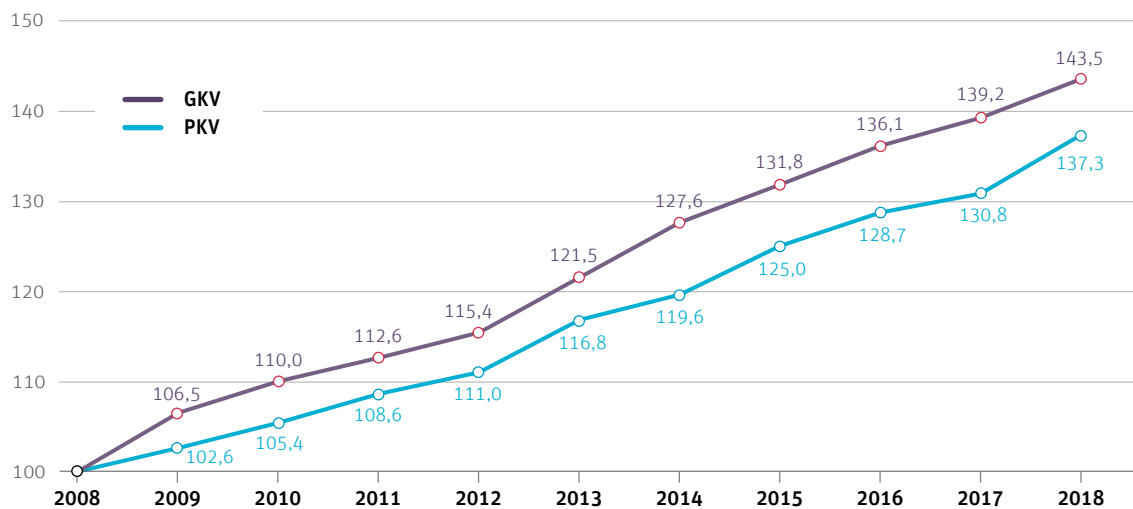
Tabelle 2: Veränderung der Leistungsausgaben [%] in der PKV und GKV (2017-2018)

Bereich	PKV	GKV
Ambulante ärztliche Versorgung	3,2	3,5
Stationärer Bereich	4,3	3,0
Zahnmedizinischer Bereich	0,6	2,9
Arznei- und Verbandmittel	5,2	2,4
Heilmittel	4,1	15,5
Hilfsmittel	4,1	4,6
Sonstige (Heilpraktiker und Kurleistungen)	3,1	6,9
Gesamt	3,5	3,5

Quelle: Interne Berechnungen, Bundesministerium für Gesundheit (2019a, 2020), Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2019).

9.2 Ausgaben der GKV und PKV im Zeitverlauf (2008-2018)

Die Ausgaben der Versicherungsunternehmen je PKV-Versicherten stiegen in den letzten zehn Jahren um 37,3 % an, während die GKV im selben Zeitraum ein deutlich höheres Ausgabenwachstum je Versicherten aufweist (+43,5 %) (Abbildung 15).⁵¹

Abb. 15: Ausgaben je GKV- und PKV-Versicherten indexiert (2008=100), 2008-2018

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2020), PKV-Verband (2009-2019).

⁵¹ Abweichend von den bisherigen Berechnungen werden in diesem Kapitel Berechnungen auf Grundlage von Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (2020) und des PKV-Verbands (2009-2019) durchgeführt.

9.3 Mehrumsatz der Privatversicherten

Im Jahr 2018 lag der Mehrumsatz bei 12,066 Mrd. €. Den größten Mehrumsatz verursacht die ambulante ärztliche Versorgung (6,136 Mrd. €), gefolgt von dem Mehrumsatz durch die zahnärztliche Versorgung.⁵²

Der Mehrumsatz der Privatversicherten ist im Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr fast in allen Bereichen angestiegen. Ein geringfügiger Rückgang des Mehrumsatzes ist im zahnmedizinischen Sektor und im Bereich der Heilmittel zu erkennen. Ursächlich für den Rückgang im Bereich der Heilmittel ist der hohe Leistungsausgabenanstieg (+15,5 %) in der GKV aufgrund der Auswirkungen gesetzlicher Regelungen (HHVG) im Jahr 2017 (Tabelle 3).

Tabelle 3: PKV-Mehrumsatz 2018 und 2017

Bereich	Mehrumsatz der Privatversicherten [Mrd. €]	
	2018	2017
Ambulante ärztliche Versorgung	6,136	5,961
Stationäre Versorgung	0,369	0,349
Zahnmedizinische Versorgung	2,953	2,969
Arznei- und Verbandmittel	0,816	0,698
Heilmittel	0,915	0,958
Hilfsmittel	0,461	0,455
Sonstige	0,417	0,404
Gesamt	12,066	11,795

Quelle: Interne Berechnungen; Bundesministerium für Gesundheit (2018, 2019a), Schwabe/Paffrath/Ludwig/Klauber (2018, 2019), Bundesamt für Soziale Sicherung (2019), Bundesversicherungsamt (2018).

Werden die Leistungsausgaben von privat Krankenvollversicherten durch Wahlleistungen betrachtet, so entsteht in der stationären Versorgung ein deutlich größerer Mehrumsatz (in Höhe von 2,019 Mrd. €). Dieser Mehrumsatz entspricht 20 % der Leistungsausgaben der Privatversicherten im stationären Versorgungssektor.

⁵² Im Vergleich zur Vorjahresstudie (Hagemeister/Wild (2019)) wurden die Berechnungen mit neuen Daten aktualisiert. Folglich ändert sich der Mehrumsatz für 2017.

10 Fazit

Privatversicherte spielen für alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle.

Der Mehrumsatz der Privatversicherten (also die zusätzlichen Umsätze im Vergleich zu einer Abrechnung der gleichen Patienten als GKV-Versicherte) ermöglicht Investitionen in die medizinische Infrastruktur und in die Einstellung von medizinischem Fachpersonal, die der gesamten Bevölkerung Deutschlands zugutekommen. Die im internationalen Vergleich sehr gute Ausstattung und Struktur des deutschen Gesundheitswesens ist eine wichtige Voraussetzung dafür gewesen, dass Deutschland die Corona-Krise bisher vergleichsweise gut bewältigt hat.⁵³

Der Mehrumsatz durch Privatversicherte lag im Jahr 2018 bei 12,066 Mrd. €. Dieser fällt vermutlich sogar noch höher aus, da die nicht zur Erstattung eingereichten Rechnungen der Privatversicherten (weil sie entweder Selbstbeteiligungen oder Beitragsrückerstattungen bei Nichteinreichen von Rechnungen vereinbart haben) nicht in die Auswertung einfließen. Der Mehrumsatz ist eine Folge von Preis-, Mengen-, Struktur- und Alterseffekten. Der größte Teil des Mehrumsatzes entfiel im Jahr 2018 – wie bereits in den Vorjahren – auf den ambulant ärztlichen Sektor (6,14 Mrd. €, +2,9 % gegenüber dem Vorjahr). Die ambulante Versorgung ist zudem in der PKV der umsatzstärkste Sektor, wohingegen in der GKV die stationäre Versorgung die höchsten Leistungsausgaben verursacht.

Im 10-Jahreszeitraum (2008-2018) stiegen die Leistungsausgaben je Versicherten in der GKV um 43,5 % und damit deutlich mehr als in der PKV (+37,3 %).

Der Ausgabenanteil der Privatversicherten je Sektor, gemessen an den GKV- und PKV-Ausgaben je Versorgungsbereich, übersteigt in allen Sektoren den Bevölkerungsanteil der Privatversicherten (10,5 %). Eine besonders große Bedeutung zeigt sich weiterhin im ambulanten und zahnmedizinischen Sektor. Hier entfallen 22,5 % der PKV- und GKV-Einnahmen der niedergelassenen Ärzte und 24,6 % der Einnahmen der Zahnärzte auf Privatversicherte.

53 Vgl. Arentz/Wild (2020).

Quellenverzeichnis

Arentz, C.; Wild, F. (2020), Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Bundesamt für Soziale Sicherung (2019), GKV-Ausgabenprofil nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2018 (Stand: 15.01.2019). Verfügbar unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/> (08.07.2020).

Bundesärztekammer (BÄK) (2018), Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen (Stand: 31.12.2018). Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/StatTab08.pdf (13.07.2020).

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).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020), Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2007 bis 2020 (Stand: März 2020). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/KF2020Bund_Maerz_2020.pdf (08.07.2020).

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).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019a), Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse. 1.-4. Quartal 2018 (Stand: 18. März 2019). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2018.pdf (10.07.2020).

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) (2017) Pressemitteilung, Bundestag berät Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/hhvg.html> (21.07.2020).

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) (2019), Der Arzneimittelmarkt in Deutschland 2018 – Zahlen und Fakten, Berlin. Verfügbar unter: https://www.bah-bonn.de/bah/?type=565&file=redakteur_filesystem%2Fpublic%2FBah_Zahlenbroschuer_042019_WEB.pdf (03.07.2020).

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2019), Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 2018/2019, Berlin.

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

Jacke, C. O.; Hagemester S.; Wild, F. (2019), Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019, Zahlen, Analysen, GKV-PKV-Vergleich, Wissenschaftlichen Institut der PKV, Köln.

- 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.** (2019), Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2019, Wissenschaftlichen Instituts 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)** (2019), Jahrbuch 2019, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung einschließlich GOZ-Analyse. Verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2019.media.381dcb7f99745a1edf1e2c179a5624b3.pdf> (13.07.2020).
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)** (2019a), Festzuschuss-Richtlinie, Stand 01.01.2020. Verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/festzuschuesse-fuer-zahnersatz.90.de.html> (13.07.2020).
- Niehaus, F.** (2015), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 2/15, 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.** (2010), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2008, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 5/10, Köln.
- Niehaus, F.** (2009), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 8/09, Köln.
- Niehaus, F.** (2007), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 9/07, Köln.
- Niehaus, F.** (2006b), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2005, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 10/06, Köln.
- Niehaus, F.** (2006a), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2004, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 1/06, Köln.
- Niehaus, F.; Weber, C.** (2005), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Statistisches Bundesamt** (2020), 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> (08.07.2020).
- Schwabe, U.; Paffrath, D.; Ludwig, W.-D.; Klauber, J.** (2019), Arzneiverordnungs-Report 2019, Springer-Verlag, Berlin.
- Schwabe, U.; Paffrath, D.; Ludwig, W.-D.; Klauber, J.** (2018), Arzneiverordnungs-Report 2018, Springer-Verlag, Berlin.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2019), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2018, Köln.
- Verband der Privaten Krankenversicherung** (2018), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2017), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016, Köln.

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

Verband der Privaten Krankenversicherung (2015), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2014), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2013), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2012), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2011), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2010), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010, Köln.

Verband der Privaten Krankenversicherung (2009), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009, 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. (2016b), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – 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. (2015), Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO) (Hrsg.) (2019), Heilmittelbericht 2019, Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie, Berlin. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf (13.07.2020).

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).

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2010, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

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 Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeyer, 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

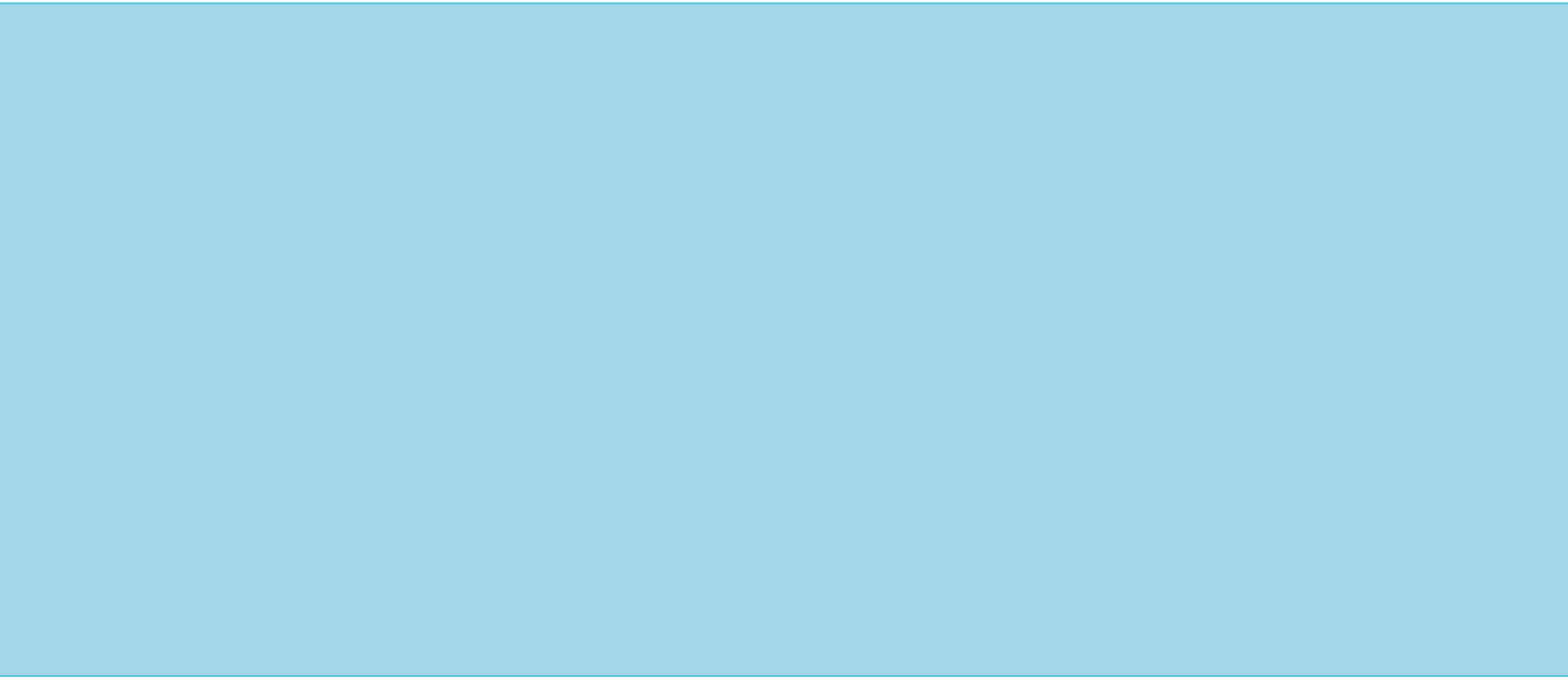
Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Frank Wild

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