

Niehaus, Frank; Weber, Christian

Research Report

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen

WIP-Analyse, No. September 2005

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Niehaus, Frank; Weber, Christian (2005) : Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen, WIP-Analyse, No. September 2005, ISBN 3-9810070-3-4, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273183>

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.

**Der überproportionale
Finanzierungsbeitrag privat
versicherter Patienten
zum Gesundheitswesen**

Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Bayenthalgürtel 40 · 50968 Köln

Telefon 0221 / 3 76 62-56 30 · Telefax 0221 / 3 76 62-56 56

E-Mail: wip@pkv.de

Köln, im September 2005

ISBN 3-9810070-3-4

Vorwort

Privat versicherte Patienten müssen für die meisten Gesundheitsleistungen mehr Geld bezahlen als die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten. Besonders auffällig ist dies beim Arztbesuch oder auch in der Apotheke, wo nur der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Rabatte gewährt werden.

Die vorliegende Untersuchung ermittelt erstmalig aus dem Vergleich der altersspezifischen Leistungsausgaben beider Versicherten- gruppen über alle gesundheitlichen Bereiche hinweg, wie hoch die Differenz ist. Damit wird ein so genannter Mehrumsatz ermittelt, der von knapp 10 % der Bevölkerung, die in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, aufgebracht wird. Dieser Mehrumsatz steht dem Gesundheitssystem zusätzlich zur Verfügung. Im Jahr 2003 betrug er 8,531 Mrd. €. Dabei ist ein kontinuierlicher Anstieg zu den Vorjahren festzustellen.

Es wird dargestellt, wie sich der Mehrumsatz auf die einzelnen gesundheitlichen Leistungsbereiche aufteilt. Besondere Bedeutung haben hier die Arzthonorare mit einem Mehrumsatz von 3,66 Mrd. €.

Hinter dem Mehrumsatz stehen sowohl Preis- als auch Struktureffekte, die, wo immer es möglich ist, näher aufgeschlüsselt werden.

Dass die GKV für ihre Versicherten niedrigere Preise als die PKV-Versicherten bezahlen muss, hat historisch auch mit dem Konzept der Schutzbedürftigkeit zu tun. Für sozial Schutzbedürftige muss es auch sozial adäquate Preise geben; andere Personengruppen müssen dann naturgemäß höhere Preise bezahlen.

Der Mehrumsatz im Gesundheitswesen kann deshalb auch als eine Art Ausgleich zugunsten des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit angesehen werden. Daher beschäftigt sich die Untersuchung auch mit der Frage, wie die Effizienz des Mehrumsatzes im Vergleich zur des Öfteren erhobenen Forderung der Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich zu sehen ist.

Wer den Mehrumsatz bewertet, sollte nicht verkennen, dass die PKV-Unternehmen mit 427 Mio. € (2003) zusätzlich einen nicht unbeträchtlichen öffentlichen Beitrag durch ihre Steuerzahlungen leisten.

Köln, September 2005

Inhaltsverzeichnis

1. Untersuchungsgegenstand	9
2. Der Effekt der Quersubvention	11
2.1. Zum Begriff Quersubvention	11
2.2. Quersubvention in der Dualität von PKV und GKV	12
2.3. Begriffliche Operationalisierung	14
2.3.1. Der Preiseffekt	14
2.3.2. Der Struktureffekt	16
2.3.3. Der Mehrumsatzeffekt	17
3. Methodischer Ansatz	22
3.1. Die Anzahl der Versicherten in der PKV	23
3.2. Leistungsausgaben in der PKV	26
3.2.1. Kopfschadenstatistik der PKV	26
3.2.2. Auswirkungen von Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen	30
3.2.3. Weitere methodische Verzerrungswirkungen	32
3.2.4. Quantitative Dimension der Leistungsausgaben in der PKV	34
3.3. Leistungsausgaben pro Kopf in der GKV	36
3.3.1. Der Risikostrukturausgleich (RSA)	36
3.3.2. Der Risikostrukturausgleich als Datenquelle	37
3.3.3. Quantitative Dimension der Leistungsausgaben in der GKV	40
4. Gesamtanalyse	43
4.1. Gesamtvergleich	44
4.2. Vergleich der Ausgaben in beiden Systemen	45
4.3. Vergleich je Versicherten	47
4.4. Die Auswirkungen des Alterungseffekts in der PKV	49

5. Sektorspezifische Analyse	56
5.1. Ambulanter Bereich	58
5.1.1. Strukturelle Unterschiede in der Leistungs- beschaffung zwischen PKV und GKV	58
5.1.1.1. Vergütung der ärztlichen Leistung	58
5.1.1.2. Arzneimittelmarkt	69
5.1.1.3. Heil- und Hilfsmittel	73
5.1.2. Empirische Befunde für den ambulanten Bereich insgesamt	75
<i>Exkurs:</i> <i>Sonstige Leistungsausgaben</i>	77
5.1.3. Empirische Befunde für den Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	86
<i>Exkurs:</i> <i>Rabatte in der GKV im Arzneimittelbereich</i>	92
5.1.4. Empirische Befunde für den ambulanten Bereich ohne Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (Arzthonorare)	93
5.2. Zahnmedizinischer Bereich	97
5.2.1. Strukturelle Unterschiede in der Leistungs- beschaffung zwischen PKV und GKV	97
5.2.2. Empirische Befunde	100
5.3. Stationärer Bereich	105
5.3.1. Strukturelle Unterschiede in der Leistungs- beschaffung zwischen PKV und GKV	105
5.3.1.1. Allgemeine Krankenhausleistungen	105
5.3.1.2. Wahlärztliche Behandlung	107
5.3.1.3. Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft	112
<i>Exkurs:</i> <i>Stationäre Zusatzversicherung</i>	115
5.3.2. Empirische Befunde	116
6. Überlegungen zur Wirkung des Mehrumsatzeffektes	127
6.1. Der Mehrumsatzeffekt als gewollter Systemausgleich	127
6.2. Der Mehrumsatzeffekt als Effekt zur Förderung des Gesundheitssystems und/oder als Einkommenseffekt	129

6.3.	Ursprünge des Mehrumsatzeffektes	130
6.4.	Mehrumsatzeffekt versus Einbeziehung in den Risiko- strukturausgleich	132
7.	Fazit	139
	Anhang	141
	Literaturverzeichnis	146
	Abkürzungsverzeichnis	149

1. Untersuchungsgegenstand

Das deutsche Gesundheitssystem besteht aus den beiden Systemen private Krankenversicherung (PKV) und gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die beiden Systeme unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihres Versichertenkollektivs, ihrer Kalkulationsprinzipien für die Höhe der Beiträge, ihres jeweils versicherten Leistungsumfangs sowie hinsichtlich der Beschaffungsbedingungen für Gesundheitsleistungen. In der vorliegenden Untersuchung werden die Beschaffungsbedingungen näher untersucht.

PKV-Versicherte haben oft für die gleichen Leistungen deutlich höhere Preise zu zahlen als die GKV für Kassenpatienten. Historisch findet dies unter anderem seinen Grund darin, dass die GKV als eine sozialpolitische Veranstaltung für Schutzbedürftige aus sozialen Gründen für ihre Versicherten besonders vergünstigte Bedingungen der Leistungsbeschaffung vorfinden muss. Am freien Markt bestehen demgegenüber höhere Preise, mit denen die Preisvergünstigungen im anderen System ausgeglichen werden (sollen).

Die reale Entwicklung entspricht jedoch keineswegs diesen idealen Begründungszusammenhängen. Wie immer weist die Geschichte vielfältige Brüche und Inkonsistenzen auf. Weder findet der PKV-Versicherte heute einen freien Markt vor; der Markt ist – im Gegenteil – in weiten Bereichen notwendigerweise, z.B. durch staatliche Gebührenordnungen und Preisbildungsvorschriften, geregelt. Noch bestimmt sich die Preisbildung im GKV-Bereich vor allem nach sozialen Kriterien. Auch ist ein Leistungsvergleich zwischen PKV- und GKV-Versicherten nicht ohne weiteres möglich, weil es in weiten Bereichen beträchtliche Unterschiede im Umfang, in der Struktur und in der Qualität der beanspruchten Leistungen gibt.

Wenn die Bedingungen der Leistungsbeschaffung für beide Systeme hier dennoch verglichen werden sollen, dann deshalb, weil ein enges Geflecht für die Leistungsbezieher, die für beide Systeme Leistungen zu unterschiedlichen Bedingungen abgeben, nicht geleugnet wer-

den kann. Für die Praxis eines niedergelassenen Arztes ist die Behandlung von Privatpatienten beispielsweise eine wichtige ökonomische Existenzgrundlage. Ein erheblicher Prozentsatz der Umsätze eines Krankenhauses wird durch gesonderte Leistungen für Privatpatienten erzielt. Diese Umsätze sind wiederum eine wichtige Grundlage sowohl für die Finanzierung der allgemeinen Betriebskosten als auch für die Finanzierung von Investitionen.

Im Folgenden wird die Verflechtung beider Systeme auf der Seite der Leistungsausgaben einer näheren Untersuchung unterzogen. Dabei gilt die Ausgangsthese, dass höhere Bezahlungen in einem System implizit dem anderen System zugute kommen, weil dies unmittelbaren Einfluss auf die Beschaffungsbedingungen des anderen Systems hat. So ist u.a. auch die ökonomische Ausgangssituation der Ärzteschaft Grundlage von Vergütungsvereinbarungen zwischen GKV und Ärzteschaft. Da diese auch durch die Behandlung von PKV-Versicherten determiniert wird, ist die Finanzsituation aus der Privatpraxis ein bestimmender Faktor für die Vergütungsverhandlungen mit der GKV.

Zunächst gilt es, die höheren Bezahlungen in ihrer quantitativen Dimension abzuschätzen. Sodann sind die Effekte in den einzelnen Leistungsausgabenbereichen darzustellen und zu analysieren.

2. Der Effekt der Quersubvention

2.1. Zum Begriff Quersubvention

Es gibt keine eindeutige Begriffsdefinition. Dies gilt sowohl für den Begriff der Quersubvention als auch für den Begriff der Subvention selbst.

Der Begriff Subvention leitet sich vom lateinischen Wort *subvenire* ab, welches zu Hilfe kommen oder beistehen bedeutet. In einer allgemeinen Begriffsdefinition werden unter Subvention im weitesten Sinne Finanzhilfen des Staates oder Steuervergünstigungen verstanden. Oft wird noch hinzugefügt, dass mit der Subvention kein Anspruch auf Gegenleistung verbunden ist.¹

Der Begriff der Quersubvention bezieht sich in der Volkswirtschaftslehre in der Regel auf Beziehungen innerhalb eines Unternehmens. Er wird dann benutzt, wenn ein Teil eines Unternehmens einen anderen Teil unterstützt. Quersubventionierung wird traditionell über das Verhältnis vom Preis eines Gutes zu dessen Grenzkosten bei der Produktion definiert. Liegt der Preis unter den Grenzkosten, kann ein Gut oder eine Dienstleistung nicht gewinnbringend verkauft werden. Bei der Produktion verursacht ein Gut mehr (Grenz)-Kosten als es als Preis einbringt. Wird es dennoch produziert und verkauft, müssen andere Bereiche des Unternehmens die Differenz quersubventionieren.²

Die Quersubvention, wie sie in der vorliegenden Untersuchung verstanden wird, lehnt an diese Definition an und überträgt sie von ei-

¹ Im Subventionsbericht der Bundesregierung, der seit dem Stabilitäts- und Wachstumsgesetz (StWG) von 1967 alle zwei Jahre vorgelegt wird, wird eine Abgrenzung des Subventionsbegriffes dargestellt, wie ihn die Bundesregierung verwendet. Andere Institutionen verwenden auch abweichende Definitionen. Siehe: Achtzehnter Subventionsbericht der Bundesregierung, S. 127-128.

² In einer enger gefassten Definition wird erst von Subvention gesprochen, wenn der Erlös nicht die inkrementalen Kosten deckt.

nem Unternehmen auf das Gesundheitssystem. Quersubvention ist in dieser Untersuchung also das Ergebnis einer Angebotsdifferenzierung, beispielsweise in Form einer Preisdifferenzierung. Wenn von zwei Nachfragern A und B, z.B. einer das Angebot zum Preis von X und einer zum Preis von Y erhält und Y über X liegt, dann würde eine Quersubventionierung vorliegen, wenn X nur möglich ist, indem Teile der Kosten durch den höheren Y-Preis finanziert werden. A erhält die Leistung nur deshalb zum Preis von X, weil B den höheren Preis Y bezahlt. Zwischen A und B liegt dann ein Quersubventionstatbestand vor.

2.2. Quersubvention in der Dualität von PKV und GKV

GKV- und PKV-Versicherte finden gleiche Märkte für Gesundheitsleistungen vor, aber in der Regel zu unterschiedlichen Bedingungen. PKV- und GKV-Versicherte werden von denselben Ärzten und Krankenhäusern behandelt. Ihnen stehen prinzipiell die gleichen Medikamente zur Verfügung.

Es gibt lediglich eine sehr begrenzte Zahl von reinen Privatärzten, die ausschließlich PKV-Versicherte behandeln. Da eine Förderung dieses reinen Privatmarktes zu keinem Zeitpunkt stattgefunden hat, – weder durch die Politik noch durch die privaten Krankenversicherungen – ist der Marktanteil so unbedeutend geblieben, dass er im Folgenden vernachlässigt werden kann. Das Gleiche gilt für den Krankenhausbereich.

Die Unterschiede für den GKV- und PKV-Nachfrager ergeben sich vor allem auf der Beschaffungsseite durch das Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip. Damit sind zwei unterschiedliche Regelwerke beschrieben. Quersubvention findet vor allem dann statt, wenn das eine Regelwerk auf die Existenz des anderen Regelwerks angewiesen ist.

Das für die GKV geltende Sachleistungsprinzip beschreibt rechtlich ein Vertragsverhältnis zwischen den Leistungsanbietern und der GKV, bei der die Bedingungen – also z.B. die Preise – der Leistungserbrin-

gung festgelegt werden. Es finden mit Ausnahme von etwaigen Zuzahlungen keine Zahlungen zwischen den Leistungserbringern und den Patienten statt. Ein Zahlungsstrom besteht hingegen zwischen der GKV und den Leistungserbringern.

Das für die PKV geltende Kostenerstattungsprinzip beschreibt rechtlich ein Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Leistungserbringer. Zwischen beiden erfolgt auch in der Regel der Zahlungsstrom. Der Patient hat als Versicherter einen Erstattungsanspruch gegenüber seiner Versicherung im Umfang des abgeschlossenen Tarifs nach Maßgaben der vorgelegten Rechnung. Direktzahlungen zwischen Leistungserbringer und Versicherung sind zur Vereinfachung der Zahlungsströme möglich,³ sie ändern jedoch nichts an den grundlegenden rechtlichen Verhältnissen.

Die Preise für die Gesundheitsleistungen unterliegen regelmäßig nicht dem Einfluss der PKV, sondern sie bilden sich entweder am Markt oder es gibt staatliche Preisbildungsvorschriften.

Grundsätzlich führt ein Nebeneinander der Sachleistung für die GKV und der Kostenerstattung für die PKV zunächst nicht dazu, dass sich ein System von Quersubventionierungen zwischen beiden Bereichen entwickeln muss. Maßgeblich sind vielmehr die Rahmenbedingungen für beide Bereiche, die in weiten Teilen in Deutschland jeweils regulierte Märkte darstellen.

Die Regelungen des SGB V beschreiben einen engen Gestaltungsrahmen für Vertragsvereinbarungen zwischen GKV und Leistungserbringern. So ist z.B. der in § 71 SGB V niedergelegte Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine deutliche Vorgabe für Vergütungsvereinbarungen. Auch für die Kostenerstattung ist beispielsweise durch ärztliche Gebührenordnungen ein Regelwerk vorgegeben. Eine freie Preisbildung gibt es weitgehend nur bei den Arznei- und Hilfsmitteln.

³ So im Krankenhausbereich für allgemeine Krankenhausleistungen und die Zuschläge für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Quersubventionen können das Ergebnis staatlicher Rahmensetzungen sein, wie dies beispielsweise bei den gesetzlich vorgeschriebenen Kostenerstattungsregelungen für Wahlleistungen im Krankenhaus zugunsten des allgemeinen Krankenhausbudgets der Fall ist. Sie können aber auch als Datum der Vertragsgestaltung zwischen GKV und Leistungserbringern dienen, indem implizit in der ökonomischen Ausgangssituation die finanzielle Einnahmensituation, beispielsweise aus der Privatpraxis, berücksichtigt wird. Die einzelnen Regelungen sind je Leistungsbereich verschieden und sollen in den jeweiligen Abschnitten dieser Untersuchung differenziert dargestellt werden.

2.3. Begriffliche Operationalisierung

Im Einzelnen muss zwischen folgenden Effekten unterschieden werden:

2.3.1. Der Preiseffekt

Mit Preiseffekt wird ein Tatbestand bezeichnet, wenn eine identische Leistung unterschiedlichen Nachfragern zu unterschiedlichen Preisen abgegeben wird. Dies entspricht mikroökonomisch dem Tatbestand der Preisdifferenzierung.

In der Mikroökonomie geht man bei normalen Gütern davon aus, dass das Angebot mit steigendem Preis zunimmt. Die Nachfragemenge verringert sich dagegen bei höheren Preisen. In einem vollkommenen Markt ergibt sich durch die Marktkräfte der (walrasianische) Gleichgewichtspreis, bei dem die angebotene Menge genau der nachgefragten Menge eines Gutes entspricht.

In einem vollkommenen Markt mit vielen Anbietern ist es nicht möglich, dass ein Anbieter vom Gleichgewichtspreis abweicht, da er dann kein Gut verkaufen würde, weil die Nachfrager auf andere Anbieter ausweichen. Handelt es sich aber um einen monopolistischen Anbieter, das heißt, ist er der einzige Anbieter am Markt, so kann er

den Preis bestimmen. Unter Umständen kann der Monopolist auch für das gleiche Produkt oder die gleiche Dienstleistung unterschiedliche Preise verlangen.⁴ In diesen Fällen spricht man von Preisdifferenzierung. Man unterscheidet unterschiedliche Arten der Preisdifferenzierung, z. B. kann sich der Preis auch mit der abgenommenen Menge ändern. Hier soll nur die Differenzierung nach Gruppen betrachtet werden, die anhand objektiver Merkmale unterschieden werden können.⁵ Diese Merkmale können sich auf die Person (z.B. Studenten, Berufstätige), auf die räumliche Lage (z.B. Einwohner unterschiedlicher Regionen), sachlicher Art (z.B. Haushalte oder Unternehmen, Nachfrager unterschiedlicher Produktsegmente oder Nutzer unterschiedlicher Distributionskanäle) oder auf die zeitliche Inanspruchnahme (Nachfrage zu unterschiedlichen Tages- oder Jahreszeiten) beziehen.

Um unterschiedliche Preise verlangen zu können, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Es müssen Informationen über die Nachfrager vorliegen. Die Nachfrager müssen diskriminiert werden können, das heißt, sie müssen veranlasst werden können, den für sie bestimmten Preis zu zahlen.

Ein Monopolist, dessen Zielfunktion Gewinnmaximierung ist, betreibt Preisdiskriminierung, um eine höhere Zahlungsbereitschaft bestimmter Konsumenten abzuschöpfen. Konsumenten, die bereit sind mehr zu zahlen, müssen auch mehr zahlen. Konsumenten, die weniger zahlen können oder wollen, zahlen weniger. Durch dieses Vorgehen kann ein Monopolist seinen Gewinn im Vergleich zu der Situation, in der er nur einen Preis festsetzt, vergrößern.

Im Idealfall für den Monopolisten zahlt jeder Konsument einen anderen Preis, und zwar den, der seiner maximalen Zahlungsbereitschaft entspricht. So fällt die gesamte Konsumentenrente, definiert als

⁴ Ein gleicher Preis für Produkte mit unterschiedlichen (Grenz)-Kosten kann auch eine Preisdifferenzierung darstellen.

⁵ In der Einteilung von Arthur Cecil Pigou (1920): Die Diskriminierung 3. Grades. Siehe auch Tirole, J. (1995): Industrieökonomik, München/Wien: Oldenbourg, 1995.

Unterschied zwischen Zahlungsbereitschaft und Preis eines Gutes, dem Produzenten zu.

Übertragen auf das Gesundheitssystem bedeutet dies, dass das Gesundheitssystem mit dem Staat als demjenigen, der die Regeln und Preise festsetzt, die Rolle des Monopolisten einnimmt.

Durch die Pflichtversicherung für den Großteil der Bevölkerung mit ihrem Abrechnungssystem einerseits und andererseits beispielsweise der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die nur für selbstzahlende Patienten gelten, sind auf dem Gesundheitsmarkt unterschiedliche Preissysteme festgeschrieben.

Auch die Preisdifferenzierung nach Gruppen lässt sich auf dem Gesundheitsmarkt beobachten. Auf der einen Seite gibt es die GKV-Versicherten, die die entsprechenden Preise in dem GKV-System zahlen. Auf der anderen Seite gibt es die PKV-Versicherten beziehungsweise Selbstzahler, die die Preise der GOÄ und der GOZ zahlen. Der Monopolist, der Staat mit seiner Ordnungsmacht, kann den Leistungserbringer dazu verpflichten, den einzelnen Versicherten bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einer Gruppe zuzuordnen und ihm damit unterschiedliche Preise abzuverlangen.

Der Preiseffekt für die GKV-Versicherten kann umso größer sein, je größer die (subventionierende) Gruppe der PKV-Versicherten ist.

2.3.2. Der Struktureffekt

Ein Struktureffekt liegt dann vor, wenn der Tatbestand der Leistungsdifferenzierung erfüllt ist:

- Der PKV-Patient erhält bei gleicher Indikation eine andere Leistung als der GKV-Patient.
- Der PKV-Patient erhält zusätzliche Leistungen (z.B. längere Beratung, Service wie bevorzugte Terminvergabe).

Zusätzliche Leistungen können wieder danach unterschieden werden, ob für sie ein zusätzlicher Preis entrichtet werden muss (z.B. für eine zusätzliche diagnostische Leistung) oder ob sie wegen des höheren Honorars der Grundleistung erbracht werden (z.B. bevorzugte Terminvergabe).

Struktureffekte sind dann keine Quersubventionstatbestände, wenn eine Übereinstimmung von Preis und Leistung besteht. Sofern es sich jedoch um überhöhte Preise handelt, besteht auch hier ein Quersubventionseffekt. In der praktischen Beurteilung bereitet die Differenzierung zwischen den beiden Tatbeständen zum Teil erhebliche Schwierigkeiten.

2.3.3. Der Mehrumsatzeffekt

Der Tatbestand eines funktionierenden Marktes der Behandlung von Privatpatienten bildet mit eine Grundlage für die Vergütungsverhandlungen zwischen den Leistungsanbietern und der GKV. Erzielen beispielsweise Ärzte hohe Honorare aus der Behandlung von Privatpatienten, dann schafft das mit eine Grundlage für die GKV-Verhandlung mit Ärzten. Je höher der Gewinn aus der Behandlung von Privatpatienten, desto niedriger können die Honorare für die Behandlung von GKV-Patienten sein.

Folglich ist die Finanzsituation in der Privatpraxis eine Determinante für die Vergütungsverhandlungen.

Eng hiermit zusammen steht das Schutzbedürftigkeitsprinzip als ursprünglich konstitutives Element für die Versicherungspflicht in der GKV. Versicherungspflicht bedarf in einem liberalen Rechtsstaat der Begründung, da jede Pflicht eine Einschränkung der verfassungsrechtlich garantierten Handlungsfreiheit und Selbstbestimmung darstellt. Solange Menschen in Eigenverantwortung selbständig Vorsorge für den Krankheitsfall treffen können, ist eine Versicherungspflicht verfassungsrechtlich nicht legitimierbar. Das Schutzbedürftigkeits-

prinzip beschreibt den angeblich nicht zur selbständigen Eigenvorsorge befähigten Personenkreis, dem spezifische soziale Bedingungen eingeräumt werden müssen, um die erforderliche Vorsorge bilden zu können. Dies rechtfertigt eine unter sozialen Kriterien erfolgende Gestaltung der Leistungspreise, mit einer entsprechenden Dämpfung der Beitragssätze.

Dabei ist anzuerkennen, dass dieses zwar verfassungsrechtlich wie ordnungspolitisch angelegt ist, es in der Wirklichkeit aber vielfältige Verstöße gibt. Beispiele seien genannt:

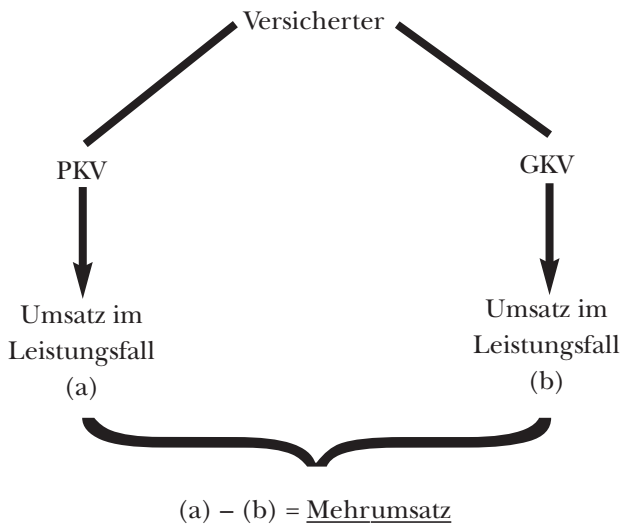
- Die systematische Ausdehnung der Versicherungspflicht, bis hin zur letzten Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1.1.2003, ist kaum mit dem Schutzbedürftigkeitsprinzip im Einklang zu sehen.
- Der Grundsatz, dass nach Beendigung eines Pflichtversicherungsverhältnisses unter bestimmten Bedingungen ein Verbleib in der GKV als freiwilliges Versicherungsverhältnis möglich ist, führt dazu, dass auch nicht Schutzbedürftige die Vorteile der GKV in Anspruch nehmen können.
- Soziale Privilegien sind nur dann möglich, wenn sie von anderen finanziert werden. Damit können soziale Privilegien umso größer sein, je kleiner der Kreis der Privilegierten und je größer der Kreis der Zahler ist. In einer GKV, die nahezu 90 % des Versicherungsmarktes abdeckt, sind infolgedessen 90 % privilegiert. Dieses Privileg muss von den anderen 10 % finanziert werden. Dieses Verhältnis führt automatisch dazu, dass das Ausmaß der Privilegien durch die Finanzierungsfähigkeit der verbleibenden 10 % begrenzt ist. Wären beispielsweise nur 50 % privilegiert, dann könnte die soziale Förderung wesentlich größer ausfallen, da 50 % des Versicherungsmarktes zur Finanzierung (zur Quersubventionierung) zur Verfügung stünden.
- Eine Vielzahl von politischen Reformen hat in die Regelwerke von GKV und PKV eingegriffen. Dabei ist das wechselseitige Bezie-

hungsgeflecht beider Systeme in der Regel nicht oder nur am Rande berücksichtigt worden.

Das Ergebnis ist, dass es eine rational begründbare genaue Höhe der von den PKV-Versicherten zu leistenden höheren Preise derzeit nicht gibt. Es gibt zwar Ansätze, einen finanziellen Beitrag der PKV dafür zu fordern, dass ihre Versicherten nicht am Familienlastenausgleich und insbesondere nicht an der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV teilhaben, ein allgemeiner politischer Konsens besteht hierüber jedoch nicht.

Dadurch, dass PKV- und GKV-Versicherte unterschiedliche Systeme zu unterschiedlichen Bedingungen vorfinden, ist ein unmittelbarer Vergleich beider Bedingungen außerordentlich schwierig. Im Hinblick auf ihren Preis- und auf ihren Struktureffekt müsste idealerweise jede Leistung individuell bewertet werden. Dies ist technisch nicht leistbar, zumal bei dem Versuch erhebliche Bewertungsspielräume zu bewältigen wären.

Aus diesem Grund wird für diese Studie ein anderer Weg gewählt. Es wird davon ausgegangen, dass ein Versicherter als Patient Leistungen in Anspruch nimmt, für die er bezahlt. Das Ergebnis ist ein Umsatz pro Patient und Zeiteinheit. Die Höhe dieses Umsatzes hängt nun davon ab, ob jemand in der GKV oder in der PKV versichert ist. Regelmäßig ist der Umsatz für einen PKV-Versicherten höher als für einen GKV-Versicherten. Dahinter liegen dann vielfältige Preis- und Struktureffekte, die zunächst nicht näher quantifiziert werden können, die aber im weiteren Fortgang der Untersuchung einer genauen Analyse unterzogen wurden.



Die Differenz zwischen dem höheren Umsatz als PKV-Versicherter und dem niedrigeren Umsatz als GKV-Versicherter wird im Folgenden als Mehrumsatz bezeichnet.

Diesen Mehrumsatz, der insgesamt aus der Existenz der PKV beziehungsweise aus dem Tatbestand heraus resultiert, dass über 8 Millionen Bürger in der PKV statt in der GKV versichert sind, gilt es zu quantifizieren.

Analytisch kann die Verwendung des Mehrumsatzes in vier mögliche Verwendungszwecke unterschieden werden:

- Ausgleich für höhere Kosten, z.B. wenn die Behandlung von Privatpatienten aufwendiger ist als die Behandlung von GKV-Versicherten sein sollte.
- Ausgleich für zusätzliche Leistungen, die z.B. von GKV-Versicherten nicht in Anspruch genommen werden, weil sie z.B. dort nicht versichert sind.

- Mitfinanzierung der ansonsten nicht gedeckten Kosten der Leistungen für GKV-Versicherte (eigentlich Quersubventionierung).
- Zusätzlicher Einkommenseffekt für die Leistungserbringer.

Für den weiteren Untersuchungsgang wird nun folgende Verfahrensweise gewählt: Der Mehrumsatz – als größte Aggregatgröße – wird anhand eines Vergleichs von Profildaten (s.u.) präzise berechnet. In den einzelnen Leistungsbereichen wird sodann soweit als möglich herausgearbeitet, ob und in welchem Umfang sich auch die weiteren Verwendungszwecke benennen und gegebenenfalls auch quantifizieren lassen.

3. Methodischer Ansatz

In dieser Untersuchung geht es um die Quantifizierung der Quersubventionierung. Als Hilfsgröße wird der Mehrumsatz herangezogen und soweit möglich analysiert, in welchem Maße er sich auf den Preis- und den Struktureffekt aufteilen lässt.

Um den Mehrumsatz zu ermitteln, wird ein Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte durchgeführt. Für die Jahre 2001, 2002 und 2003 werden auf der einen Seite Kopfschadenstatistiken der PKV herangezogen. Anhand der Daten aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) wird auf der anderen Seite ermittelt, welche hypothetischen Leistungsausgaben PKV-Versicherte verursacht hätten, wenn sie statt in der PKV in der GKV versichert gewesen wären. Die Differenz ist der Mehrumsatz, der nur deshalb entsteht, weil die zu untersuchenden Personen in der PKV versichert sind.

Innerhalb dieses Vergleichs sind – soweit als möglich – nur Leistungsausgaben berücksichtigt, die in beiden Systemen vorkommen. Würden Leistungen einfließen, die nur in einem System versichert sind, dann wäre die Aussagekraft der Daten hinsichtlich der Identifizierung der Preiseffekte eingeschränkt. In dem Fall wären zusätzliche Leistungen enthalten, die einen Struktureffekt darstellen würden. Auf die einzelnen Effekte wird im Fortgang der Untersuchung ausführlich eingegangen.

3.1. Die Anzahl der Versicherten in der PKV

Als Grundlage zur Erfassung der Versichertenzahlen dient die Pflegestatistik des PKV-Verbandes (PPV). In ihr sind die Personenzahlen aller Vollversicherten⁶ nach Alter, Geschlecht und Beihilfeberechtigung erfasst.⁷

Gegenstand der Untersuchung ist die Gruppe der Personen mit privater Krankenvollversicherung, die sich in beihilfeberechtigte Versicherte und andere Privatversicherte teilen lässt. Im Jahr 2001 hatten 7.500.280 Personen eine private Krankenvollversicherung abgeschlossen. Diese Anzahl hat sich um 2,92 % auf 7.719.354 Personen im Jahr 2002 und um weitere 2,24 % auf 7.891.962 Personen im Jahr 2003 erhöht (Tabelle 1).

Der Kreis der Beihilfeberechtigten in der PKV umfasst Beamte und ihre Angehörigen sowie Pensionäre. Beamte der Bahn und Post werden nicht berücksichtigt. Sie sind in eigenen Krankenkassen versichert. Dem Personenkreis der Beihilfeberechtigten gehörten im Jahr 2001 3.793.325 Personen an. Die Zahl hat sich auf 3.909.847 im Jahr 2003 erhöht. Die Tarife, die dieser Personenkreis abschließen kann, werden im Folgenden Beihilfetarife genannt.

Die Gruppe der übrigen, nicht beihilfeberechtigten Privatversicherten setzt sich hauptsächlich aus Selbständigen und den Angestellten mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze zusammen. Deren Angehörige werden ebenso dieser Gruppe zugerechnet. Diese Versicherten werden der Einfachheit halber, und um sie von den

⁶ Als vollversicherte Person gilt jede, die neben den ambulanten Leistungen auch die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert hat. Siehe: Zahlenbericht 2003/2004 der PKV, Köln, S. 11.

⁷ Statistik der Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung unterteilt nach Altersgruppen und Geschlecht (2001-2003), PKV-Verband, Köln. Die hier verwendeten Daten aus der PPV weichen von denen der Krankenvollversicherung geringfügig ab, da sich in der Krankenvollversicherungsstatistik z. B. auch Personen aus dem Ausland befinden, die eine deutsche private Krankenversicherung besitzen.

Beihilfeberechtigten zu unterscheiden, im Folgenden Normalversicherte genannt. Im Jahr 2001 waren 3.706.955 Personen als Normalversicherte in der PKV versichert. Bis zum Jahr 2003 ist der Bestand auf 3.982.115 gestiegen. Die Tarife dieser Versichertengruppe werden im Folgenden Normaltarife genannt.

Tabelle 1 gliedert die Versicherten nach Geschlecht und stellt die Nettoneuzugänge dar.

Tabelle 1

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

Abbildung 1 zeigt die Anzahl der Personen in der PKV im Jahr 2003 für jedes Alter, unterteilt in weibliche und männliche Versicherte. Es ist zu erkennen, dass mehr Männer in der PKV versichert sind als Frauen und die am stärksten besetzten Jahrgänge die der 30- bis 55-jährigen Männer sind.

Um die Altersstruktur der PKV mit derjenigen der GKV vergleichen zu können, wird für jede Altersklasse ihr Anteil an der Gesamtversicherungszahl der jeweiligen Versicherung errechnet. Abbildung 2 stellt diese Anteile der einzelnen Altersgruppen in der GKV den Anteilen der Altersgruppen in der PKV gegenüber. Dabei ist die Gesamtzahl der Versicherten jedes der beiden Systeme auf 1 normiert. Dies bedeutet z. B., dass die 40-Jährigen in der PKV im Jahr 2003 als die stärkste Gruppe einen Anteil von 0,0223 an der Gesamtzahl hatten. Mit anderen Worten: Es waren 2003 2,23 % aller PKV-Versicherten 40 Jahre alt. In der GKV betrug der Anteil der 40-Jährigen nur 0,0173, also 1,73 % des gesamten GKV-Bestandes.

Aus der Gegenüberstellung ist zu erkennen, dass die Altersstruktur in der PKV eine andere ist als in der GKV. Die 30- bis 60-Jährigen sind

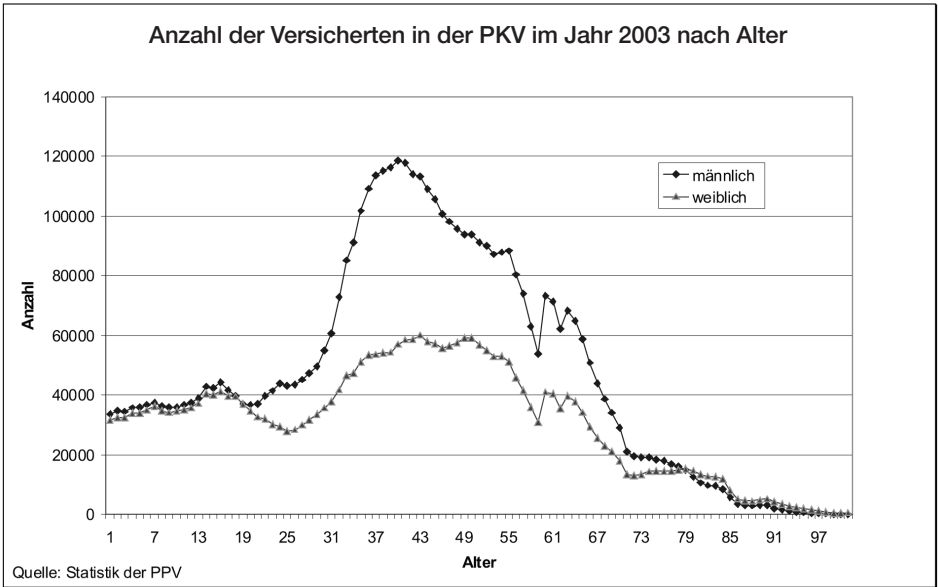


Abbildung 1

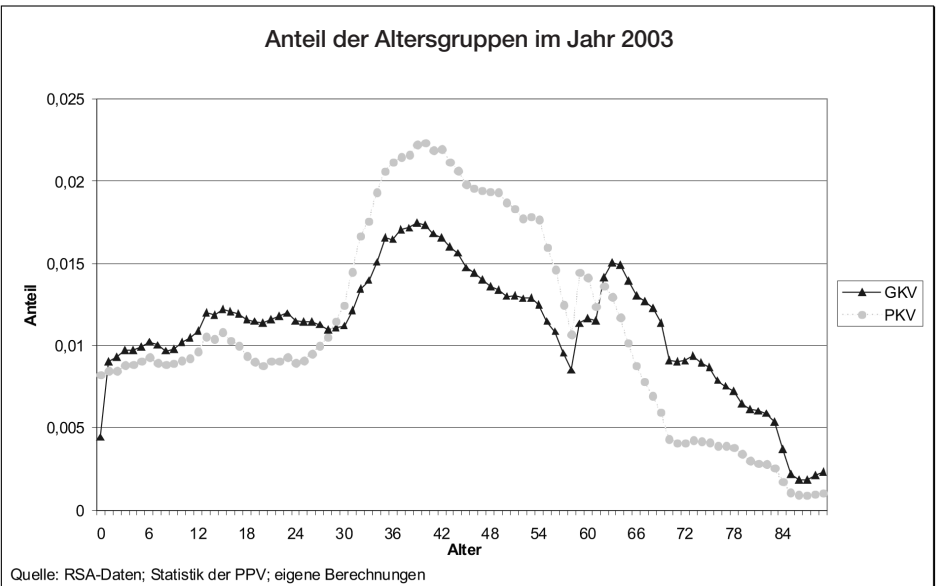


Abbildung 2

in der PKV im Vergleich zur GKV – und damit auch zur Gesamtbevölkerung – überrepräsentiert. Die jüngeren und älteren Versicherten sind dagegen stärker in der GKV vertreten. Auch die Geschlechterstruktur unterscheidet sich. In der PKV sind mehr Männer versichert, wie Abbildung 1 zeigt. In der GKV entspricht das Geschlechterverhältnis mit einem Frauenüberschuss hingegen in etwa dem der Gesamtbevölkerung, insbesondere bei den älteren Jahrgängen. Daher ist es geboten, in der vorliegenden Untersuchung bei der Ermittlung der Ausgaben nicht einfach die Durchschnittswerte in der PKV je Versicherten mit denen in der GKV zu vergleichen, sondern jeweils dieselbe Versichertenstruktur zugrunde zu legen. So wird vermieden, dass Abweichungen in den Leistungsausgaben auf die unterschiedliche Versichertenstruktur zurückzuführen sind.

3.2. Leistungsausgaben in der PKV

3.2.1. Kopfschadenstatistik der PKV

Um zu ermitteln, wie viel Geld Privatpatienten in das Gesundheitssystem zahlen, werden die Kopfschadenstatistiken der PKV herangezogen. Die Kopfschadenstatistik ist auch Grundlage für die Schadensprofile, die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)⁸ veröffentlicht werden.

Private Krankenversicherer sind in Deutschland verpflichtet, nach Art der Lebensversicherungen zu kalkulieren. Insbesondere für die Prämienberechnung gemäß § 12 Absatz 1 Nr. 2 VAG sind Wahrscheinlichkeitstabellen unter anderem für das Krankheitsrisiko und zur Alters-

⁸ Bis 2002 war die Bundesanstalt für Versicherungsaufsicht (BAV) Empfänger der Daten. Zum 1.5.2002 ist das BAV mit den damaligen Bundesaufsichtsämtern für das Kreditwesen (BAKred) und den Wertpapierhandel (BAWc) zur Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zusammengelegt worden.

und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos nötig.⁹ Hierfür haben die Krankenversicherer jährlich Daten zu melden, die von der BaFin in Form von Wahrscheinlichkeitsdaten publiziert werden.

Die Kopfschäden sind von den Krankenversicherern nach § 6 der Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung – KalV) zu ermitteln.

Aus den Daten der einzelnen Versicherungsunternehmen werden durchschnittliche Kopfschäden berechnet. In die Auswertung für diese hier verwendeten Statistiken sind im Jahr 2003 1.148 Tarife eingeflossen, wobei bei Beihilfetarifen jede Stufe einzeln zählt (508 Normaltarife und 640 Beihilfetarife; zuzüglich rd. 460 Krankentagegeldtarife). Beteiligt waren 40 Krankenversicherungsunternehmen.

In den Kopfschadenstatistiken sind sowohl Leistungsbeträge als auch Rechnungsbeträge enthalten. Die Rechnungsbeträge und Leistungsbeträge der Beihilfetarife sind auf 100 % hochgerechnet, so dass auch die Beihilfezahlungen in den verwendeten Kopfschäden berücksichtigt werden. Leistungsbeträge stellen die tatsächlich von der Versicherung regulierten Beträge dar.

Es werden die Rechnungsbeträge und Leistungsausgaben pro Kopf der Beihilfe- und Normaltarife für jedes Alter und Geschlecht aufgliedert nach

- ambulanter Bereich inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - stationärer Bereich
 - und Zahnbereich
- erfasst.

⁹ Siehe auch: Jahresbericht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (2002), S. 129 f.

Zusätzlich sind auch Angaben zu den einzelnen Wahlleistungen im stationären Bereich und für Arzneimittel im ambulanten Bereich separat verfügbar.

Diese Daten sind die Grundlage für die in dieser Untersuchung ermittelte Zahlung der PKV-Versicherten in das Gesundheitssystem.

Grundlage sind im Wesentlichen die Leistungsbeträge, da diese die tatsächlichen Zahlungen ins Gesundheitssystem am ehesten widerspiegeln. Nur dort, wo es durch die Wirkung von Selbstbehalten zu erheblichen Kürzungen der Leistungsbeträge kommt, sind die Rechnungsbeträge Ausgangsgrundlage. Die methodischen Einzelheiten werden weiter unten genauer dargestellt.

Im ambulanten und stationären Bereich werden die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Person für die Beihilfe- und Normaltarife getrennt berechnet.¹⁰ So ergeben sich die Leistungsausgaben pro Kopf und Jahr (Kopfschäden) in den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems für jedes Alter und Geschlecht.

Fasst man die Kopfschäden der einzelnen Bereiche zusammen und bildet den Durchschnitt für Beihilfe- und Normalversicherte, errechnen sich die Leistungsausgaben, die ein einzelner PKV-Versicherter im Durchschnitt verursacht. Abbildung 3 zeigt den Verlauf dieser Kopfschäden für männliche und weibliche Versicherte in der PKV in Abhängigkeit vom Alter.

Es ist zu erkennen, dass die Kopfschäden nach einem hohen Start bei der Geburt in den ersten zwei Lebensjahren fallen, um dann – grob gesagt – mit dem Alter zu steigen. Die Profile weisen in den einzelnen Gesundheitsbereichen einen unterschiedlichen Verlauf auf,

¹⁰ Beihilfeberechtigten und den übrigen PKV-Versicherten werden in der vorliegenden Untersuchung jeweils die eigenen Kopfschäden zugerechnet. Nur im zahnmedizinischen Bereich werden gemeinsame Kopfschäden aus den Daten der Beihilfe- und Normaltarife berechnet, da die Anzahl der erfassten Versicherten der Normaltarife in manchen Jahrgängen für eine separate Auswertung zu gering ist.

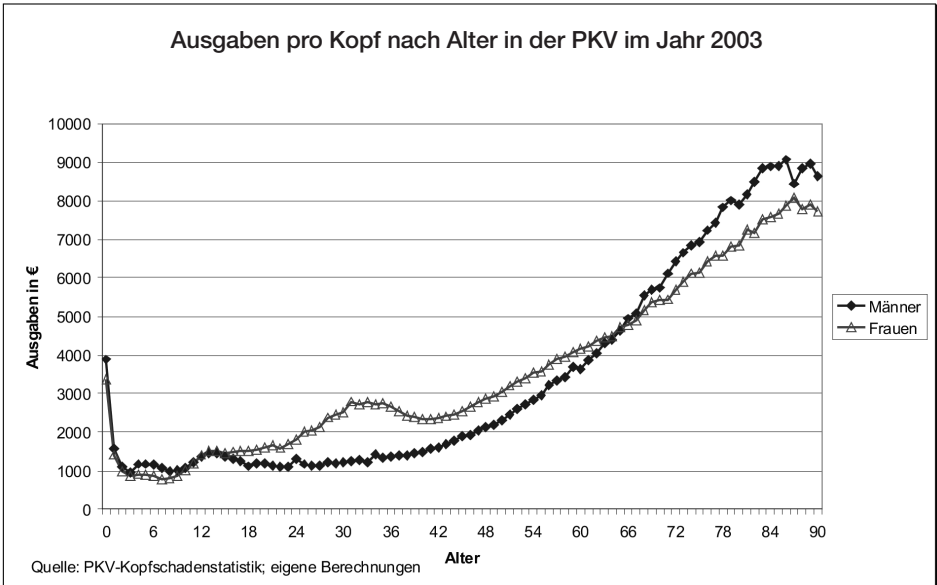


Abbildung 3

der einer detaillierten Betrachtung bedarf. Eine Analyse der einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems wird in den jeweiligen Kapiteln durchgeführt.

Unvermeidlich ist, dass die Profile leichte Zufallsschwankungen aufweisen. Auf eine Glättung wird trotzdem verzichtet, da sich die Schwankungen größtenteils ausgleichen. Ziel der Untersuchung ist es nicht, die exakten durchschnittlich zu erwartenden Leistungsausgaben für ein Alter auszurechnen. Ziel ist es vielmehr, die Gesamtleistungsausgaben der PKV-Versicherten zu bestimmen. Dadurch, dass die größten Schwankungen an den Stellen auftreten, an denen die Jahrgänge dünn besetzt sind, z.B. in den Altersklassen über 80 Jahren, relativiert sich das Problem weiter. Denn bei der Hochrechnung auf die Gesamtzahl der PKV-Versicherten, werden die Kopfschäden dieser Jahrgänge durch den geringen Anteil an Versicherten in eben diesen Jahrgängen entsprechend gering gewichtet. So haben Schwankungen durch hohe Kopfschäden Einzelner, die in den Profilen in dünn besetzten Jahrgängen zu Ausschlägen führen, bei der Gesamtberechnung

nung kaum einen Einfluss. Im Gegenteil: Es ist erwünscht, auch hohe Kopfschäden in der Gesamtberechnung mit zu berücksichtigen. Bei der hohen Zahl an Beobachtungen von insgesamt über vier Millionen Personen in den ambulanten und stationären Bereichen und über drei Millionen im zahnmedizinischen Bereich, fallen die Zufallsschwankungen ohnehin sehr gering aus.

3.2.2. Auswirkungen von Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen

PKV und GKV weisen erhebliche Unterschiede in der Berücksichtigung eines Eigenanteils der Versicherten auf.

In der GKV gibt es erhebliche Zuzahlungen; hier sind insbesondere für 2004 zu nennen:

- Praxisgebühr von 10 € je Quartal
- Arzneimittel: 10 %, mindestens jedoch 5 €, maximal 10 € je Mittel
- Krankenhausbehandlung: 10 € am Tag
- Heilmittel und häusliche Krankenpflege: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung
- Fahrkosten: 10 %, mindestens jedoch 5 €, maximal 10 €
- Hilfsmittel: 10 %, mindestens jedoch 5 €, maximal 10 €
- Etwaige Differenzbeträge zwischen Marktpreis und Festbeträgen (für Arznei- und Hilfsmittel)

In den früheren Jahren haben hiervon abweichende Regelungen gegolten, die insgesamt zu einem niedrigeren Zuzahlungsniveau geführt haben.

In der PKV gibt es grundsätzlich keine gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen; Sonderregelungen gelten für die Beihilfe.

Ein oft genutztes Steuerungsinstrument in der PKV sind freiwillig gewählte Selbstbehalte. Danach kann der Versicherte wählen, die Be-

handlungskosten bis zur Höhe des Selbstbehalts von beispielsweise 500 € zunächst selber zu bezahlen, bevor ab dem 501sten € die Erstattungspflicht der PKV eintritt. Je höher der Selbstbehalt, desto mehr Rechnungen zahlt der Versicherte vollständig aus der eigenen Tasche, ohne dass das PKV-Unternehmen hiervon Kenntnis erlangt. Eingereicht werden die Rechnungen erst dann, wenn ihre Summe insgesamt den Betrag des Selbstbehaltes übersteigt.

Soweit Rechnungen eingereicht werden, ist dieser Sachverhalt in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt. Es werden in diesen Fällen in der Auswertung nicht die Leistungsbeträge, sondern die Rechnungsbeträge berücksichtigt. Selbstbehalte vergrößern den Unterschied zwischen Rechnungsbetrag und Leistungsbetrag. Selbstbehalte treten in den Normaltarifen vor allem im ambulanten Bereich auf. Der durchschnittliche Unterschied zwischen Leistungsbeträgen und Rechnungsbeträgen liegt bei Tarifen ohne Selbstbehalt bei ca. 2,5 %. Dieser Unterschied wird auf die Normaltarife für den ambulanten und zahnmedizinischen Bereich übertragen. Hier werden die Rechnungsbeträge um ebenfalls 2,5 % reduziert. So wird auch in diesen Tarifen berücksichtigt, dass einzelne Rechnungen beanstandet und nicht in vollem Umfang reguliert werden.

Ein weiteres wichtiges Steuerungsinstrument sind Beitragsrückerstattungen.¹¹ Versicherte, die in einem oder mehreren Jahren keine Rechnungen zur Erstattung eingereicht haben, bekommen eine jeweils unternehmens- und gegebenenfalls tarifindividuell festgelegte Anzahl von Monatsbeiträgen zurückerstattet. Die Rückerstattung steigt in der Regel mit der Anzahl der leistungsfreien Jahre. Je mehr leistungsfreie Jahre bei der Berechnung der Höhe der Beitragsrückerstattung berücksichtigt sind, desto höher ist der Betrag, den der Versicherte aus eigener Tasche zu zahlen bereit ist, bevor er eine Rechnung

¹¹ Es wurden im Jahr 2003 insgesamt 2.311,6 Mio. € Beitragsrückerstattungen als Barausschüttung oder als interne Beitragsverrechnung gewährt. Siehe auch: Verband der privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht 2003/2004, S. 39 ff.

zur Erstattung einreicht. Hinzu kommt, dass die Einreichung einer Rechnung nicht nur zum Verlust der Beitragsrückerstattung des laufenden Jahres führt, sondern dass auch die Beitragsrückerstattung des folgenden Jahres gegebenenfalls niedriger ausfällt, weil die kumulative Anrechnung schadensfreier Jahre entfällt.

Im Ergebnis ist festzustellen:

- Die Nichtberücksichtigung der Selbstbeteiligungen in der GKV bewirkt, dass bezogen auf die tatsächlichen Behandlungskosten die Beträge in der GKV zu niedrig ausgewiesen werden.
- In der Kopfschadenstatistik der PKV sind die vom Versicherten aufgrund von Selbstbehalten und Beitragsrückgewähr selbst gezahlten und nicht eingereichten Rechnungen nicht enthalten. Bezogen auf die gesamten Behandlungskosten fallen die Angaben in der Kopfschadenstatistik deshalb ebenfalls zu niedrig aus.

Methodisch gesehen handelt es sich also um zwei Verzerrungen. Während die GKV-Verzerrung möglicherweise noch quantitativ erfasst werden kann, gibt es keine Möglichkeit, die PKV-Verzerrung quantitativ abzubilden. Da beide Verzerrungen aber in die gleiche Richtung einer Unterschätzung der wirklichen Kosten wirken, bleiben diese Effekte für den weiteren Untersuchungsgang unberücksichtigt.

3.2.3. Weitere methodische Verzerrungswirkungen

Da die Daten der Kopfschadenstatistik nicht zu dem Zweck erhoben werden, zu dem sie in dieser Untersuchung Verwendung finden, müssen einige Punkte zusätzlich beachtet werden.

Bestimmte Tarife, die nicht das reine Krankheitsrisiko widerspiegeln, fließen nicht in die Berechnung der Kopfschäden ein. Teilweise geben die Daten nicht die gesamten Leistungsausgaben wieder. Für die hier behandelten Fragestellungen führt dies zu Verzerrungen. Verzerrend kann wirken, dass

1. Tarife nicht berücksichtigt werden, in denen vereinbart ist, dass die Höchstsätze unterschritten werden,
2. Versicherungen mit Leistungsausschluss außen vor bleiben,
3. Risikozuschläge ungekürzt abgezogen werden, wobei der Rechnungsbetrag gegebenenfalls vorher auf 100 % hochgerechnet wird,
4. Daten erst für die Auswertung herangezogen werden, wenn der Versicherte mindestens drei Jahre privat versichert ist.¹²

Eine Abschätzung, in welche Richtungen diese Punkte die Höhe der Leistungsausgaben beeinflussen, ergibt, dass die ermittelten Leistungsausgaben in etwa den tatsächlichen ins Gesundheitssystem fließenden Zahlungen entsprechen dürfen.

Die Punkte 1 und 2 führen zwar tendenziell dazu, dass die Kopfschäden zu hoch ausgewiesen werden. Es ist zu erwarten, dass dies Tarife mit geringerer Leistungsanspruchnahme sind, die, wenn man sie berücksichtigen würde, unter Umständen zu etwas geringeren Durchschnittskopfschäden führen würden. Allerdings sind diese Tarife nur von geringer Bedeutung, da ihre Anzahl sehr klein ist.

Dem entgegen wirkt aber der Punkt 3, da hier tatsächlich geleistete Leistungsausgaben zu einem gewissen Prozentsatz nicht berücksichtigt werden. Würden sie berücksichtigt, erhöhten sich die durchschnittlichen Kopfschäden.

Punkt 4 führt hingegen zu einer leichten Überschreitung, da oft gerade in den ersten Versicherungsjahren niedrige Leistungsausgaben anfallen.

¹² Für detaillierte Informationen siehe: Handbuch zur Erstellung der Wahrscheinlichkeitstabellen, PKV-Verband, Köln, Stand: 15.2.2002.

3.2.4. Quantitative Dimension der Leistungsausgaben in der PKV

Die Leistungsausgaben der PKV-Versicherten werden ermittelt, indem jedem Vollversicherten die passenden durchschnittlichen Kopfschäden zugerechnet werden.¹³

An den Profilen der Leistungsausgaben in Abbildung 3 erkennt man die starke Variation der Ausgaben in Abhängigkeit vom Alter der Versicherten. Daher ist es unerlässlich, den Versicherten die Ausgaben, die ihrem Alter entsprechen, zuzuordnen. Auch das Geschlecht muss beachtet werden, da hier ebenfalls Unterschiede bestehen. Des Weiteren wird berücksichtigt, ob die jeweilige Person beihilfeberechtigt oder als Normalversicherter zu betrachten ist.

Die so ermittelten Kopfschäden jedes einzelnen Versicherten werden addiert, die aufsummierten Kopfschäden aller Vollversicherten ergeben die in Abbildung 4 ausgewiesenen Zahlungen für PKV-Versicherte. Dieses Verfahren wird für die Daten der Jahre 2001, 2002 und 2003 durchgeführt.

Insgesamt haben die Privatpatienten 2001 ca. 17,573 Mrd. € für Leistungen im Gesundheitssystem gezahlt. 2002 erhöhen sich die Zahlungen um 8,04 % auf 18,986 Mrd. € und 2003 um weitere 5,75 % auf 20,077 Mrd. €. ^{14 15}

Betrachtet man die Leistungsausgaben der PKV-Versicherten pro Kopf, ergeben sich durchschnittliche Kopfschäden von 2.343 € im Jahr 2001, die um ca. 117 € auf 2.460 € im Jahr 2002 und weitere 84 € auf 2.544 € im Jahr 2003 gestiegen sind (siehe Tabelle 2).

¹³ So werden Beihilfezahlungen erfasst und Zusatzversicherungen nicht berücksichtigt. Dies unterscheidet die hier ermittelten Daten von den in den Zahlenberichten der PKV veröffentlichten Leistungsausgaben (siehe z.B. Tabelle 4, Zahlenbericht 2003/2004, PKV-Verband, Köln, S. 85).

¹⁴ Abweichungen bei der Summenbildung oder der Berechnung der Änderung sind an dieser und den folgenden Stellen auf Rundungsabweichungen zurückzuführen.

¹⁵ Da in diesen Werten auch die Ausgaben der Beihilfe enthalten sind, liegen sie oberhalb der Ausgaben der PKV-Unternehmen.

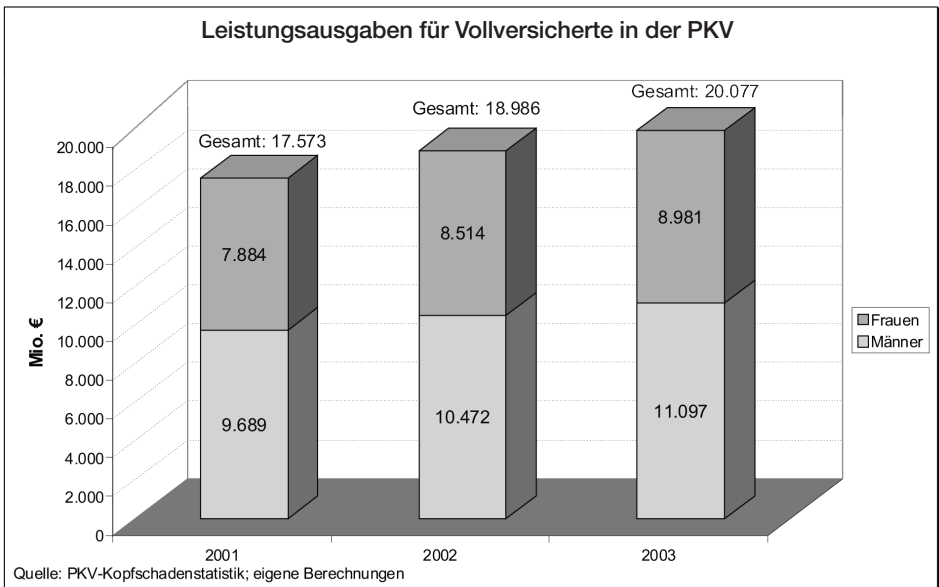


Abbildung 4

Im Beobachtungszeitraum sind die prozentualen Änderungen der Leistungsausgaben pro Kopf mit ca. 3 % bis 5 % (siehe Tabelle 2) durchgehend geringer als diejenigen der Gesamtbeträge mit ca. 8 % beziehungsweise 5,75 %. Dies liegt daran, dass sich die Anzahl der PKV-Versicherten von 2001 bis 2003 erhöht hat und damit auch die Gesamtleistungsausgaben in der PKV.

Tabelle 2

Leistungsausgaben pro Kopf der Vollversicherten in der PKV						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	2.133,03 €	–	2.665,85 €	–	2.342,96 €	–
2002	2.240,57 €	5,04 %	2.795,63 €	4,87 %	2.459,56 €	4,98 %
2003	2.324,58 €	3,75 %	2.879,96 €	3,02 %	2.544,03 €	3,43 %

3.3. Leistungsausgaben pro Kopf in der GKV

Leistungsausgaben pro Kopf in der GKV können aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) beziehungsweise aus den hierfür zur Verfügung stehenden Daten abgeleitet werden.

3.3.1. Der Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV wurde geschaffen, um die risikostrukturbedingten unterschiedlichen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse) auszugleichen. Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird der RSA jährlich durchgeführt (§ 266 Abs. 1 SGB V). Es werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen (Finanzkraft) und unterschiedlichen Leistungsausgaben (Finanzbedarf) der Mitglieder zwischen den Krankenkassen ausgeglichen.

Die Unterschiede werden aufgrund abweichender hoher beitragspflichtiger Einkommen und aufgrund einer ungleichen Anzahl an beitragsfreien Mitversicherten einbezogen.

Die verschiedenen Risikostrukturen der Krankenkassen werden durch die indirekten Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht erfasst. Zusätzlich werden der Erwerbsminderungsstatus und der Krankengeldanspruch ermittelt und für den Ausgleich berücksichtigt. Seit 2003 werden die Versicherten, die im disease-management-program (DMP) eingeschrieben sind ebenfalls in den RSA mit einbezogen.

Die Höhe des Ausgleichs wird durch den Vergleich des Beitragsbedarfs der Krankenkassen mit ihrer jeweiligen Finanzkraft ermittelt. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 SGB V). Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen bestimmt.

In die standardisierten Leistungsausgaben fließen alle berücksichtigungsfähigen Leistungen ein. Dies sind Leistungen, auf die ein Versicherter einen Rechtsanspruch hat. Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, bei denen die Kasse einen Ermessensspielraum hat, zählen nicht zu den berücksichtigungsfähigen Leistungen (§ 267 Abs. 3 SGB V). Welche Leistungen dazu gehören, legt die Vereinbarung zwischen den Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Anlage 1.1, Abschnitt B fest.

3.3.2. Der Risikostrukturausgleich als Datenquelle

Die standardisierten Leistungsausgaben werden in dieser Untersuchung verwendet, um eine Vergleichsgröße in der GKV mit den in der PKV ermittelten Kopfschäden ableiten zu können.

Die standardisierten Leistungsausgaben in der GKV werden als Pro-Tag-Werte je Hauptleistungsbereich (HLB) veröffentlicht.¹⁶ Die Leistungen für gesetzlich Versicherte sind dort für jedes Alter und Geschlecht nach folgenden Hauptleistungsbereichen unterteilt:¹⁷

- HLB 1 = Leistungsausgaben Ärzte,
- HLB 2 = Leistungsausgaben Zahnärzte,
- HLB 3 = Leistungsausgaben Apotheken,
- HLB 4 = Leistungsausgaben Krankenhaus,
- HLB 5 = Sonstige Leistungen,
- HLB 6 = Krankengeld,
- HLB 7 = nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse,
- HLB 8 = noch nicht besetzt und
- HLB 9 = berücksichtigungsfähige Mehrleistungen für strukturierte Behandlungsprogramme.

¹⁶ Zu finden auf der Internetseite <http://www.bva.de> unter Fachinformationen > Risikostrukturausgleich > Jahresausgleiche > Jahresausgleich 2003 in der Excel-Datei: 05 JA 2003 – Pro-Tag-Werte je Hauptleistungsbereich nHF2.

¹⁷ Stand: 2004.

Der HLB 9 ist in den betrachteten Jahren noch nicht besetzt. Der HLB 7 enthält erstmals 2003 Leistungsausgaben, die auch für das Jahr 2003 in der vorgenommenen Analyse berücksichtigt werden.

Um die RSA-Daten den Kopfschäden der PKV sinnvoll gegenüberstellen zu können, werden die RSA-Pro-Tag-Werte der Struktur der PKV-Daten angepasst. Dies geschieht in mehreren Schritten.

Zunächst werden die Pro-Tag-Werte ohne den HLB 6 *Krankengeld* auf ein Jahr hochgerechnet. Auf die Einbeziehung des Krankengeldes in die Untersuchung wird verzichtet, da diese Ausgaben nicht in das Gesundheitssystem fließen, sondern den Betroffenen als Einkommensersatz zur Verfügung stehen.

Im RSA sind Leistungsausgaben für Erwerbsminderungsrentner gesondert ausgewiesen. Da es in der PKV auch Versicherte gibt, die den Erwerbsminderungsrentnern in der GKV entsprechen, wie z.B. dienstunfähige Beamte, werden in einem nächsten Schritt die Ausgaben für diese Gruppe in die Daten einbezogen. Weil Erwerbsminderungsrentner erheblich höhere Ausgaben im Gesundheitssystem verursachen, würde sonst die Gefahr bestehen, die Höhe der Leistungsausgaben in der GKV zu gering einzuschätzen.

Es werden Durchschnittswerte gebildet, in denen die Erwerbsminderungsrentner – und seit 2003 auch die Personen, die in einem DMP aufgenommen wurden – entsprechend ihrem Verhältnis zu der Gesamtzahl der GKV-Versicherten berücksichtigt sind. So werden Ausgaben für Erwerbsminderungsrentner und die in einem DMP eingeschriebenen Personen ebenfalls entsprechend ihren Anteilen an den GKV-Versicherten den einzelnen Altersgruppen zugerechnet. Durch dieses Vorgehen erhöhen sich die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Kopf.

Im RSA werden seit 2003 Leistungsausgaben für besonders schwere und kostenintensive Fälle in einem Risikopool ausgeglichen. Um diese hohen Leistungsausgaben nicht zu vernachlässigen, werden in einem

weiteren Schritt zusätzlich diese Risikopoolbeträge berücksichtigt. In dem Anteil, der der Anzahl der Personen im Risikopool zur Gesamtpersonenzahl der einzelnen Altersgruppen in der GKV entspricht, werden die Risikopoolausgaben in den hier verwendeten Daten aufgeschlagen.

Satzungsleistungen, also Leistungen, die die Krankenkassen im eigenen Ermessen anbieten können und auf die der Versicherte keinen Rechtsanspruch hat, werden nicht berücksichtigt. Insgesamt machen die Satzungsleistungen in der GKV im Jahr 2003 ca. 3,8 Mrd. € aus.¹⁸ Je Versicherten bedeutet dies einen Durchschnittsbetrag von 54 €.

Für die Analyse der einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems ist außerdem die deckungsgleiche Abgrenzung der Ausgaben der einzelnen Bereiche nötig. So werden die Leistungsausgaben des HLB 1 *Ärzte*, HLB 3 *Apotheken* und HLB 7 *nichtärztliche Leistung der ambulanten Dialyse* in einen Bereich *Ambulant* zusammengefasst. Heil- und Hilfsmittel, die in der PKV auch in die Abgrenzung fallen, sind zum größten Teil im HLB 5 *sonstige Leistungsausgaben* erfasst und werden anteilig berücksichtigt.

So erhält man aus den RSA-Daten Leistungsausgaben für die Bereiche *Ambulant*, *Stationär* (= Krankenhaus) und *Zahn* (= Zahnarzt) je Versicherten für jedes Alter und Geschlecht, die den entsprechenden Leistungsausgaben in den Kopfschadenstatistiken der PKV vergleichend gegenübergestellt werden können.¹⁹

¹⁸ Nach der Statistik BMGS P25 sind 130,471 Mrd. € berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben zu verzeichnen. Die Leistungsausgaben insgesamt betragen 136,223 Mrd. €. Hiervon sind die Ausgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen abzuziehen, da sie nicht im RSA einbezogen werden.

¹⁹ Eine genaue Analyse der Zurechenbarkeit zu den Bereichen erfolgt in den Kapiteln, die die einzelnen Bereiche gesondert untersuchen.

3.3.3. Quantitative Dimension der Leistungsausgaben in der GKV

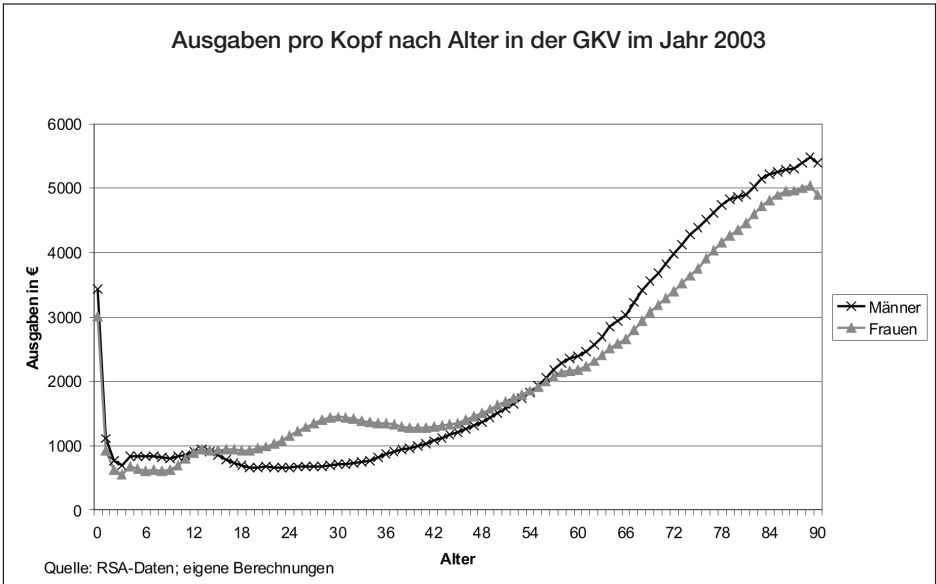


Abbildung 5²⁰

Abbildung 5 zeigt für das Jahr 2003 die Leistungsausgaben pro Kopf in der GKV für Männer und Frauen, die sich aus dem im vorherigen Abschnitt beschriebenen Vorgehen ergeben. Der Verlauf entspricht in etwa dem der Kopfschäden in der PKV (siehe Abbildung 2). Das Niveau ist aber durchgehend niedriger.

Legt man die so ermittelten Kopfschäden für alle GKV-Versicherten zugrunde, so ergeben sich die in Abbildung 6 dargestellten Gesamtausgaben von 117,971 Mrd. € im Jahr 2001, 121,512 Mrd. € im Jahr 2002 und 124,169 Mrd. € im Jahr 2003. Zu beachten ist, dass kein Krankengeld enthalten ist.

²⁰ In der RSA-Statistik sind die Erwerbsminderungsrentner, die unter 35 Jahre alt sind, alle in den Daten der 35-Jährigen zusammengefasst. Dies führt zu höheren Leistungsausgaben für dieses Alter. Diese Abweichung wurde in dieser und den folgenden Abbildungen geglättet.

Vergleicht man die so errechneten Zahlen mit den offiziellen Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums, stellt man eine sehr geringe Abweichung fest. Im endgültigen Rechnungsergebnis des BMGS sind als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben 130,472 Mrd. € angegeben. Subtrahiert man 6,97 Mrd. € für Krankengeldzahlungen, verbleiben noch 123,5 Mrd. €. Daraus ergibt sich eine Abweichung der errechneten Zahlen um ca. 0,5 % von den offiziellen Daten, so dass die hier verwendeten Daten als sehr gut anzusehen sind.

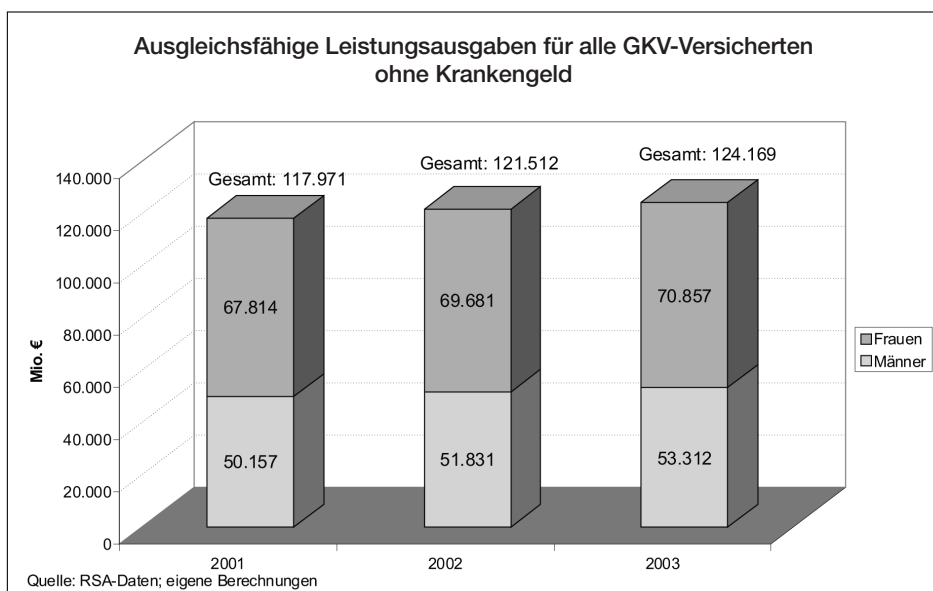


Abbildung 6

Auffällig ist, dass der Anteil der Ausgaben für Frauen in der GKV viel höher ist als in der PKV. Dies liegt daran, dass der Anteil der Frauen in der PKV geringer ist und zudem die Frauen in der GKV im Durchschnitt ein höheres Alter aufweisen.

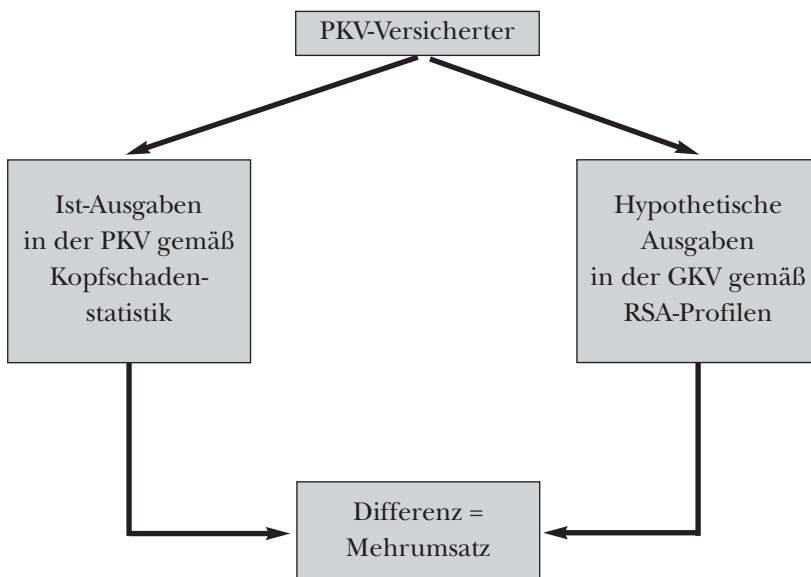
Tabelle 3

Leistungsausgaben pro Kopf der GKV-Versicherten						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	1.524,59 €	–	1.809,30 €	–	1.676,21 €	–
2002	1.578,15 €	3,51 %	1.861,49 €	2,88 %	1.729,07 €	3,15 %
2003	1.629,50 €	3,25 %	1.899,71 €	2,05 %	1.773,44 €	2,57 %

Tabelle 3 enthält die durchschnittlichen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben der GKV-Versicherten. Es zeigt sich auch bei den Leistungsausgaben pro Kopf ein Anstieg im Untersuchungszeitraum, und zwar von 1.676 € über 1.729 € auf 1.773 € in den Jahren 2001 bis 2003. Dies entspricht einer Erhöhung von insgesamt 5,8 % innerhalb von drei Jahren.

4. Gesamtanalyse

Die im Folgenden gewählte Vorgehensweise wird aus nachfolgendem Schaubild deutlich:



Damit wird zum Beispiel der Betrag, den ein 50-jähriger männlicher PKV-Versicherter in der PKV durchschnittlich an Leistungsausgaben verursacht hat, mit dem Betrag verglichen, den er durchschnittlich an Ausgaben in der GKV verursacht hätte, wenn er dort versichert gewesen wäre. Die Differenz ist dann der Mehrumsatz, der dem Gesundheitswesen durchschnittlich an zusätzlichen Leistungsausgaben aus dem Tatbestand heraus zur Verfügung steht, dass eine Person in der PKV und nicht in der GKV versichert ist.

4.1. Gesamtvergleich

Unterstellt man, die privat versicherten Personen wären in den Jahren 2001, 2002 und 2003 in der GKV versichert gewesen, so lässt sich anhand der oben beschriebenen Leistungsausgaben pro Kopf ermitteln, wie hoch die Leistungsausgaben für den Personenkreis der PKV-Versicherten in der GKV gewesen wären. Es werden also jedem PKV-Versicherten entsprechend seinem Geschlecht und Alter die in Abbildung 5 dargestellten Leistungsausgaben in der GKV zugeordnet. Die Werte aller PKV-Versicherten werden addiert, um die hypothetischen Gesamtausgaben zu erhalten, die die Gruppe der PKV-Versicherten in der GKV verursacht hätten. Die Abbildung 7 zeigt diese hypothetischen Leistungsausgaben im untersuchten Zeitraum.

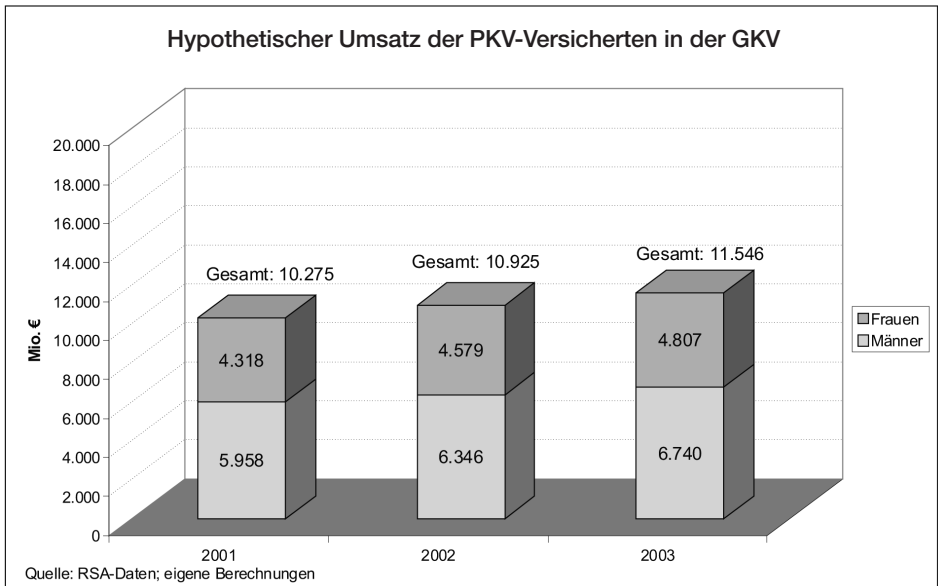


Abbildung 7

Die privat Vollversicherten hätten in der GKV im Jahr 2001 Leistungsausgaben von ca. 10,275 Mrd. € erzeugt. Diese wären im Jahr 2002 um 6,32 % auf 10,925 Mrd. € und im Jahr 2003 um weitere

5,69 % auf 11,546 Mrd. € gestiegen. Die Steigerungen der Ausgaben sind, wie die Steigerungen in der PKV in Abbildung 4, zum Teil auf eine Zunahme der Zahl privat versicherter Personen zurückzuführen.

Damit sind die Grundlagen gelegt, um die Ausgaben in beiden Systemen zu vergleichen.

4.2. Vergleich der Ausgaben in beiden Systemen

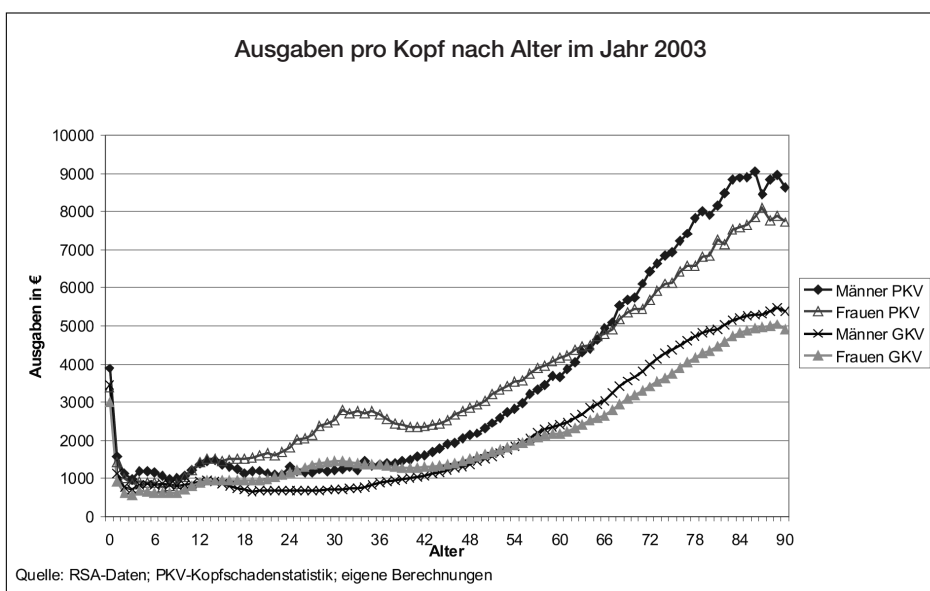


Abbildung 8

In Abbildung 8 sind die Ausgaben pro Kopf in der PKV nach Alter und Geschlecht den entsprechenden Ausgaben in der GKV im Jahr 2003 gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die Ausgaben für PKV-Versicherte in jedem Alter im PKV-System höher sind.

Für jeden PKV-Versicherten werden die Leistungsausgaben, die er in der PKV entsprechend seinen Merkmalen Alter, Geschlecht und Beihilfeberechtigung durchschnittlich verursacht, herangezogen, und

von diesen werden die hypothetischen Leistungsausgaben, die er in der GKV ebenfalls entsprechend seinen Merkmalen durchschnittlich erzeugen würde, abgezogen. So erhält man für jeden Versicherten einen Differenzbetrag zwischen den in der PKV und den hypothetischen in der GKV verursachten Ausgaben. Diese Größe wird in dieser Untersuchung – wie beschrieben – als Mehrumsatz pro Kopf bezeichnet. Die Summen dieser Differenzen in den Umsätzen für alle PKV-Versicherten sind in Abbildung 9 für die Jahre 2001, 2002 und 2003 dargestellt. Sie stellen die Mehrumsätze der jeweiligen Jahre dar.

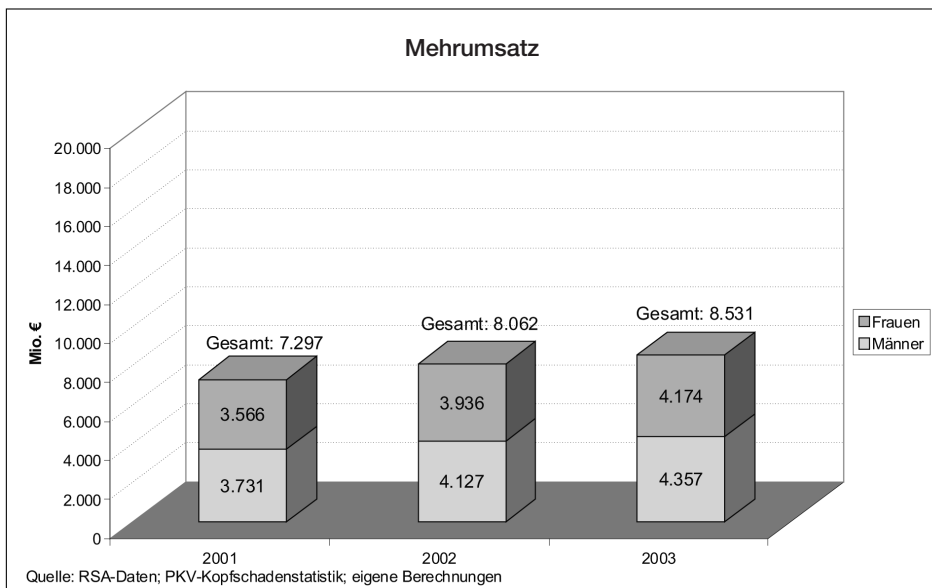


Abbildung 9

Nach diesem Vorgehen ergibt sich im Jahr 2001 eine höhere Zahlung der Privatpatienten im System der PKV im Vergleich zu den hypothetischen Ausgaben für diesen Personenkreis im GKV-System von ca. 7,297 Mrd. €. Diese Umsatzdifferenz erhöht sich um 10,48 % auf 8,062 Mrd. € im Jahr 2002 und um 5,82 % auf 8,531 Mrd. € im Jahr 2003. Dies entspricht ca. 42,50 % der gesamten Leistungsausgaben der PKV für ihre Versicherten im Jahr 2003 (nach 41,66 % und 42,45 % in den

Vorjahren). Die Umsätze in der PKV liegen damit um ca. ein 1,7faches über den hypothetischen Ausgaben in der GKV. Der Abstand zwischen den Umsätzen in beiden Systemen hat sich demzufolge nicht nur absolut, sondern auch relativ im Beobachtungszeitraum vergrößert.

Entscheidend bei der Gegenüberstellung der Leistungsausgaben in beiden Systemen ist die Behandlung der *sonstigen Leistungsausgaben*, dem HLB 5 im RSA. Eine solche Position gibt es in der PKV nicht. Die Berücksichtigung der *sonstigen Leistungsausgaben* führt somit direkt zu einer Reduzierung der Umsatzdifferenz in dem Bereich, dem sie zugerechnet werden. In der Position *sonstige Leistungsausgaben* sind Leistungen enthalten, die in der PKV nicht versichert werden, wie z.B. Sterbegeld und Mutterschaftsgeld. Diese Zahlungen fließen auch nicht ins Gesundheitssystem selber, sondern es handelt sich weitestgehend um Geldleistungen an Versicherte, weshalb sie im folgenden Vergleich nicht weiter berücksichtigt werden. Daher bedarf es einer genauen Analyse, die ermittelt, in welchem Umfang diese Position den einzelnen Bereichen zugerechnet werden muss. Der Exkurs unter Abschnitt 5.1.2. beschäftigt sich ausführlich mit der Berücksichtigung der *sonstigen Leistungsausgaben*. Als Ergebnis der Analyse ergibt sich, dass bei einer Zurechnung – entsprechend den gleichen versicherten Leistungen – in beiden Systemen als beste Annäherung 50 % der *sonstigen Leistungsausgaben* zu berücksichtigen sind. In Abbildung 9 sind eben diese 50 % zugrunde gelegt.

Damit stellen die hier dargestellten Werte die Größen dar, die am wahrscheinlichsten den Mehrumsatz für die gleichen Leistungsversprechen in beiden Systemen abbilden.

4.3. Vergleich je Versicherten

Noch aussagefähiger als die Gesamtwerte ist der Vergleich je Versicherten, da er nicht zusätzlich die Entwicklung der Versichertenzahlen widerspiegelt. Aus Tabelle 3 ist zugleich die Entwicklung über die Jahre abzuleiten.

Tabelle 4

Hypothetische Zahlungen der PKV-Versicherten in der GKV pro Kopf						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	1.311,65 €	–	1.459,81 €	–	1.370,02 €	–
2002	1.357,74 €	3,51 %	1.503,37 €	2,98 %	1.415,26 €	3,30 %
2003	1.411,89 €	3,99 %	1.541,38 €	2,53 %	1.463,06 €	3,38 %

Tabelle 4 zeigt die durchschnittlichen hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV pro Kopf. Im Jahr 2001 sind es im Durchschnitt für alle Versicherten 1.370 €, im Jahr 2002 1.415 € und im Folgejahr 2003 1.463 €. Auch hier ist ein Anstieg zu verzeichnen, so dass die mit den Jahren steigenden Zahlungen nicht allein mit der steigenden Zahl an PKV-Versicherten zu erklären ist, sondern auch durch höhere Ausgaben je Versicherten. Diese höheren Ausgaben können durch Kostensteigerungen und theoretisch auch durch Leistungsausweitungen in der GKV verursacht sein oder auch durch die Alterung der PKV-Versicherten.²¹

Zu beachten ist, dass die durchschnittlichen hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben der tatsächlichen GKV-Versicherten liegen. Im Jahr 2003 errechnen sich für die 70,454 Mio. Versicherten in der GKV durchschnittliche Leistungsausgaben von 1.773 €.²² Der Unterschied zu den für die PKV-Versicherten ermittelten hypothetischen 1.463 € resultiert zum Teil aus der Verwendung von nur 50 % der *sonstigen Leistungsausgaben*.²³ Mit 100 % der *sonstigen Leistungsausgaben* ergebe sich ein Durchschnittswert von 1.556 € für 2003. Der verbleibende Unterschied von 217 € zu den durchschnittlichen Leistungsausgaben der GKV-Versicherten folgt ausschließlich aus der un-

²¹ Auf den Alterungseffekt geht Kapitel 4.4. ausführlich ein.

²² Siehe Abschnitt 3.3.3.

²³ Die Verwendung von 50 % der *sonstigen Leistungsausgaben* ergibt sich aus der Abgrenzung der gleichen Leistungsumfänge in beiden Systemen PKV und GKV. Für eine ausführliche Darstellung siehe auch Exkurs: *Sonstige Leistungsausgaben*.

terschiedlichen Altersstruktur und dem unterschiedlichen Geschlechterverhältnis der PKV- und der GKV-Versicherten.

Tabelle 5 zeigt den Mehrumsatz, der sich im Durchschnitt für jeden PKV-Versicherten ergibt, wenn die gleichen versicherten Leistungen gegenübergestellt werden. Die Differenz in den Umsätzen pro Kopf hat sich nun von ca. 973 € im Jahr 2001 um 7,33 % auf 1.044 € im Jahr 2002 und um 3,51 % auf 1.081 € im Jahr 2003 stetig erhöht.

Tabelle 5

Mehrumsatz pro Kopf						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	820,78 €	–	1.205,57 €	–	972,95 €	–
2002	882,83 €	7,56 %	1.292,26 €	7,19 %	1.044,30 €	7,33 %
2003	912,69 €	3,38 %	1.338,58 €	3,58 %	1.080,97 €	3,51 %

Mit einem Anstieg der Umsatzdifferenz pro Kopf um 7,33 % von 2001 auf 2002 liegt dieser deutlich über dem prozentualen Anstieg des Gesamtumsatzes in der PKV mit ca. 5 %. Die Schere zwischen den Ausgaben hat sich in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung in dieser Phase überproportional geöffnet. Von 2002 zu 2003 wuchs der Mehrumsatz in die Nähe des Zuwachses des Gesamtumsatzes der PKV. Dies bedeutet aber, dass der absolute Mehrumsatz sich weiter um 37 € auf 1.081 € erhöht hat.

Der Anteil der Umsatzdifferenz am Gesamtumsatz pro Kopf in der PKV liegt 2001 bei 41,53 %. Dieser Anteil hat sich 2002 auf 42,46 % und 2003 auf 42,49 % erhöht. Damit entfällt ein immer größerer Anteil der Leistungsausgaben in der PKV auf den Mehrumsatz.

4.4. Die Auswirkungen des Alterungseffekts in der PKV

Das Durchschnittsalter der PKV-Versicherten lag 2001 bei 39,55 Jahren, 2002 bei 39,71 Jahren und ist 2003 auf 39,90 Jahre gestiegen. Dies

Tabelle 6

Anzahl der Versicherten nach Alter						
Jahr	Versicherte			Veränderung zum Vorjahr		
	0-29 Jahre	30-59 Jahre	über 60 Jahre	0-29 Jahre	30-59 Jahre	über 60 Jahre
2001	2.132.099	4.203.897	1.164.284	43.570	100.572	80.521
2002	2.185.256	4.301.425	1.232.673	53.157	97.528	68.389
2003	2.228.100	4.353.613	1.310.249	42.844	52.188	77.576

Quelle: Private Pflegestatistik; eigene Berechnungen

entspricht einer Erhöhung des durchschnittlichen Alters um ca. 128 Tage vom Jahr 2001 zum Jahr 2003.

Das Versichertenkollektiv ist älter geworden. Tabelle 6 zeigt die Anzahl der Versicherten in drei Altersgruppen unterteilt: 0 bis 29 Jahre, 30 bis 59 Jahre und Versicherte älter als 60 Jahre. Es zeigt sich, dass die Gruppe der über 60-Jährigen in allen drei Jahren stärker wächst als die Gruppe der 0- bis 29-Jährigen. 2003 wuchs die Zahl der über 60-Jährigen sogar stärker als die mittlere Gruppe der 30- bis 59-Jährigen. Es rücken nicht genug junge Versicherte nach, um die Alterung des Bestandes auszugleichen.

Das Durchschnittsalter der beiden Versichertengruppen, der Beihilfeberechtigten und der übrigen PKV-Versicherten, unterscheidet sich von dem der GKV-Versicherten. Die Alterung schreitet in den verschiedenen Versicherungskollektiven unterschiedlich stark voran (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10 verdeutlicht, dass das Durchschnittsalter der Beihilfeberechtigten und der übrigen Versicherten in der PKV unter dem Durchschnittsalter der Versicherten in der GKV liegt. Das Durchschnittsalter der Beihilfeberechtigten steigt am stärksten und wird bei einer Fortschreibung der Entwicklung im Jahr 2006 das der GKV-Versicherten erreicht haben und danach über diesem liegen.

Eine Alterung des Versicherungskollektives führt zu höheren Ausgaben. Im Folgenden wird untersucht, wie hoch die Steigerung der

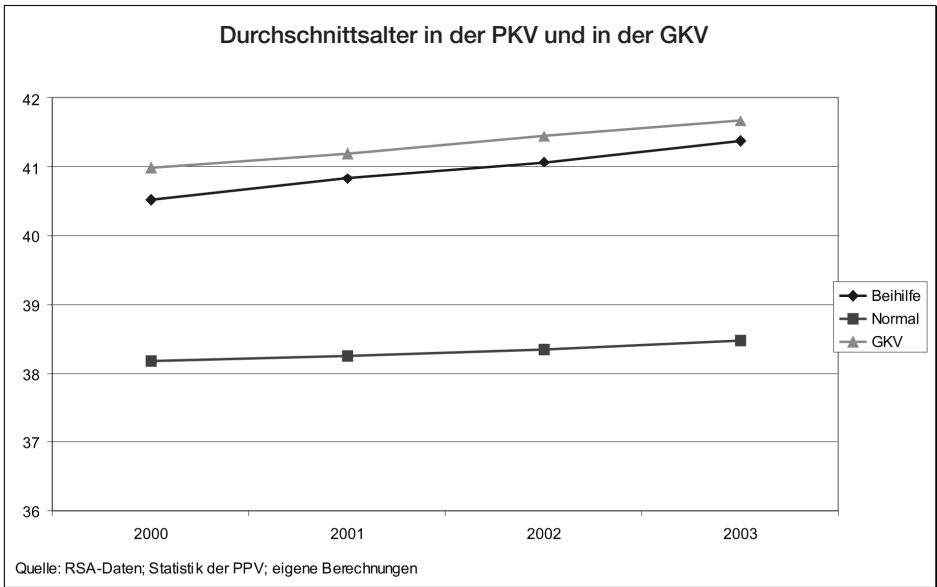


Abbildung 10

Ausgaben ausfällt, wenn alle anderen Faktoren, die die Ausgaben beeinflussen, konstant bleiben.

Ein höheres Durchschnittsalter der Versicherten bedeutet, dass ein immer größerer Anteil der Versicherten sich in Lebensphasen befindet, in denen sie höhere Ausgaben verursachen. Es gibt nicht genügend junge, die mit ihrer geringen Beanspruchung des Gesundheitssystems die hohen Ausgaben der älteren Versicherten ausgleichen.

Zur Berechnung des reinen Alterungseffekts wird die Versichertenstruktur des Jahres 2001 herangezogen und mit dieser Altersstruktur werden die durchschnittlichen Kopfschäden der Jahre 2002 und 2003 berechnet. So ergeben sich die durchschnittlichen Kopfschäden, die in den Folgejahren nach 2001 entstanden wären, wenn die Altersstruktur gleich geblieben wäre. Alle anderen Faktoren, wie technischer Fortschritt, Inflation etc. sind enthalten und führen zu einem Anstieg der Kopfschäden bei konstanter Versichertenstruktur. Ein Anstieg ist sowohl bei den Beihilfeberechtigten in der PKV zu beobachten als

auch bei den hypothetischen Ausgaben, die die Beihilfeberechtigten in der GKV verursachen würden (siehe Tabelle 7 und Tabelle 8). Betrachtet man die nicht beihilfeberechtigten PKV-Versicherten, so ergibt sich das gleiche Bild (siehe Tabelle 9 und Tabelle 10).

Tabelle 7

Durchschnittliche Kopfschäden in der PKV für Beihilfeberechtigte			
Mit der Struktur der privat Versicherten	Jahr		
	2001	2002	2003
des jeweiligen Jahres	2.468,36 €	2.643,16 €	2.760,83 €
aus dem Jahr 2001	2.468,36 €	2.616,19 €	2.701,17 €
Unterschied in %	0,00 %	1,03 %	2,21 %
Unterschied in €	0 €	26,97 €	59,66 €

Tabelle 8

Hypothetische durchschnittliche Kopfschäden in der GKV für Beihilfeberechtigte			
Mit der Struktur der privat Versicherten	Jahr		
	2001	2002	2003
des jeweiligen Jahres	1.475,43 €	1.530,80 €	1.585,12 €
aus dem Jahr 2001	1.475,43 €	1.514,97 €	1.551,49 €
Unterschied in %	0,00 %	1,04 %	2,17 %
Unterschied in €	0 €	15,83 €	33,63 €

Vergleicht man die durchschnittlichen Kopfschäden, die tatsächlich aufgetreten sind, mit denen, die sich mit der Versichertenstruktur von 2001 ergeben hätten, so bildet sich im Jahr 2002 ein Unterschied von 1,03 % (26,97 €) und im Jahr 2003 ein Unterschied von 2,21 % (59,66 €) bei den Beihilfeberechtigten in der PKV. Dies bedeutet, die Alterung allein hat zu 2,21 % höheren Ausgaben innerhalb von zwei Jahren geführt (siehe Tabelle 7). Rechnet man die höheren Kopfschäden auf die Anzahl der im Jahr 2001 versicherten Beihilfeberechtigten hoch, ergeben sich Mehrausgaben für diesen Versichertenkreis von 226 Mio. €, nur aufgrund der Alterung dieses Personenkreises um im Durchschnitt lediglich 0,54 Jahre (oder ca. 6 Monate).

Ebenso lassen sich die hypothetischen Leistungsausgaben pro Kopf in der GKV mit den Versichertenstrukturen der Beihilfeberechtigten der jeweiligen Jahre mit der des Jahres 2001 vergleichen (siehe Tabelle 9). Es zeigt sich, dass der Unterschied zwischen den durchschnittlichen Kopfschäden, der auch hier nur auf dem Alterungseffekt beruht, von 1,04 % im Jahr 2002 auf 2,17 % im Jahr 2003 ansteigt. Hochgerechnet auf die versicherten Beihilfeberechtigten von 2001 würden die Mehrausgaben durch Alterung in der GKV innerhalb von zwei Jahren ca. 125 Mio. € betragen.

Tabelle 9

Durchschnittlicher Mehrumsatz pro Kopf für Beihilfeberechtigte			
Mit der Struktur der privat Versicherten	Jahr		
	2001	2002	2003
des jeweiligen Jahres	992,93 €	1.112,36 €	1.175,71 €
aus dem Jahr 2001	992,93 €	1.101,22 €	1.149,67 €
Unterschied in %	0,00 %	1,01 %	2,26 %
Unterschied in €	0,00 €	11,14 €	26,04 €

Die Differenz der durchschnittlichen Kopfschäden in der PKV und in der GKV ergibt den durchschnittlichen Mehrumsatz. Dieser hat sich von 2001 zu 2003 sowohl unter der konstanten Struktur der Beihilfeberechtigten als auch unter der Struktur der jeweiligen Jahre erhöht. Im Jahr 2003 ist er unter der Versichertenstruktur des Jahres 2003 um 2,26 % höher als er wäre, wenn die Versichertenstruktur gleich geblieben wäre. Der Mehrumsatz hat sich für die Beihilfeberechtigten nur aufgrund der Alterung um 99 Mio. € erhöht.

Die gleichen Überlegungen lassen sich auch für die übrigen PKV-Versicherten anstellen. Durch die geringere Alterung der PKV-Versicherten fällt der Unterschied in den Kopfschäden nicht so groß aus. In der PKV unterscheiden sich die Kopfschäden im Jahr 2002 nur um 0,45 %, dies entspricht 10,31 €, und 2003 um 1,12 %, was 25,90 € ausmacht (siehe Tabelle 10). Hochgerechnet auf die normal PKV-Versicherten im Jahr 2001 ergeben sich aufgrund der Alterung innerhalb von zwei Jahren in der PKV Mehrausgaben von 96 Mio. €.

Tabelle 10

Durchschnittliche Kopfschäden in der PKV für normal PKV-Versicherte			
Mit der Struktur der privat Versicherten	Jahr		
	2001	2002	2003
des jeweiligen Jahres	2.303,05 €	2.301,60 €	2.330,25 €
aus dem Jahr 2001	2.303,05 €	2.291,29 €	2.304,35 €
Unterschied in %	0,00 %	0,45 %	1,12 %
Unterschied in €	0,00 €	10,31 €	25,90 €

Auch bei den hypothetischen Kopfschäden der normal PKV-Versicherten unterscheiden sich die Kopfschäden mit den unterschiedlichen Versichertenstrukturen nur um 0,49 % im Jahr 2002 beziehungsweise 1,23 % im Jahr 2003 (siehe Tabelle 11). Dies entspricht Mehrausgaben innerhalb von zwei Jahren für diesen Versichertenkreis aus dem Jahr 2001 von 60 Mio. €.

Tabelle 11

Hypothetische durchschnittliche Kopfschäden in der GKV für normal PKV-Versicherte			
Mit der Struktur der privat Versicherten	Jahr		
	2001	2002	2003
des jeweiligen Jahres	1.262,18 €	1.299,62 €	1.343,19 €
aus dem Jahr 2001	1.262,18 €	1.293,31 €	1.326,91 €
Unterschied in %	0,00 %	0,49 %	1,23 %
Unterschied in €	0,00 €	6,31 €	16,28 €

Damit hat sich auch für die normal PKV-Versicherten der Mehrumsatz aufgrund der Alterung erhöht (siehe Tabelle 12). Von 2001 bis 2003 ist der Mehrumsatz je Versicherten um 0,98 % oder 9,61 € gestiegen. Dies ergibt hochgerechnet – auf die normal PKV-Versicherten aus dem Jahr 2001 – einen höheren Mehrumsatz von 37 Mio. € innerhalb von zwei Jahren.

Tabelle 12

Durchschnittlicher Mehrumsatz pro Kopf für normal PKV-Versicherte			
Mit der Struktur der privat Versicherten	Jahr		
	2001	2002	2003
des jeweiligen Jahres	1.016,07 €	1.001,98 €	987,06 €
aus dem Jahr 2001	1.016,07 €	997,97 €	977,45 €
Unterschied in %	0,00 %	0,40 %	0,98 %
Unterschied in €	0,00 €	4,01 €	9,61 €

Betrachtet man alle PKV-Versicherten von 2001 zusammen, so führt der Alterungseffekt in der PKV innerhalb von zwei Jahren zu höheren Leistungsausgaben in Höhe von 322 Mio. €, der hierin enthaltene zusätzliche Mehrumsatz beträgt 134 Mio. €.

5. Sektorspezifische Analyse

Die Höhe der Umsätze unterscheidet sich in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems. Abbildung 11 gibt einen Überblick über die Umsätze in beiden Systemen mit den PKV-Versicherten als Versichertenkreis. Zu erkennen sind die unterschiedlichen Aufteilungen des Umsatzes auf die einzelnen Bereiche für die PKV (ersten drei Säulen) und für die GKV (vierte bis sechste Säule).

Für die GKV sind die im RSA unter HLB 5 verzeichneten *sonstigen Leistungsausgaben* (LA) getrennt aufgeführt.

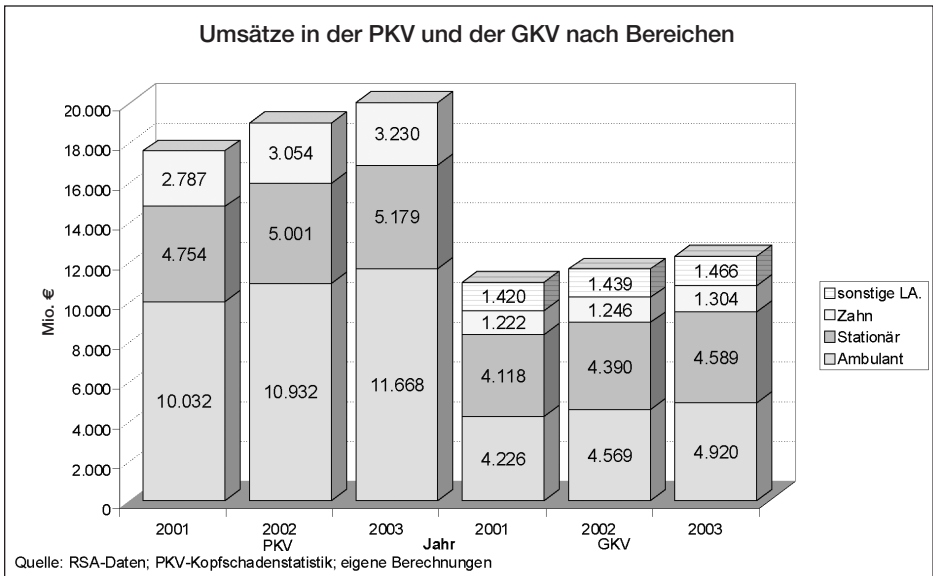


Abbildung 11

Aus den Umsätzen resultieren große Unterschiede in der Höhe der Umsatzdifferenzen. Der Mehrumsatz im stationären Bereich fällt im Verhältnis zum Gesamtumsatz in diesem Bereich – im Vergleich zu den anderen beiden Bereichen – sehr niedrig aus. Auch ist er konträr zur übrigen Entwicklung rückläufig, die Gründe werden weiter unten erläutert.

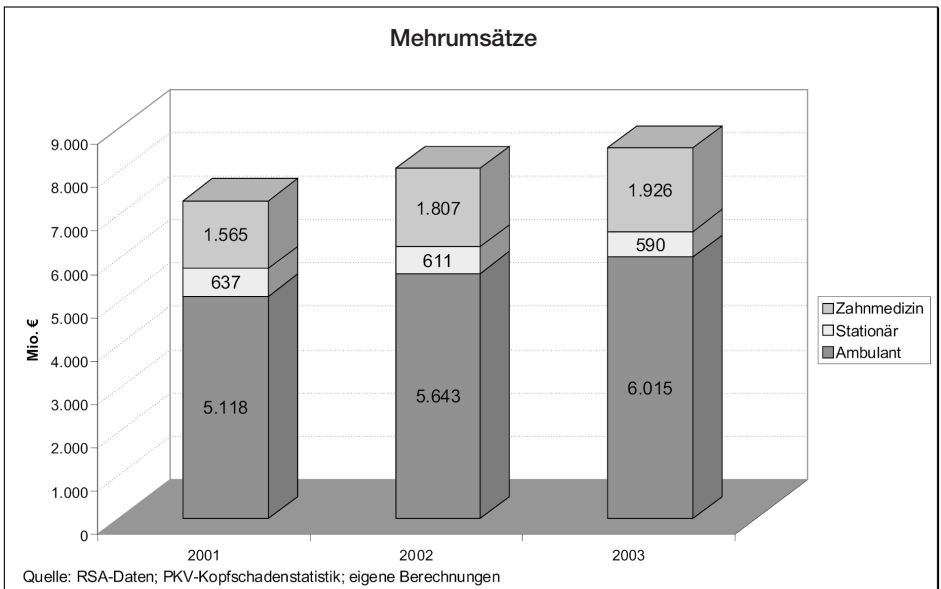


Abbildung 12

Abbildung 12 zeigt die Aufteilung des Mehrumsatzes auf die drei Bereiche Ambulant, Stationär und Zahnmedizin. Es fällt auf, dass der Mehrumsatz mit 5,119 Mrd. €, 5,643 Mrd. € und 6,015 Mrd. € im ambulanten Bereich am größten ist, gefolgt von den 1,565 Mrd. €, 1,807 Mrd. € und 1,926 Mrd. € im zahnmedizinischen Bereich. Im stationären Bereich ist der Mehrumsatz mit 0,637 Mrd. €, 0,611 Mrd. € und 0,590 Mrd. € relativ gering. Auch der Anteil des Mehrumsatzes am Gesamtumsatz in den einzelnen Bereichen variiert stark. In den drei beobachteten Jahren sind im zahnmedizinischen Bereich 56,2 %, 59,2 % beziehungsweise 59,6 % des Umsatzes dem Mehrumsatz zuzurechnen. Im ambulanten Bereich sind es 43,7 %, 45,0 % und 45,3 %. In diesen beiden Bereichen macht der Mehrumsatz damit einen erheblichen Anteil des Umsatzes aus, der sich von 2001 bis 2003 auch noch stetig erhöht hat. Im stationären Bereich verhält es sich dagegen anders. Hier sind in den Jahren 2001, 2002 und 2003 nur 13,4 %, 12,2 % und 11,4 % des Umsatzes als Mehrumsatz zu bezeichnen. Damit ist der Anteil des Mehrumsatzes am Gesamtumsatz in diesem Bereich rückläufig.

5.1. Ambulanter Bereich

5.1.1. Strukturelle Unterschiede in der Leistungsbeschaffung zwischen PKV und GKV

5.1.1.1. Vergütung der ärztlichen Leistung

Bereits der Vergleich zwischen den Durchschnittsausgaben je Versicherten für die Vergütung der ärztlichen Leistung zwischen PKV und GKV zeigt erhebliche Unterschiede, die auf einen Preis- oder einen Struktureffekt hindeuten.

Im Durchschnitt sind im Jahr 2003 für einen PKV-Versicherten 828 € für ärztliche Honorare aufgewendet worden. Der Vergleichswert in der GKV beträgt 345 €. ²⁴ Unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen sind bei diesem reinen Durchschnittsvergleich nicht berücksichtigt.

Für diese Unterschiede sind vor allem die unterschiedlichen Abrechnungssysteme verantwortlich. Diese sind die ärztlichen Gebührenordnungen für PKV-Versicherte beziehungsweise Selbstzahler (GOÄ) und der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für GKV-Versicherte, die sowohl einen Struktureffekt auslösen als auch das Niveau der Preise verschieben, also einen Preiseffekt hervorrufen.

Für die GKV-Versicherten werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen Gesamtverträge geschlossen (§ 83 SGB V), auf deren Grundlage Gesamtvergütungen (§ 85 SGB V) mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden. Auf der Grundlage eines einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (§ 87 SGB V) erfolgt die Aufteilung des Gesamthonorars auf die Vertragsärzte. Übersteigt die abgerechnete Leistungsmenge

²⁴ Berechnung nach der Tabelle KF03B und „Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln –“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Stand: Oktober 2004.

die für die Gesamtvergütung zugrunde gelegten Größen, dann kann es zu einer Abwertung der Punktwerte (floatende Punktwerte) kommen. Das Mengenrisiko liegt insofern bei der Ärzteschaft. Diese Regelung hat in der Vergangenheit zu einem deutlichen Punktwertverfall geführt.²⁵

Da Umsatzsteigerungen einzelner Ärzte im System der feststehenden Gesamtvergütung immer zulasten anderer Ärzte erfolgen, sind Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen, mit der nicht zu rechtfertigende Auffälligkeiten einzelner Ärzte möglichst aufgefangen werden sollen, von besonderer Bedeutung.

Aus der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Gesamtvergütung müssen auch die Verwaltungskosten für das Abrechnungsverfahren selber bestritten werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen finanzieren sich über eine Abgabe der Vertragsärzte aus ihren Honorarumsätzen. Insoweit enthält die ärztliche Gesamtvergütung anteilige Verwaltungskosten.

Bei der Behandlung von selbstzahlenden Patienten ist demgegenüber der Patient selber Schuldner des Vergütungsanspruchs des behandelnden Arztes. Rechtsgrundlage für die Rechnungserstellung ist die GOÄ. Hierbei handelt es sich um eine Verordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates. Wie für viele freie Berufe typisch, hat der Gesetzgeber die Preisfindung also nicht dem freien Markt überlassen, sondern durch einen Rechtsrahmen geregelt. Die Notwendigkeit eines solchen Rechtsrahmens wird unter anderem dadurch begründet,

- dass in der Beziehung zwischen Anbieter und Nachfrager nicht die Bedingungen für einen funktionsfähigen Markt vorliegen, da

²⁵ Durch verschiedene Instrumente, wie arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina, Fallpauschalen und Leistungskomplexziffern, ist und wird versucht, diese Entwicklung aufzuhalten. Mit der geplanten Einführung des EBM 2000 plus ist die Rückkehr zu stabilen Punktwerten beabsichtigt.

- insbesondere die Nachfrage nicht hinreichend preiselastisch reagiert,
- die Nachfrager deshalb vor finanzieller Überforderung geschützt werden müssen
 - und die Anbieter ihrerseits Anspruch auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistung haben.

Die GOÄ ist als Einzelleistungsvergütungssystem aufgebaut, bei der der Arzt eine Liquidationsspanne zur Verfügung hat, die bei persönlich ärztlichen Leistungen vom 1fachen bis zum 3,5fachen reicht, wobei er ab Überschreitung des 2,3fachen Satzes dies durch die Besonderheiten des Einzelfalls, die zum Beispiel in der Schwierigkeit der jeweiligen Behandlung begründet liegen, schriftlich in einer für den Zahlungsverpflichteten nachvollziehbaren Form begründen muss. Da die Begründung der Überschreitung des 2,3fachen Satzes aufwendig ist und da es auf der anderen Seite keinen funktionsfähigen Preismechanismus gibt, der zu einer Unterschreitung des 2,3fachen Satzes Veranlassung geben könnte, werden nur 5 % aller Leistungen unter dem 2,3fachen Satz berechnet.²⁶ Die Unterschreitungen des 2,3fachen Satzes werden dabei deutlich durch die Überschreitung des 2,3fachen Satzes kompensiert.

Der Vergleich zwischen dem EBM und der GOÄ findet deshalb zweckmäßigerweise zwischen den Gebührenpositionen des EBM, bewertet mit den durchschnittlichen Punktwerten, und dem 2,3fachen GOÄ-Satz statt.

Ein erster Vergleich in der Vergütung ärztlicher Leistungen zwischen der PKV und der GKV ist im Jahr 1993 für das Jahr 1991 durchgeführt worden.²⁷ Die zentralen Ergebnisse lauteten: „Legt man an Stelle der Durchschnittsvergütungen der GOÄ für die jeweiligen Leistungen Preise des EBM zugrunde, ist das Preisniveau in der PKV um

²⁶ PKV-Zahlenbericht 2003/2004, S. 67.

²⁷ BASYS: Unterschiede in der Bezahlung ärztlicher Leistungen zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung, 1993, unveröffentlichtes Manuskript.

125,3 % höher als in der GKV. Während ein Arzt im Durchschnitt für jede ambulante Leistung nach der GOÄ 27,55 DM abrechnet, würde er, wenn man den EBM als Abrechnungsgrundlage heranzieht, im Durchschnitt für dieselben Leistungen lediglich 12,23 DM erhalten.“²⁸

Auch bei der Untersuchung 1993 war bereits deutlich, dass der reine Preisvergleich von Leistungspositionen das Gesamtvolumen der unterschiedlichen Berechnung für PKV-Patienten und für GKV-Patienten nicht vollständig abbildet. Vollständig wird das Bild nur, wenn zusätzlich Mengeneffekte berücksichtigt werden. Denn je höher eine Einzelposition bewertet ist, desto höher ist ökonomisch der Anreiz, dass diese Leistung auch erbracht, beziehungsweise abgerechnet wird. Für 1991 galt: „Während in der gesetzlichen Krankenversicherung je Krankenschein im Jahr 1991 im Durchschnitt 86,40 DM vergütet wurden, waren es in der privaten Krankenversicherung je ambulanter Rechnungsbetrag 283,93 DM. Der Unterschied ist hier mit 229 % somit noch höher. Tatsächlich werden auf einer privatärztlichen ambulanten Rechnung 9,47 Positionen in Rechnung gestellt. Die durchschnittlich abgerechnete Anzahl der Positionen je Krankenschein betrug dagegen 7,06.“²⁹ Die Verhältnisse von 1991 sind jedoch nicht auf 2003 übertragbar.

²⁸ Ebenda, S. 5.

²⁹ Ebenda.

Seit 1991 hat es erhebliche Veränderungen in der ambulanten ärztlichen Vergütung gegeben. Die Veränderung in der Ausgabenstruktur je Versicherten für PKV und GKV dokumentiert nachfolgende Tabelle:

**Prozentualer Anstieg der Ausgaben für ärztliche Behandlung
je Versicherten gegenüber dem Vorjahr³⁰**

Von Jahr/zu Jahr	PKV	GKV
1992/1993	6,6	4,8
1993/1994	6,1	8,6
1994/1995	6,5	1,5
1995/1996	9,6	1,8
1996/1997	6,2	2,7
1997/1998	3,7	1,8
1998/1999	3,2	1,9
1999/2000	2,7	1,2
2000/2001	5,8	2,7
2001/2002	4,0	2,2
2002/2003	4,0	9,4
2003/2004	3,1	-5,2
Insgesamt	82,0	38,0

Der Kostenanstieg für die ambulante ärztliche Behandlung betrug von 1992 bis 2004 in der PKV 82,0 %; das sind im Durchschnitt 5,1 % pro Jahr. Der Vergleichswert betrug in der GKV demgegenüber 38,0 %; das sind im Jahresdurchschnitt 2,8 %.

³⁰ Für das Jahr 1991 sind keine gesamtdeutschen Daten für die GKV verfügbar, daher beginnt die Gegenüberstellung mit dem Jahr 1992.

Zwischen 1991 und 2003 haben sich also die Ausgaben für die ärztliche Behandlung in der GKV und in der PKV unterschiedlich entwickelt. Insbesondere sind seit 1991 folgende Veränderungen zu verzeichnen gewesen:

- 1996 hat es eine einmalige Veränderung der GOÄ gegeben, deren Effekt von der Bundesregierung seinerzeit mit einem Ausgabenplus von insgesamt etwa 5 % bewertet worden ist. Daran ist ein Teil auf Punktwertanhebungen und ein größerer Teil auf strukturelle Änderungen zurückzuführen gewesen.
- Zahlreiche Veränderungen im EBM.
- Einführung von Budgets für die ambulante ärztliche Versorgung mit einem systematischen von Kassenarztbezirk zu Kassenarztbezirk aber unterschiedlichen Punktwertverfall.
- Veränderung und Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Vertragsärzten in der GKV.
- Leistungsmanagement und restriktivere Rechnungsprüfung in der PKV.
- Veränderung von Versichertenstrukturen in der PKV und in der GKV. Die Versichertenzahl hat 1992 in der PKV noch 6,686 Mio. betragen. Sie ist bis 2003 auf 8,110 Mio. angestiegen. Ein Anstieg in der Versichertenzahl bedeutet in der Regel eine überproportionale Zuwanderung an jüngeren Versicherten mit entsprechend günstiger Risikostruktur; dies dürfte sich dämpfend auf die Kosten je Versicherten bemerkbar machen. Die Versichertenzahl in der GKV ist 1992 von 71,788 Mio. auf 70,454 Mio. in 2003 gesunken. Tendenziell dürfte damit ein Anstieg des Durchschnittsalters verbunden sein; im Ergebnis bedeutet dies eine Verschlechterung der Morbiditätsstruktur.

Aus der Entwicklung der Leistungsausgaben je Versicherten – verbunden mit der Preisdifferenz für ärztliche Leistungen aus dem Jahr

1991 – ergibt sich zwingend, dass der Mehrumsatzeffekt für PKV-Versicherte gegenüber 1991 deutlich angestiegen sein muss. Auch hierfür dürften sowohl Preis- als auch Mengeneffekte verantwortlich sein.

Zur Bewertung des aktuellen Preiseffektes im ambulanten Bereich wird im Folgenden ein Vergleich der GOÄ mit dem EBM in der im Jahr 2001 geltenden Fassung vorgenommen.

In beiden Abrechnungssystemen, im EBM und in der GOÄ, werden die meisten ärztlichen Leistungen zunächst mit Punkten bewertet. Jeder Punkt ist einen Geldbetrag wert. In der GOÄ ist dieser Punktwert immer konstant 5,82873 Cent (§ 5 Abs. 1 GOÄ). Im EBM ist der Wert der Punkte nicht so eindeutig bestimmt.

Der Wert der Punkte und damit die Höhe der Vergütung regelt in jedem Bundesland ein eigener Gesamtvertrag, in dem die Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung der Gesamtvergütung festgelegt werden (§§ 82, 83, 89 SGB V). Der Punktwert kann im Gesamtvertrag vorab geregelt werden, so dass die Vergütung feststeht, bevor die Leistung erbracht wird, z.B. bei einer Einzelleistungsvergütung. In der Regel ergeben sich die Punktwerte aber bei einer Pauschalvergütung nachträglich, indem die Gesamtvergütung jeder Krankenkasse durch die Punkte aller erbrachten Leistungen der Patienten dieser Krankenkasse dividiert wird. Je nach Leistungsmenge und Art des Arztes werden die Vergütungen auf die Ärzte verteilt. Die Punktwerte werden jedes Quartal berechnet.

Die Höhe des Punktwertes variiert je nach Art des Arztes, nach Zugehörigkeit zur Kassenärztlichen Vereinigung und nach Art der Leistungen.

Vom 1.7.1997 bis zum 1.7.2003 existierten Praxisbudgets, die eine fallzahlabhängige Obergrenze für die insgesamt von einem Arzt abrechenbare Leistung festlegte. Die Höhe des Budgets variierte nach Facharztgruppen. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im

Jahre 2003, wird bei der Vergütung der Vertragsärzte entsprechend der erbrachten Punkte zusätzlich ein Honorarverteilungsmaßstab angewendet.³¹

Aus den unterschiedlichen Punktwerten im EBM wird ein Mittelwert bestimmt, der in dieser Arbeit für die von der GKV vergüteten Leistungen zugrunde gelegt wird.

Es werden durchschnittliche Punktwerte für die einzelnen Fachgruppenleistungen und Bundesländer in der GKV verwendet. Des Weiteren müssen die Durchschnitte über die Quartale eines Jahres gebildet werden, da die Daten für ein gesamtes Jahr verarbeitet werden. Als Grundlage für die Schätzung des durchschnittlichen Punktwertes werden die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angegebenen Durchschnittspunktwerte bis 2000 verwendet und für das Jahr 2001 fortgeschrieben.³² So wird ein Punktwert von 7,6 Pfennig zugrunde gelegt.

Für den Vergleich der Höhe der Vergütung wird die Häufigkeitsverteilung von GOÄ-Leistungsziffern in einer Stichprobe des PKV-Verbandes herangezogen. In dieser Stichprobe werden 40.000 Rechnungen aus dem ambulanten, dem stationären und dem zahnmedizinischen Bereich erfasst. Für die hier verwendete Gegenüberstellung werden nur die Rechnungen aus dem ambulanten Bereich herangezogen, die 275.171 Leistungspositionen enthalten. Diese Leistungspositionen verteilen sich auf 1.582 Leistungsziffern, wovon manche sehr häufig abgerechnet werden, wie z. B. die Gebührenposition der GOÄ-Ziffer 1 *Beratung, auch Tel., ggf. m. Untersuchung* mit knapp 30.000 Fällen. Andere Ziffern wurden dagegen im Erhebungszeitraum entsprechend seltener abgerechnet.

³¹ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Berlin, abrufbar im Internet unter www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/aufgaben/punkt/.

³² Siehe: Kassenärztliche Bundesvereinigung, im Internet abrufbar unter <http://daris.kbv.de/daris.asp>.

Als Grundlage für die Zuordnung der GOÄ-Gebührenpositionen zu den EBM-Ziffern wird die „Orientierungstabelle zur Umsetzung von GOÄ – in EBM-Nummern“ in Brück (1999)³³ herangezogen. Es werden 90 % der Leistungen der PKV-Stichprobe den entsprechenden Positionen im EBM zugeordnet. Dies entspricht 254 Gebührenpositionen der GOÄ. Davon lassen sich 152 Positionen nach der Orientierungstabelle direkt zuordnen. Dies entspricht 41,3 % der Leistungen der Stichprobe. In dieser Auswahl sind sehr viele Laboruntersuchungen enthalten, die eine hohe Überzahlung aufweisen.

Aus den 254 ausgewählten Positionen sind 36 bedingt in der Nummer 1 des EBM enthalten und gegebenenfalls auch den Positionen 2 und 4 zurechenbar. Diese 36 Positionen machen einen Anteil von 27 % an den gesamten Leistungen und ca. 15 % an dem Wert der Leistungen der Stichprobe der PKV aus.

Für eine Auswertung werden nur die Gebührenpositionen verwendet, die nach dem Kommentar zur Gebührenordnung mit dem Schlüssel 1 versehen sind, der vergeben wird, wenn der GOÄ- und EBM-Leistungsinhalt (fast) identisch ist.³⁴ Bei einem durchschnittlichen Punktwert in der GKV von 7,6 Pfennig, beträgt der durchschnittliche Unterschied ca. das 3,9fache, das heißt, der Abrechnungsbetrag in der PKV ist im Durchschnitt 3,9-mal so groß wie in der GKV für gleiche Leistungen. Der Durchschnitt wurde in diesem Fall so ermittelt, indem der abgerechnete Wert einer Leistung in der PKV zum Verhältnis des Gesamtwertes der Abrechnungen der hier betrachteten Positionen gesetzt wurde.³⁵ Tabelle 31 im Anhang stellt die betrachteten GOÄ-Ziffern mit den zugeordneten EBM-Nummern dar. Zusätzlich werden noch die Abrechnungszahlen in der PKV-Stichprobe angege-

³³ Brück, Dieter (1999), Kommentar zur Gebührenordnung der Ärzte, 3. Auflage, S.1204.9-1240.99.

³⁴ Siehe: Brück, Dieter (1999), Kommentar zur Gebührenordnung der Ärzte, 3. Auflage, S.1204.10.

³⁵ Bildet man den Durchschnitt auf Grundlage der Gewichtungen nach Anzahl der abgerechneten Leistungen, ergibt sich sogar ein Verhältnis von 4,66, da Ziffern, die einen geringen Geldwert aufweisen, z.B. Laborleistungen, in der Regel einen höheren Unterschied aufweisen.

ben. Der Einzelsatz, der in der GOÄ angegeben ist, wird dem tatsächlich abgerechneten Betrag, in dem der Steigerungssatz enthalten ist, gegenübergestellt. Schließlich werden auch die Punktwerte oder der Festbetrag aus dem EBM und die daraus resultierenden Zahlungen für die einzelnen Ziffern in der GKV angegeben. Es fällt auf, dass die Verhältnisse der Vergütungen je Leistungsziffern sehr stark variieren. Das Verhältnis reicht vom 1,49fachen für die GOÄ-Ziffer 207 *Zinkleinverband o. Tape-Verb. gr. Gelenk* bis zum 26,28fachen für GOÄ-Ziffer 3509 *Mikroskopie, einfache Färbung, je Mat.* Weiter ist festzustellen, dass selbst die Einzelsätze der GOÄ schon über den Beträgen, die sich nach EBM ergeben, liegen.

Die hier vorgenommene empirische Auswertung kann allerdings nur als sehr grobe Annäherung an die Ermittlung der wirklichen Differenz von GOÄ und EBM verstanden werden, da keine umfassende Gegenüberstellung aller Leistungsziffern erfolgt. Die hier ermittelten Relationen in Verbindung mit den um fast 2,3fachen höheren Leistungsausgaben legen jedoch den Schluss nahe, dass die Unterschiede im Mehrumsatz im Arzthonorarbereich hauptsächlich dem Preiseffekt zuzuschreiben sind und nur im untergeordneten Maße ein Struktureffekt vorliegt.

Für die Bewertung des Mehrumsatzeffekts kommt es entscheidend darauf an, inwieweit dieser Effekt auch als Quersubvention im Gesundheitswesen anzusehen ist. Dafür ist eine Betrachtung der Situation der Arztpraxen erforderlich.

Zweifelsfrei haben nämlich Honorardifferenzen zwischen PKV und GKV Auswirkungen auf die betriebswirtschaftliche Situation der Arztpraxen.

Um die wirtschaftliche Bedeutung der Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten für die Arzthonorare darzustellen, bedarf es einer Kostenstrukturanalyse in den Arztpraxen. Diese Analyse ist zuletzt vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 1999 durchgeführt wor-

den.³⁶ Zwischenzeitlich dürfte sich sowohl die Honorar- und die Kostensituation der niedergelassenen Praxen stark verändert haben. Nur unter der Annahme günstiger Bedingungen ist aufgrund der Budgetdeckelungen im GKV-Bereich die Kostenentwicklung nicht steiler verlaufen als die Einnahmensituation der Praxen.

Für die Allgemeinpraxen in den alten Ländern waren in der Kostenstrukturanalyse, differenziert noch Honorarklassen, folgende Ergebnisse ausgewiesen:

Honorarklasse			
	bis 260.000 DM	260.000 – 380.000 DM	über 380.000 DM
Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit	174.848 DM	317.582 DM	492.856 DM
Einnahmen aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit	39.872 DM	61.428 DM	83.170 DM
Summe	214.720 DM	379.010 DM	576.026 DM
– Betriebsausgaben	120.462 DM	208.791 DM	312.453 DM
Überschuss	94.258 DM	170.219 DM	263.573 DM

Unterstellt man nun einmal fiktiv, dass die Gebührensätze im Privatbereich um den 3fachen Satz niedriger liegen würden, entsprechend einer Angleichung EBM und GOÄ, dann würden sich folgende modifizierten Überschüsse ergeben:

modifizierter Überschuss	67.676 DM	129.267 DM	208.126 DM
nach Honorarklassen	(– 28 %)	(– 24 %)	(– 21 %)

Diese nur exemplarische Modellrechnung geht davon aus, dass alle Privatpatienten zu einer um den 3fachen Satz niedrigeren Gebühren-

³⁶ Brenner, G.; Bogumil, W: Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1999, Köln, 2002.

position behandelt werden.³⁷ Eine Kostensteigerung geht damit nicht einher, denn in der Regel wird eine ärztliche Leistung nicht dadurch teurer, dass sie für einen Privatpatienten erbracht wird. Soweit mit der Privatleistung ein höherer Zeitaufwand des Arztes verbunden ist, z.B. beratungsintensive Leistung, ist dies hier nicht berücksichtigt, weil der ärztliche Zeitaufwand nicht Bestandteil der hier berücksichtigten Betriebsausgaben ist.

Diese – nur grobe – Modellrechnung dient zur Verdeutlichung, dass die Verkleinerung der Privathonorare zu einer prozentual überproportionalen Verschlechterung der Überschussituation des Arztes – hier zwischen 21 % und 28 % – führt.

Damit hat das Privathonorar eine Art Hebelwirkung für die wirtschaftliche Existenzfähigkeit der Praxis eines niedergelassenen Arztes.

5.1.1.2. Arzneimittelmarkt

Die Gesamtausgaben der PKV für Arznei- und Verbandmittel betragen 2003 1,652 Mrd. €. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass knapp 50 % der PKV-Versicherten einen Beihilfeanspruch haben, der hier vereinfacht mit 60 % zugrunde gelegt wird,³⁸ ergibt eine überschlägige Berechnung, dass die PKV-Versicherungen für Vollversicherte insgesamt etwa 2,5 Mrd. € für Arznei- und Verbandmittel im Jahr 2003 aufgewendet haben. Berücksichtigt man, dass Arzneimittel überwiegend im hohen Lebensalter benötigt werden, zu einem Zeitpunkt also, zu dem der Beihilfeanspruch von 50 % auf 70 % gestiegen ist, dann ist die Gesamtausgabe von 2,5 Mrd. € mit dem unterstellten durchschnittlichen Beihilfeanteil von 60 % deutlich untertrieben. Die

³⁷ Unterstellt man sogar als Differenz – wie oben dargestellt – das 3,9fache, dann sind die Ergebnisse noch wesentlich deutlicher.

³⁸ Aktive erwerbstätige Beihilfeberechtigte haben einen Beihilfeanspruch von 50 %; Versorgungsempfänger in Höhe von 70 %. Für Familienmitglieder gibt es differenzierte Sätze zwischen 50 % und 80 %.

Analyse aus Profildaten im Abschnitt 5.1.3. wird deshalb auch zu höheren Werten führen. Hinzu kommen reine Selbstzahlungen, z.B. wegen bestehender Selbstbehaltregelungen und/oder Ansprüche auf Beitragsrückgewähr, die nicht durch eine Leistungsanspruchnahme gefährdet werden sollen. In einem nicht quantifizierbaren Umfang sind darüber hinaus selbstbeschaffte rezeptfreie Arzneimittel zu berücksichtigen. Rechnerisch entfielen damit auf Beihilfe und PKV insgesamt Leistungsausgaben von 308 € je Versicherten.

Die Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel betragen 2003 24,2 Mrd. €. Hinzu kommen Selbstbeteiligungen in einem Umfang von 1,8 Mrd. €. Rezeptfreie Arzneimittel waren 2003 noch Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs, so dass, wenn sie ärztlich verordnet wurden, sie von der GKV bezahlt wurden. Je Versicherten³⁹ waren das 344 € pro Jahr.

Die Zahlen je Versicherten zwischen PKV und Beihilfe auf der einen Seite und GKV auf der anderen Seite sind jedoch nicht vergleichbar, weil dahinter vor allem altersbedingte unterschiedliche Morbiditätsstrukturen der Versicherten stehen. Die Arzneimittelausgaben sind in besonders hohem Maße mit dem Faktor Lebensalter korreliert.

Für den Vergleich der Ausgaben zwischen PKV und GKV ist es vor allem wichtig, dass GKV- und PKV-Versicherte unterschiedliche Beschaffungsbedingungen auf dem Arzneimittelmarkt vorfinden.

Die Preisbildung geschieht auf dem Arzneimittelmarkt zunächst einheitlich für alle Versicherten- respektive Patientengruppen. Die Arzneimittelhersteller sind in der Preisbildung grundsätzlich frei. Die Arzneimittelpreisverordnung bestimmt, wie sich die Preisbildung vom Herstellerpreis bis hin zum Apothekenpreis entwickelt.

Darüber hinaus sind folgende Rabattregelungen im Jahr 2003⁴⁰ für GKV-Versicherte beachtlich:

³⁹ Laut GKV-Statistik KM2, KM5 und KM6 verfügte die GKV bundesweit im Oktober 2003 über 70.421.961 Versicherte.

⁴⁰ In den Folgejahren unterliegen diese Regelungen zum Teil Veränderungen.

- Die Krankenkassen erhalten für ihre Versicherten in der Apotheke einen Rabatt von 5 % (§ 130 SGB V) auf den Apothekerabgabepreis.
- Die pharmazeutischen Hersteller haben über die Apotheken den Krankenkassen einen Rabatt in Höhe von 6 % des Herstellerabgabepreises zu gewähren (§ 130a Abs. 1 SGB V). Diese Regelung gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag besteht.
- Rabatt auf der Großhandelsstufe.
- Zusätzliche Rabattvereinbarungen sind zwischen den pharmazeutischen Unternehmen und den Krankenkassen möglich (§ 130a Abs. 8 SGB V). Im Jahr 2003 ist allerdings keine unternehmensspezifische Rabattvereinbarung abgeschlossen worden.

Insgesamt ist mit Rabatten eine Entlastung der GKV in der Größenordnung von 3,1 Mrd. € erzielt worden.⁴¹

Der prozentuale Anteil der Rabatte für die GKV gemessen am Bruttoumsatz in Apotheken beträgt 11,6 %.

Wäre der PKV und der Beihilfe ein Rabatt in derselben Höhe eingeräumt worden, dann wären nach der hier vorliegenden Berechnung die Arzneimittelausgaben des selbstbezahlenden Sektors um 240 Mio. € niedriger gewesen.

Die Erhöhung der Rabatte ist im Beitragssatzsicherungsgesetz für 2003 damit begründet worden, auf dem Arzneimittelmarkt vorhandene Rationalisierungspotentiale zu heben und der GKV zu geben. Da es keinen ersichtlichen Grund gibt, warum Rationalisierungspotentiale allein im Bereich der GKV-Versicherten vorhanden sein sollen und nicht auch im Bereich der PKV-Versicherten, ist die einseitige Begünstigung der GKV ein Tatbestand der Quersubventionierung zuzulasten

⁴¹ Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2004, S. 139.

der PKV/Beihilfe. Das für den PKV-Bereich vorhandene Rationalisierungspotential ist der GKV beziehungsweise ihren Versicherten zugute gekommen.

Ein großer Teil des Arzneimittelmarktes wird durch Festbeträge geregelt. Hierbei handelt es sich um Erstattungshöchstsätze der GKV. Im Jahr 2003 betrug der Marktanteil der Festbetragsarzneimittel im GKV-Markt, gemessen am Gesamtumsatz, 35,4 %. Das waren 60,6 % aller Verordnungen.⁴² Die von der GKV festgelegten Festbeträge bewirken in der Regel, dass Hersteller mit Preisen oberhalb des Festbetrags ihre Preise zumindest auf die Höhe des Festbetrags absenken müssen, wenn sie keine erheblichen Umsatzeinbußen erleiden wollen. Nur auf dem Markt der Selbstzahler ist ein über dem Festbetrag liegender Preis nicht absatzgefährdend, da die Erstattungshöhe nicht auf die Höhe des Festbetrags begrenzt bleibt.

Im Ergebnis wirken die Festbeträge aber preisbestimmend für den Gesamtmarkt.

Von besonderer Bedeutung auf dem GKV-Arzneimittelmarkt sind die Richtgrößen, die die vormaligen Arzneimittelbudgets ersetzt haben (§ 84 SGB V). Damit ist ein Ausgabenvolumen im Arzneimittelbereich nebst Zielvereinbarungen für die Umsetzung festgeschrieben. Durch zahlreiche Instrumente – von der aut idem Verordnung, über eine Reimportregelung, über die Beratung von Ärzten – soll auf eine auch an Wirtschaftlichkeitskriterien angelegte Verordnungsweise des Arztes eingewirkt werden. Für den einzelnen therapierenden Arzt hat das zur Folge, dass Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in die Verordnungsentscheidung mit einfließen. Es ist dabei strittig, ob die damit einhergehenden Verordnungsentscheidungen nicht auch Auswirkungen auf die therapeutische Qualität bei der Verordnungsentscheidung hat. Handelt es sich also ausschließlich um Maßnahmen der Rationalisierung oder findet eine Rationierung beim Patienten statt?

⁴² VFA: Festbetragsanpassungen lassen den Umsatz weiter sinken.

Der jährlich erscheinende Arzneiverordnungsreport⁴³ legt nahe, dass es auf dem Arzneimittelmarkt weitere zahlreiche Rationalisierungsreserven gibt. Dem steht die Aussage gegenüber, dass nicht nur die Verordnung von Arzneimitteln an Privatpatienten hochwertiger ist, sondern dass ein großer Teil der Arzneimittelinnovationen in der Praxis der niedergelassenen Ärzte zunächst bei Privatpatienten erfolgt und erst nach und nach in die Versorgung der GKV übernommen wird.⁴⁴ Der höhere Umsatz mit innovativen Arzneimitteln für PKV-Versicherte trägt so wesentlich zur Innovation neuer Verfahren im Gesundheitswesen bei.

5.1.1.3. Heil- und Hilfsmittel

Im Jahr 2003 hat die GKV für Heil- und Hilfsmittel insgesamt 9,30 Mrd. € aufgewendet. Je Versicherten waren das 132 €.

Die Ausgaben der PKV für Heil- und Hilfsmittel betragen im Jahr 2003 1.047,1 Mio. €. Unter Hinzurechnung des Anteils der Beihilfe, die hier aus Vergleichsgründen mit durchschnittlich 60 % veranschlagt wurde, ergibt sich rechnerisch ein Betrag von rund 1.515,6 Mio. €; je Versicherten ist das rechnerisch ein Betrag von rund 191,3 € pro Jahr. Auch hier gilt aber, dass diese Leistungen überwiegend in höherem Lebensalter benötigt werden, dann also, wenn der Beihilfeanspruch von 50 % auf 70 % gestiegen ist. Da dies in den rechnerischen Betrag von 1.515,6 Mio. € nicht berücksichtigt werden konnte, ergibt sich hier eine deutliche Unterschätzung.

Die Unterschiede zwischen GKV und PKV haben vielfältige Ursachen:

⁴³ Schwabe, U.; Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneimittelverordnungsreport, Berlin, Heidelberg, diverse Jahre.

⁴⁴ Dies entspricht im Übrigen auch der Logik des gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 ff. SGB V), der über die Zuständigkeit neuer Verfahren in der ambulanten Versorgung entscheiden muss. Bei einer positiven Entscheidung kann er sich nur auf Erfahrungen aus der stationären Versorgung, aus dem Ausland oder aus der Behandlung von Privatpatienten im Inland beziehen.

- Im Bereich der GKV sind Zuzahlungen zu leisten, die hier rechnerisch nicht berücksichtigt sind. Umgekehrt sind die Auswirkungen von Selbstbehalten und Eigenanteilen zur Schonung eines Anspruchs auf Beitragsrückgewähr in der PKV nicht berücksichtigt.
- Es gibt erhebliche Unterschiede in der Altersstruktur und damit im Inanspruchnahmeverhalten zwischen PKV- und GKV-Versicherten.
- Der versicherte Leistungsumfang unterscheidet sich insbesondere bei den Hilfsmitteln. Das Hilfsmittelverzeichnis der GKV ist grundsätzlich erheblich umfassender als der tariflich zugesicherte Leistungsumfang in der PKV.
- Im Hilfsmittelbereich der GKV gelten zum Teil Festbeträge (= Erstattungsobergrenzen); in einigen Fällen überschreiten die Hilfsmittelpreise die Festbeträge, dies wirkt dann wie eine zusätzliche Selbstbeteiligung der Versicherten.
- Zum Teil gelten verschiedene Preise gegenüber Selbstzahlern und GKV-Versicherten.

Insbesondere zum letzten Punkt ist festzustellen, dass es im Bereich der Heilmittel festgelegte Vergütungsvereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Heilmittelerbringern gibt.

Verbindliche Preisvereinbarungen auf kollektiver Ebene im Selbstzahlerbereich gibt es nicht. Unter Verweis auf die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) wird oft auf die Ortsüblichkeit eines Preises abgestellt. Da 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert sind, ist infolge dessen ortsüblich, was im Bereich der GKV berechnet wird. In der Praxis erweist es sich jedoch als schwierig, diese Rechtsauffassung konsequent durchzuhalten. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass im Bereich der Beihilfe von den Beihilfegebern eigene Erstattungsobergrenzen im Rahmen der Beihilfavorschriften festgelegt worden sind, die – je nach Bundesland unterschiedlich – zum Teil

deutlich über die GKV-Sätze hinausgehen. In vielen Fällen haben sich die Beihilfesätze als die üblicherweise den Selbstzahlenden in Rechnung zu stellenden Preise durchgesetzt.

Unter der Annahme, dass die Krankenkassen bei ihrer Vereinbarung von Vergütungssätzen mit den Heilmittelerbringern selber von der Zugrundelegung einer überproportionalen Einnahmensituation aus dem selbstzahlenden Bereich ausgehen, wäre auch hier vom Tatbestand des Mehrumsatzes auszugehen.

Vergleichbar ist die Situation im Bereich der Hilfsmittel. Soweit keine Festbeträge gelten, können die Landesverbände der Krankenkassen Preisvereinbarungen mit den Hilfsmittelerbringern abschließen. Diese Verträge können kassenindividuell abgeschlossen werden, so dass sich am Markt ein unterschiedliches Preisspektrum für einzelne Hilfsmittel ergeben kann. Wegen der Vielzahl der Preise ist alleine schon deshalb im selbstzahlenden Bereich kein Bezug auf den ortsüblichen Preis möglich.

In der Preisverhandlung zwischen Hilfsmittelerbringern und Krankenkassen ist deshalb die Vergütungssituation aus dem Selbstzahlungsbereich impliziter Bestandteil. Je höher die Vergütung auf dem Selbstzahlermarkt, desto preisreagibler können sich die Hilfsmittelerbringer darstellen und umso bestimmter kann die Forderung der Krankenkassen sein.

5.1.2. Empirische Befunde für den ambulanten Bereich insgesamt

Die aus den dargestellten Unterschieden resultierenden Preis- und Struktureffekte sind in Form des Mehrumsatzes durch den Vergleich der Profildaten präzise abbildbar. Hierfür sind zunächst einige methodische Anmerkungen erforderlich.

In den Meldungen für die Kopfschadenstatistik der PKV differenzieren die Mitgliedsunternehmen in der Mehrzahl der Tarife nicht

zwischen Arzneimittelausgaben, Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel sowie Ausgaben für die ärztliche Behandlung. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wird zunächst der ambulante Bereich inklusive der Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowohl in der PKV als auch in der GKV betrachtet. In der Kopfschadenstatistik der PKV stehen die zusammengefassten Daten direkt zur Verfügung.

In den RSA-Daten sind die Leistungsausgaben getrennt nach Apotheke und Arzt dargestellt. Die beiden Positionen werden addiert. Zusätzlich werden noch die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse hinzugezogen. Die im RSA ausgewiesenen Pro-Tag-Werte werden auf ein Jahr hochgerechnet. Des Weiteren werden die Leistungsausgaben, die für besonders schwere und kostenintensive Fälle in dem Risikopool ausgeglichen werden und den oben genannten Bereichen zuzuordnen sind, in entsprechenden Anteilen aufgeschlagen. Ausgaben für Erwerbsminderungsrentner werden ebenfalls entsprechend dem Anteil der Erwerbsminderungsrentner den GKV-Versicherten zugerechnet. So ergeben sich Leistungsausgaben für den Bereich Ambulant pro Versicherten für jedes Alter und Geschlecht, die den entsprechenden Leistungsausgaben in den Kopfschadenstatistiken der PKV vergleichend gegenübergestellt werden können.

Die Daten sind für den gesamten ambulanten Bereich in der PKV direkt analysierbar. Schwierig wird es jedoch bei der Aufteilung in die jeweiligen einzelnen Bereiche Arzthonorare, Arzneimittel, Heilmittel sowie Hilfsmittel. Hier müssen teilweise Abschätzungen vorgenommen werden. Dies ändert nichts an der insgesamt korrekt ermittelten Summe über alle ambulanten Leistungsbereiche hinweg; es kann aber sein, dass einzelne Bereiche zu hoch oder zu niedrig ausgewiesen werden. Diese Abweichungen wiederholen sich dann in anderen Bereichen mit jeweils umgekehrten Vorzeichen.

Ein methodisch wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist die Zurechnung der Leistungsausgaben, die im HLB 5 als *sonstige Leistungsausgaben* enthalten sind, da sie, je nachdem wo sie berücksichtigt werden, die Vergleichbarkeit beeinflussen. Aus diesem Grund ist in

einem Exkurs auf die Analyse dieser Leistungsausgaben gesondert einzugehen.

Exkurs: Sonstige Leistungsausgaben

Ganz entscheidend für den Vergleich der Leistungsausgaben in den jeweils einzelnen ambulanten Bereichen ist die Behandlung des HLB 5 *sonstige Leistungsausgaben* im RSA.

Die Analyse ergibt, dass eine teilweise Zurechnung zu den Bereichen Arzt und Arznei-, Heil- und Hilfsmittel erforderlich ist.

Tabelle 13 enthält die Art der Leistungen, die unter die *sonstigen Leistungsausgaben* fallen, mit ihrem Umfang und dem jeweiligen Anteil an dem Gesamtumfang der Position im Jahr 2003. Insgesamt fielen im Jahr 2003 in diesem Bereich für alle GKV-Versicherten Leistungen im Umfang von ca. 17,5 Mrd. € an.⁴⁵ Im RSA, in der Satzart 43, summieren sich die im RSA ausgeglichenen *sonstigen Leistungsausgaben* 2003 zu 15,928 Mrd. €. Die Differenz zwischen diesen beiden Größen lässt sich mehrheitlich dadurch erklären, dass Leistungen, die in der Statistik KJ1 der Position *Schwangerschaft/Mutterschaft* zugeordnet werden, im RSA dem HLB 1 zugeordnet werden. Daher werden in Tabelle 13 nur 1,0358 Mrd. € für Position 14 *Schwangerschaft/Mutterschaft* angesetzt und nicht die in der Statistik KJ1 -2003 verzeichneten 2,685 Mrd. €.

Viele Leistungen aus den in Tabelle 13 dargestellten *sonstigen Leistungsausgaben* in diesem Bereich werden auch von der PKV erstattet, wie z.B. orthopädische Hilfsmittel, Sehhilfen, Hörhilfen oder teilweise auch Fahrkosten, andere Leistungen sind wiederum nicht im Umfang der privaten Versicherung enthalten, wie z.B. Sterbegeld oder Mutterschaftsgeld. Hierbei handelt es sich um Geldleistungen an Ver-

⁴⁵ Quelle: Endgültiges Rechnungsergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ1 -2003.

Tabelle 13

<i>Sonstige Leistungsausgaben im RSA 2003</i>		
<i>Art der sonstigen Leistungsausgaben</i>	<i>in 1.000 €</i>	<i>Anteil</i>
1. orthopädische Hilfsmittel	2.291.910	0,144
2. Sehhilfen	676.395	0,042
3. Hörhilfen	412.778	0,026
4. Hilfsmittel besonderer Art	1.278.909	0,080
5. Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben	515.264	0,032
6. Leistungen von Krankengymnasten/ Physiotherapeuten	2.349.132	0,147
7. Behandlung durch sonstige Heilpersonen	511.781	0,032
8. Logopäden, Sprachtherapeuten – nur vertragsärztl. Versorgung	266.014	0,017
9. Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen	453.244	0,028
10. Leistungen im Ausland (teilweise)	389.139	0,024
11. Soziale Dienste, Unterstützung bei Behandlungsfehlern	141.092	0,009
12. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	183.378	0,012
13. Belastungserprobung Arbeitstherapie	913	0,000
14. Schwangerschaft/Mutterschaft (teilweise auch HLB 1)	1.035.810	0,065
15. Sterbegeld	763.424	0,048
16. Medizinischer Dienst Gutachterkosten	299.976	0,019
17. Behandlungspflege nach § 37 (2) Satz 1 SGB V	1.625.617	0,102
18. Fahrkosten	2.722.904	0,171
19. Erstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie	10.324	0,001
Summe:	15.928.004	1

Quelle: BMGS P25: Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ1 -2003; eigene Berechnungen

sicherte; nicht aber um die direkte Bezahlung von Gesundheitsleistungen.

Der größte Teil der Leistungen, die auch in der PKV erstattet werden, sind dem ambulanten Bereich, also inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, zuzurechnen. Möchte man nur die Leistungen gegenüberstellen, die in beiden Systemen berücksichtigt werden, so sind wahrscheinlich ca. 50 % der Werte, die in den *sonstigen Leistungsausgaben* enthaltenden Positionen, für diesen Bereich anzusetzen. Die Positionen eins bis vier sowie Position, neun in der Tabelle 13, die ca. 30 % des Wertes der *sonstigen Leistungsausgaben* ausmachen, sind dem Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich zuzuordnen. Die Positionen fünf bis acht, die ca. 20 % des Wertes darstellen, können dem ambulanten Bereich zugeschlagen werden, da es jeweils in der PKV vergleichbare Leistungen gibt. Für die übrigen Positionen gibt es in der PKV keine entsprechenden Leistungen, daher bleiben diese im Folgenden unberücksichtigt. Fahrkosten bleiben ebenfalls unberücksichtigt, da keine Zuordnung zu den einzelnen Bereichen möglich ist.

Das Problem bei der prozentualen Zurechnung ist, dass nicht alle Leistungen in gleicher Weise über die Lebensspanne verteilt sind. Sterbegeld tritt zum Beispiel nur einmal am Ende auf. Daher haben einzelne Leistungen ganz unterschiedliche Profile. So ist eine prozentuale Zuordnung ungenau. Aufgrund des Mangels an detaillierten Daten bleibt aber nur dieser Weg.

Abbildung 13 zeigt die Profile der Ausgaben für *sonstige Leistungen* im RSA für das Jahr 2003 für Männer und Frauen. Es ist ein ausgeprägter Anstieg bei den Frauen im gebärfähigen Alter zu erkennen, der unter anderem auf das Mutterschaftsgeld zurückzuführen ist. Dies ist eine Leistung, die von der PKV-Vollversicherung nicht abgedeckt wird. Der starke Anstieg der *sonstigen Leistungsausgaben* im hohen Alter ist vermutlich auch auf das enthaltene Sterbegeld zurückzuführen. Eine Sterbegeldzahlung findet in der PKV nicht statt. (Seit dem GMG 2004 werden diese Leistungen ebenfalls von der GKV nicht mehr gezahlt. 2003 und in den Jahren davor gab es sie aber noch.) Dies hat zur

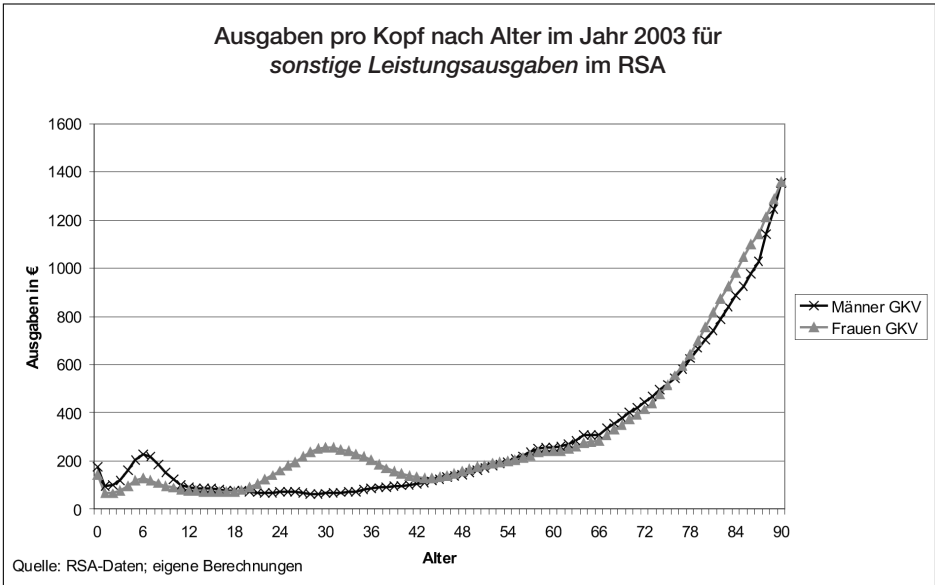


Abbildung 13

Folge, dass die Ausgaben der GKV unter Einbeziehung der gesamten *sonstigen Leistungsausgaben* eher zu hoch als zu niedrig im Verhältnis zu den Ausgaben der PKV eingeschätzt werden. Daher würden die errechneten Mehrumsätze, mit Einbeziehung dieser gesamten Ausgaben, die tatsächlichen Mehrumsätze unterschreiten.

Umgekehrt gilt, wenn man die *sonstigen Leistungsausgaben* unberücksichtigt ließe, würde dies im Ergebnis zu einer deutlich zu hohen Ausweisung des Mehrumsatzes führen, da den tatsächlich in der PKV versicherten Leistungen, wie beispielsweise Heil- und Hilfsmittel, keine entsprechenden Leistungen in der GKV gegenübergestellt würden. Unter bestmöglicher Zuordnung ergibt sich, dass etwa die Hälfte der Leistungen der Art und dem Betrag nach mitberücksichtigt werden sollten. Im Folgenden sind deshalb die *sonstigen Leistungsausgaben* zu 50 % mitberücksichtigt. Nach ausführlicher Analyse scheint dies der bestmögliche Schätzer zu sein. – *Exkurs Ende* –

Eine Berechnung der Ausgaben der PKV-Versicherten im ambulanten Bereich insgesamt, durch Hochrechnung der Kopfschäden der PKV-Statistik, ergibt die in Abbildung 14 dargestellten Umsätze. Grundlage der Hochrechnung sind ambulante Tarife mit 4,176 Mio. Versicherten im Jahr 2001, 4,157 Mio. Versicherten im Jahr 2002 und 4,442 Mio. Versicherten im Jahr 2003. Somit sind in der Stichprobe über die Hälfte aller PKV-Versicherten enthalten. Die Leistungsausgaben beinhalten auch die Beihilfen, die der Dienstherr finanziert.

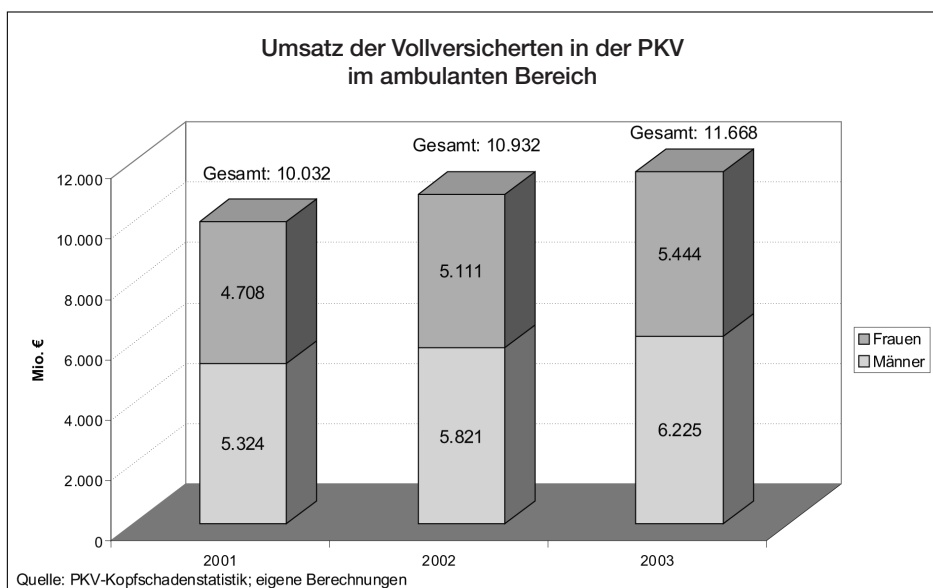


Abbildung 14

Im Jahr 2001 ergeben sich für die Vollversicherten im ambulanten Bereich Leistungsausgaben in Höhe von 10,032 Mrd. €. Diese steigen um 8,97 % auf 10,932 Mrd. € im Jahr 2002 und um weitere 6,74 % auf 11,668 Mrd. € im Jahr 2003.

Pro Kopf der PKV-Versicherten bedeutet dies einen durchschnittlichen Betrag von ca. 1.338 € im Jahr 2001, 1.416 € im Jahr 2002 und 1.479 € im Jahr 2003 (siehe Tabelle 14). Der Anstieg des Umsatzes pro

Tabelle 14

Umsatz pro Kopf in der PKV im ambulanten Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	1.172,09 €	–	1.591,62 €	–	1.337,53 €	–
2002	1.245,48 €	6,23 %	1.678,10 €	5,40 %	1.416,16 €	5,83 %
2003	1.303,95 €	4,74 %	1.745,77 €	4,05 %	1.478,52 €	4,45 %

Kopf im ambulanten Bereich liegt damit über der Steigerungsrate des gesamten Umsatzes in der PKV mit ca. 5 % von 2001 zu 2002 und ca. 3,5 % von 2002 zu 2003.

Dem gegenüberzustellen sind nun die hypothetischen Ausgaben für PKV-Versicherte in der GKV. Diese werden aus den RSA-Daten des HLB 1 *Arzt*, des HLB 3 *Apotheke*, des HLB 7 *Nichtärztliche Leistungen ambulante Dialyse* und 50 % des HLB 5 *sonstige Leistungsausgaben* ermittelt. Abbildung 15 enthält die resultierenden Leistungsausgabenprofile im ambulanten Bereich inklusive den Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in der PKV und GKV.

Es wird deutlich, dass die Leistungsausgaben pro Kopf auch in diesem Gesundheitsbereich in beiden Systemen relativ parallel verlaufen. Auffällig sind die ausgeprägt höheren Verläufe der Leistungsausgaben in der PKV.

Aus diesen Leistungsausgaben pro Kopf ergeben sich in diesem Bereich für die privat Vollversicherten entsprechend den RSA-Daten folgende hypothetischen Leistungsausgaben (siehe auch Abbildung 16). Im Jahr 2001 errechnen sich 4,936 Mrd. €, im Jahr 2002 5,268 Mrd. € und 2003 5,653 Mrd. €. In Prozent liegt diese Steigerung mit 7,15 % beziehungsweise 6,88 % im Bereich der Steigerung der Leistungsausgaben in der PKV. Absolut sind die Steigerungen der hypothetischen Leistungsausgaben aber mit 332 Mio. € von 2001 zu 2002 und 385 Mio. € von 2002 zu 2003 geringer als eine Steigerung von 900 Mio. € von 2001 zu 2002 beziehungsweise 736 Mio. € von 2002 zu

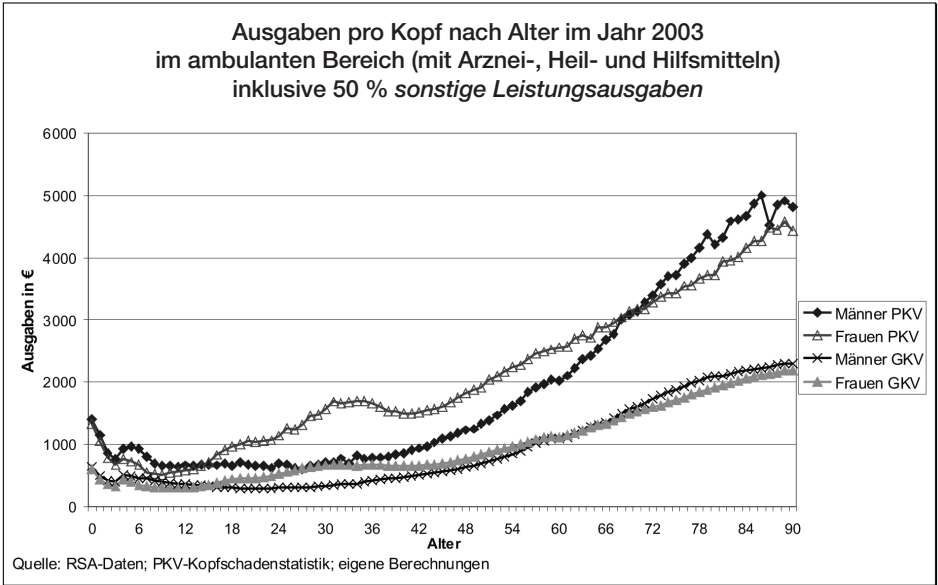


Abbildung 15

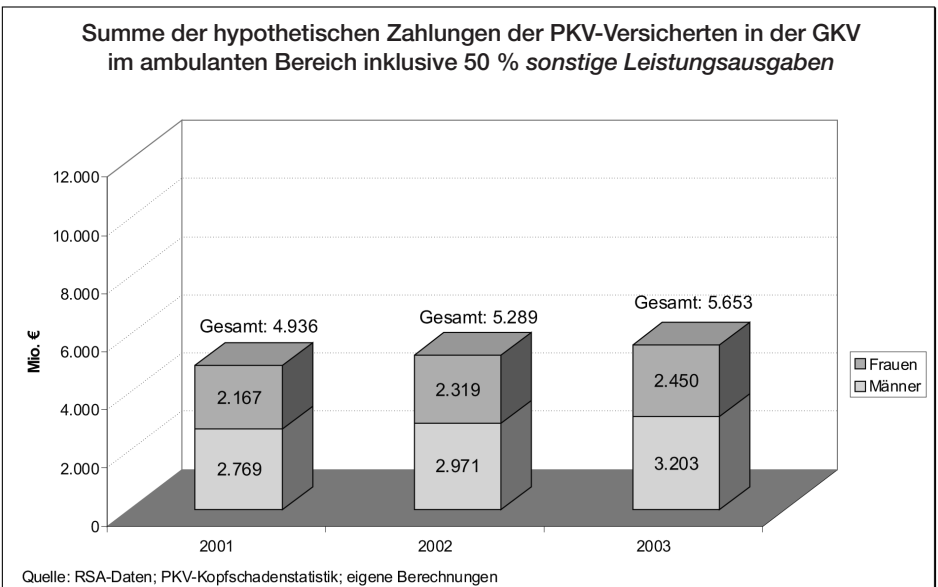


Abbildung 16

2003 in den tatsächlichen Ausgaben der PKV im ambulanten Bereich.

Als Durchschnittswerte für den PKV-Versicherten errechnen sich hypothetische Leistungsausgaben von 716 € im Jahr 2003, 685 € im Jahr 2002 sowie 658 € im Jahr 2001, siehe Tabelle 15.

Tabelle 15

Hypothetischer Umsatz pro Kopf in der GKV im ambulanten Bereich mit 50 % sonstigen Leistungsausgaben						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	609,57 €	–	732,48 €	–	658,11 €	–
2002	635,56 €	4,26 %	761,28 €	3,93 %	685,16 €	4,11 %
2003	670,98 €	5,57 %	785,68 €	3,20 %	716,30 €	4,54 %

Aus der Differenz der tatsächlichen Umsätze in der PKV und den hypothetischen Umsätzen der PKV-Versicherten in der GKV ergeben sich, wie oben beschrieben, die Mehrumsätze.

Abbildung 17 zeigt die Mehrumsätze im ambulanten Bereich, unter Berücksichtigung von 50 % der *sonstigen Leistungsausgaben*. Diese Werte sind – wie im Exkurs *sonstige Leistungsausgaben* beschrieben – die besten Schätzer für den tatsächlichen Mehrumsatz im ambulanten Bereich. Für die Jahre 2001 bis 2003 ergeben sich so Werte von 5,095 Mrd. €, 5,643 Mrd. € und 6,015 Mrd. €, die für PKV-Versicherte im System der PKV gezahlt wurden, als für den gleichen Versichertenkreis im System der GKV. Somit hat sich der Mehrumsatz in den drei beobachteten Jahren um ca. 920 Mio. € erhöht.

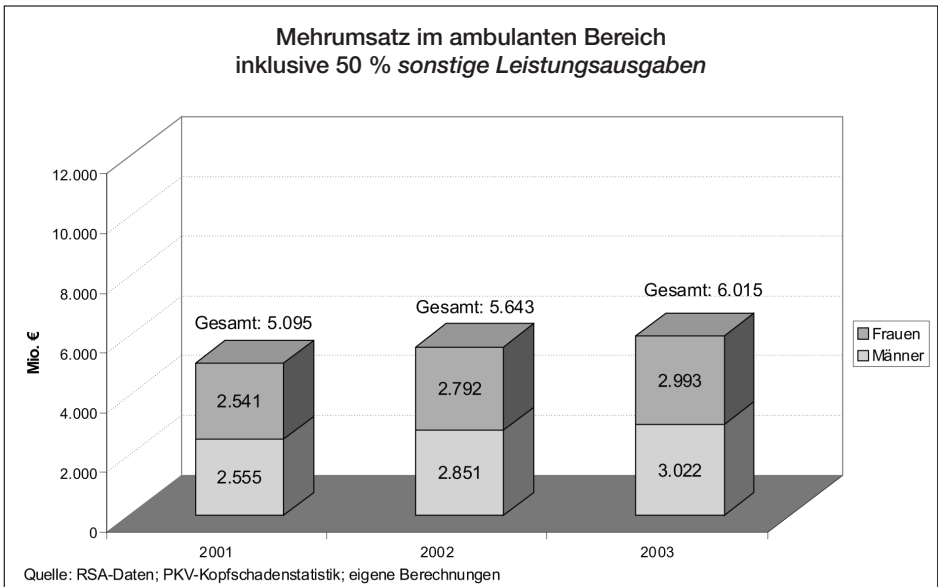


Abbildung 17

Pro Kopf der PKV-Versicherten sind dies Mehrumsätze von 679 €, 731 € und 762 € (siehe Tabelle 16). Dies bedeutet einen Zuwachs pro Kopf im ambulanten Bereich von ca. 83 € in der Zeit von 2001 bis 2003. Damit entfällt gut die Hälfte des Umsatzes der PKV in diesem Bereich auf den Mehrumsatz. Im Jahr 2003 waren es 51,6 %.

Tabelle 16

Mehrumsatz pro Kopf im ambulanten Bereich inklusive 50 % sonstige Leistungsausgaben						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	562,49 €	—	859,01 €	—	679,37 €	—
2002	609,94 €	8,43 %	916,74 €	6,72 %	731,04 €	7,61 %
2003	633,06 €	3,79 %	959,96 €	4,71 %	762,23 €	4,27 %

5.1.3. Empirische Befunde für den Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Im vorhergehenden Abschnitt wurden die Umsätze in der PKV im ambulanten Bereich, also einschließlich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, ermittelt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da die Datenbasis für den Bereich ambulante Versorgung inklusive Arzneimittelversorgung in der PKV – wie erwähnt – sehr gut ist.

Im Weiteren wird nun detailliert untersucht, in welchem Umfang dieser Mehrumsatz in den einzelnen Bereichen Arzthonorare und Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auftritt. Für den Arzneimittelbereich sind die Daten der PKV-Statistik nicht ganz so gut besetzt, da in vielen Tarifen Arzneimittel nicht getrennt berücksichtigt werden. Die Stichprobe beinhaltet 2,805 Mio. Personen, davon 1,340 Mio. Frauen und 1,465 Mio. Männer. Für den Bereich Heil-, und Hilfsmittel liegen keine gesonderten Kopfschadenstatistiken vor, daher wird eine pauschale Zuordnung gewählt.

Betrachtet man die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, stellt dies ein gewisses Abgrenzungsproblem dar, da im RSA die Heil- und Hilfsmittel teilweise dem HLB 3 *Apotheken* und teilweise dem HLB 5 *sonstige Leistungen* zugeordnet werden. In der ambulanten Gesamtgegenüberstellung inklusive den beiden HLB 3 *Apotheke* und 5 *sonstige Leistungen* sind damit in beiden Systemen die gleichen Leistungen erfasst. In der in diesem Abschnitt vorgenommenen Gegenüberstellung werden den Daten der PKV die Gruppe 43 *Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken und Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen*⁴⁶ und die Gruppe 44 *Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen*,⁴⁷ die im HLB 5 verbucht werden, gegenübergestellt. Hierzu zählen – entsprechend Tabelle 13 – orthopädische Hilfsmittel, Sehhilfen, Hörhilfen, Hilfsmittel besonderer Art und Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen. Der Wert dieser Positionen macht ca. 30 % der unter *sonstigen Leistungsausgaben* verbuchten

⁴⁶ Siehe: Vereinbarung zwischen den Krankenkassen, Anlage 1.1, Abschnitt A, S. 2 f.

⁴⁷ Ebenda.

Werte aus. Daher wird als Annäherung den im HLB 3 *Apotheken* verbuchten Leistungsausgaben pro Alter und Geschlecht noch 30 % der im HLB 5 *sonstige Leistungen* verbuchten Leistungsausgaben für jedes Alter und Geschlecht zugeordnet.

Hier zeigen sich die Schwächen der Zuordnung. In den *sonstigen Leistungsausgaben* befinden sich auch Ausgaben, die nicht gleichmäßig über die Altersklassen und Geschlechter verteilt sind, z.B. Ausgaben für Geburt und Schwangerschaft oder Sterbegeld. Dies führt bei einer pauschalen 30-prozentigen Zurechnung der *sonstigen Leistungsausgaben* zu Verzerrungen, da nicht selektiert werden kann, welche Leistungen in welcher Altersgruppe gezahlt werden. Mutterschaftsgeld z.B. dürfte nicht den Arznei-, Heil und Hilfsmitteln zugerechnet werden, wird es bei einer pauschalen 30-prozentigen Zurechnung in Teilen aber doch. Dies führt dazu, dass die Profile in der GKV im Arzneimittelbereich bei den Frauen im gebärfähigen Alter um die 28 Jahre über denen der PKV liegen. Diese Verzerrungen lassen sich aber leider nicht verhindern, da keine altersspezifischen Daten für die einzelnen Leistungspositionen vorliegen.

In der PKV lassen sich nur Profile der Leistungsausgaben für Arzneimittel berechnen, wie in Abbildung 18 dargestellt. In den Profildaten der GKV sind auch schon die Heilmittel aus der Apotheke enthalten.

Den PKV-Daten werden im nächsten Schritt die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel zugerechnet. Da – wie oben erwähnt – keine Kopfschadenstatistik differenziert nach Alter existiert, werden die Gesamtwerte für die Heil- und Hilfsmittel aus den Zahlenberichten der PKV herangezogen. Diese Daten werden um die Beihilfeausgaben erweitert. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in der PKV.

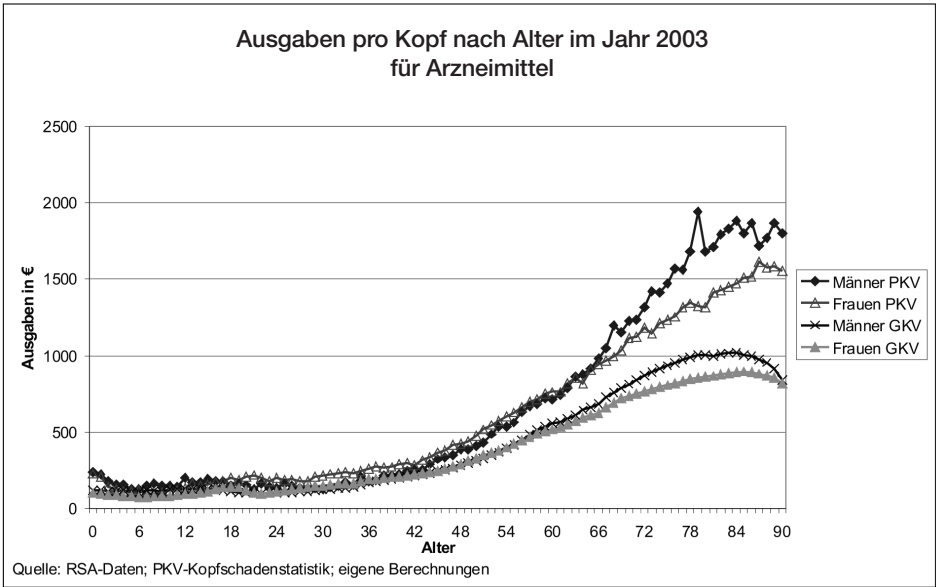


Abbildung 18

Tabelle 17

Umsatz der Vollversicherten in der PKV für Heil- und Hilfsmittel						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag in Mio. €	Änderung	Betrag in Mio. €	Änderung	Betrag in Mio. €	Änderung
2001	888	–	727	–	1.615	–
2002	944	6,26 %	772	6,27 %	1.716	6,27 %
2003	1.008	6,78 %	825	6,78 %	1.832	6,78 %

2001 ergibt sich in der PKV ein Umsatz von 4,196 Mrd. € für den Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Dieser Umsatz erhöht sich stark um 13,33 % auf 4,755 Mrd. € im Jahr 2002 und um weitere 7,92 % auf 5,131 Mrd. € im Jahr 2003 (siehe auch Abbildung 19).

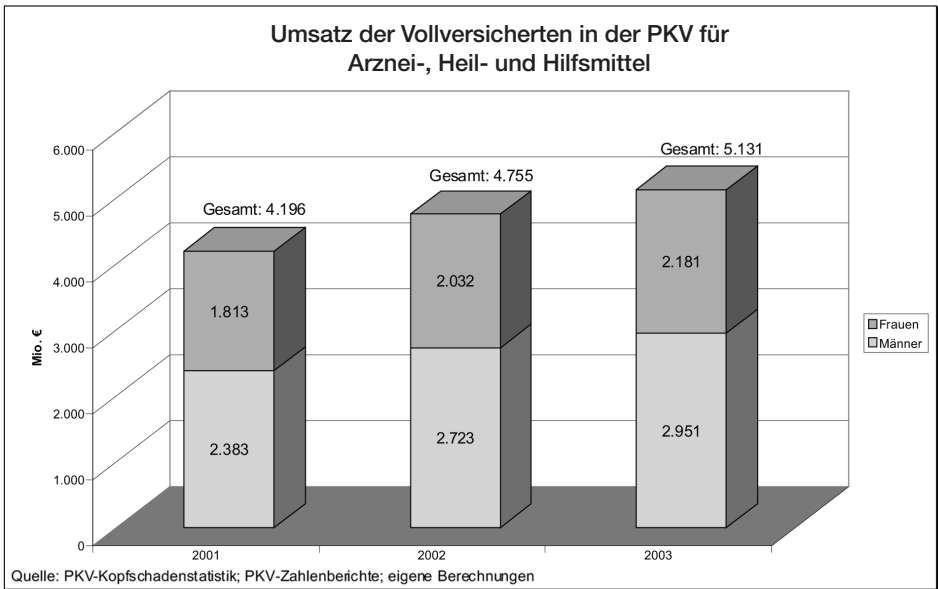


Abbildung 19

Dies entspricht einem durchschnittlichen Betrag pro Kopf von ca. 559 € im Jahr 2001. Auch dieser Betrag hat sich, wie Tabelle 18 zeigt, stark um über 10 % auf 616 € im Jahr 2002 und um 5,56 % auf ca. 650 € im Jahr 2003 erhöht.

Tabelle 18

Umsatz pro Kopf in der PKV für Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	524,62 €	–	612,83 €	–	559,41 €	–
2002	582,55 €	11,04 %	667,26 €	8,88 %	615,97 €	10,11 %
2003	618,13 €	6,11 %	699,26 €	4,80 %	650,19 €	5,56 %

Damit ist die Datengrundlage in der PKV gelegt, um die entsprechenden hypothetischen Zahlungen der PKV-Versicherten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel in der GKV gegenüberstellen zu können.

Zieht man die RSA-Daten des HLB 3 und 30 % des HLB 5 je Alter und Geschlecht heran und rechnet entsprechend der Versichertenstruktur in der PKV auf die Versichertenzahl der PKV hoch, ergeben sich hypothetische Leistungsausgaben im Bereich Arzneimittel inklusive Heil- und Hilfsmittel von 2,428 Mrd. € im Jahr 2001, 2,627 Mrd. € im Jahr 2002 und 2,776 Mrd. € im Jahr 2003 (siehe auch Abbildung 20), welche die Privatpatienten in der GKV zu zahlen hätten, wenn sie dort versichert gewesen wären.

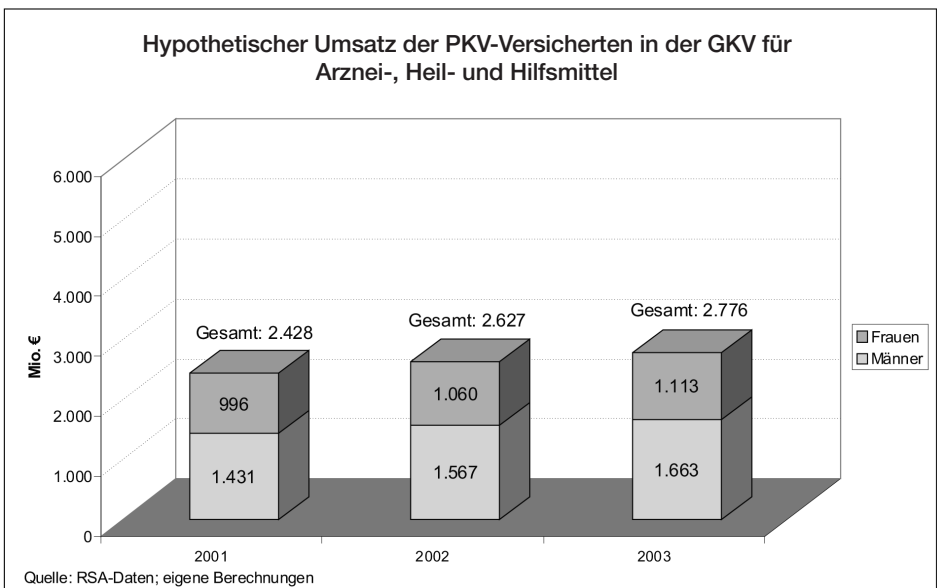


Abbildung 20

Tabelle 19

Hypothetischer Umsatz pro Kopf in der GKV für Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	315,08 €	–	336,83 €	–	323,66 €	–
2002	335,17 €	6,38 %	348,13 €	3,35 %	340,28 €	5,14 %
2003	348,40 €	3,95 %	356,90 €	2,52 %	351,76 €	3,37 %

Pro Kopf der PKV-Versicherten bedeutet dies einen durchschnittlichen Betrag von 323,66 € im Jahr 2001. Dieser erhöht sich um 5,14 % auf 340,28 € im Jahr 2002 und um 3,37 % auf 351,76 € im Jahr 2003. Tabelle 19 zeigt, dass im Arzneimittelbereich der Unterschied zwischen den Geschlechtern in der GKV mit einem um 6,90 % höheren Betrag bei den Frauen im Jahr 2001 geringer ist als in der PKV mit 11,54 % im selben Jahr. In den beiden Folgejahren verringert sich der Unterschied in beiden Systemen. In der GKV beträgt er 2002 3,87 % gegenüber 8,68 % in der PKV, und 2003 sind es 2,44 % in der GKV gegenüber 6,84 % in der PKV.

In diesem Bereich ergibt sich pro Kopf ein Mehrumsatz von ca. 210 € für Männer und 276 € für Frauen, so dass sich ein durchschnittlicher Mehrumsatz von 236 € im Jahr 2001 errechnet (siehe auch Tabelle 20). Dieser erhöht sich stark auf 276 € im Jahr 2002 und auf 298 € im Jahr 2003.

Tabelle 20

Mehrumsatz pro Kopf für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	209,60 €	–	276,09 €	–	235,68 €	–
2002	247,28 €	17,98 %	319,20 €	15,62 %	275,65 €	16,96 %
2003	269,76 €	9,09 %	342,33 €	7,25 %	298,44 €	8,26 %

Für alle PKV-Versicherten lässt sich im Jahr 2001 ein Mehrumsatz im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich von 1,768 Mrd. € ableiten. Dieser Mehrumsatz hat sich extrem um über 20 % auf 2,128 Mrd. € im Jahr 2002 und um weitere 10,68 % auf 2,355 Mio. € im Jahr 2003 erhöht (siehe auch Abbildung 21). Diese Erhöhung resultiert einerseits aus den starken Steigerungen in den Leistungsausgaben in der PKV in diesem Bereich sowie andererseits aus Einsparungen in der GKV durch zusätzliche Arzneimittelrabattregelungen.

Von den Ausgaben der PKV für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel entfallen 2001 damit 42 % auf den Mehrumsatz. Dieser Anteil hat sich erhöht. 2002 beträgt der Mehrumsatz 45 % und 2003 sogar 46 %.

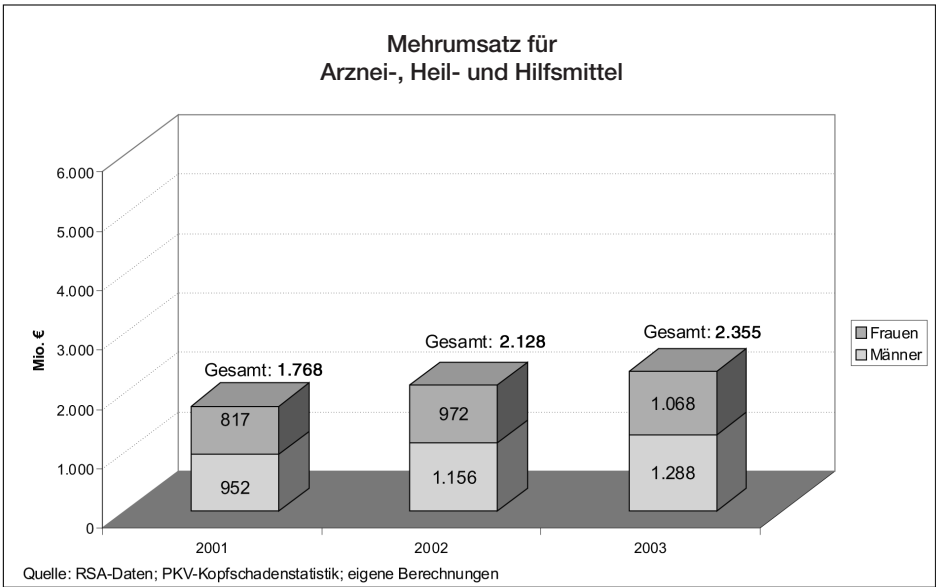


Abbildung 21

Exkurs: Rabatte in der GKV im Arzneimittelbereich

In der Satzart 43 des RSA von 2003 werden 3,219 Mrd. € an Arzneimittelrabatten, die den GKV-Versicherten im Jahr 2003 gewährt wurden, ausgewiesen. Diese Rabatte sind in den oben verwendeten Daten nicht enthalten. Um zu ermitteln, wie viel die PKV-Versicherten als GKV-Versicherte an Rabatt erhalten hätten, wird das Verhältnis der Ausgaben für den HLB 3 *Apotheken* und den hier dem Arzneimittelbereich zugeschlagenen 30 % des HLB 5 *sonstigen Leistungsausgaben* zum Umfang der Rabatte ermittelt. In der Satzart 43 des RSA werden für den HLB 3 27,079 Mrd. € und für den HLB 5 15,928 Mrd. € ausgewiesen. 30 % des HLB 5 zuzüglich des HLB 3 ergeben ein Gesamtvolumen von 31,857 Mrd. €. Aus diesem Gesamtvolumen, im Verhältnis zu den oben erwähnten Rabatten, ergibt sich ein durchschnittlicher Rabatt von ca. 10 %. Im hypothetischen Umsatz der Privatpatienten in der GKV im Jahr 2003 wären somit 278 Mio. € Ra-

batte enthalten.⁴⁸ Als PKV-Versicherte wurde ihnen aber kein Rabatt eingeräumt, so dass sie für die Arzneimittel, die sie als GKV-Versicherter bekommen hätten, als PKV-Versicherter den um die Rabatte höheren Betrag mehr zahlen müssten. Somit hätten die Privatpatienten in der GKV im Jahr 3,034 Mrd. € als hypothetischen Betrag zu zahlen. Tatsächlich haben sie aber in der PKV 5,131 Mrd. € für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gezahlt. – *Exkurs Ende* –

5.1.4. Empirische Befunde für den ambulanten Bereich ohne Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (Arzthonorare)

In den vorangehenden Abschnitten wurde zunächst der ambulante Bereich inklusive des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereichs und danach der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich separat betrachtet. Stellt man die Ergebnisse dieser beiden Abschnitte gegenüber, lassen sich auch Aussagen über die Arzthonorare ohne die Arzneimittel treffen.

Zieht man von den Daten der PKV-Kopfschadenstatistik für den ambulanten Bereich inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittel die Kopfschäden für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ab und stellt den resultierenden Daten die RSA-Daten des HLB 1 *Arzt*, des HLB 7 *nichtärztliche Leistung der ambulanten Dialyse* sowie 20 % der *sonstigen Leistungsausgaben* gegenüber, so erhält man die vergleichbaren Größen. Damit sind im Wesentlichen die Arzthonorare abgebildet.

Für die Vollversicherten der PKV ergibt sich aus diesen Daten ein Umsatz von 5,836 Mrd. € im Jahr 2001. Dieser Betrag hat sich um 5,84 % auf 6,177 Mrd. € und um weitere 5,82 % auf 6,537 Mrd. € im Jahr 2003 erhöht (siehe Abbildung 22).

⁴⁸ Vgl. S. 71: Die Berechnung der Wirkung der Rabatte im Arzneimittelbereich ist hier, wo die Daten aus Profildaten abgeleitet werden, zweifelsfrei besser als auf Seite 71, wo lediglich Durchschnittsdaten zur Verfügung standen.

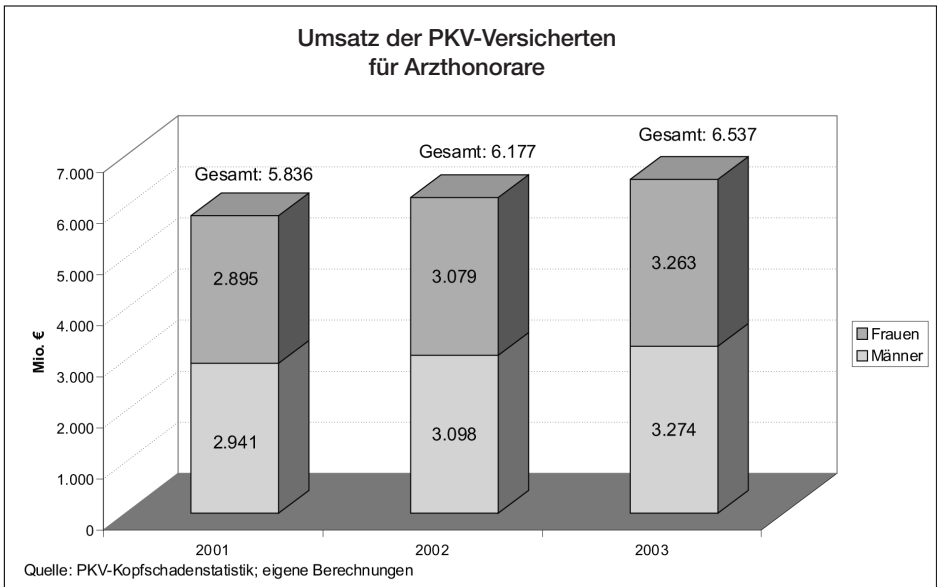


Abbildung 22

In der PKV führt die Subtraktion der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel- ausgaben zu durchschnittlichen Kopfschäden von 778 € im Jahr 2001. Diese erhöhen sich um 2,84 % auf 800 € und um weitere 3,51 % auf 828 € in den Folgejahren (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21

Umsatz pro Kopf in der PKV für Arzthonorare						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	647,41 €	–	978,79 €	–	778,08 €	–
2002	662,93 €	2,40 %	1.010,89 €	3,28 %	800,21 €	2,84 %
2003	685,79 €	3,45 %	1.046,46 €	3,52 %	828,30 €	3,51 %

Ein hypothetischer Umsatz in der GKV von 2,486 Mrd. € im Jahr 2001 lässt sich für die Vollversicherten der PKV herleiten. Auch dieser erhöht sich um 7,08 % auf 2,662 Mrd. € und um 8,08 % auf 2,877 Mrd. € in den Folgejahren (siehe Abbildung 23).

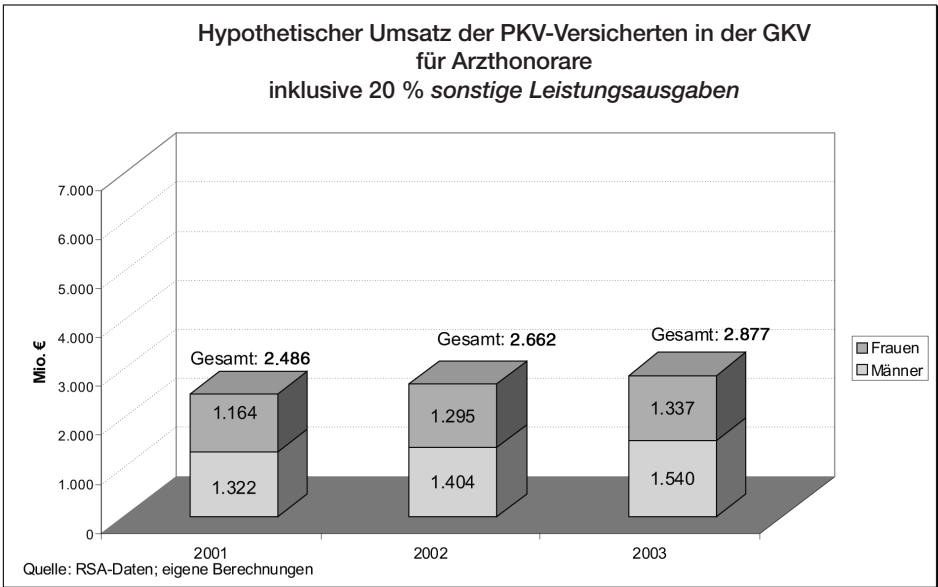


Abbildung 23

Pro Kopf der PKV-Versicherten ergibt sich ein hypothetischer Umsatz in der GKV von 331 € im Jahr 2001, 345 € in 2002 und 365 € in 2003 (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22

Umsatz der Vollversicherten pro Kopf in der GKV für Arzthonorare inklusive 20 % sonstige Leistungsausgaben						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	291,03 €	–	393,54 €	–	331,45 €	–
2002	300,40 €	3,22 %	425,21 €	8,05 %	344,85 €	4,04 %
2003	322,61 €	7,39 %	428,76 €	0,83 %	364,55 €	5,71 %

Abbildung 24 stellt den Mehrumsatz dar, der sich errechnet, wenn man den PKV-Kopfschäden des ambulanten Bereichs ohne die Arzneimittel, die hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV inklusive 20 % der sonstigen Leistungsausgaben gegenüber-

stellt. Mit den 20 % sonstigen Leistungsausgaben sollen im Wesentlichen die Honorare für Psychotherapeuten abgebildet werden.⁴⁹

Dieser Mehrumsatz beträgt im Jahr 2001 ca. 3,350 Mrd. € und erhöht sich in den darauf folgenden Jahren um 4,92 % auf 3,515 Mrd. € und um 4,11 % auf 3,660 Mrd. €.

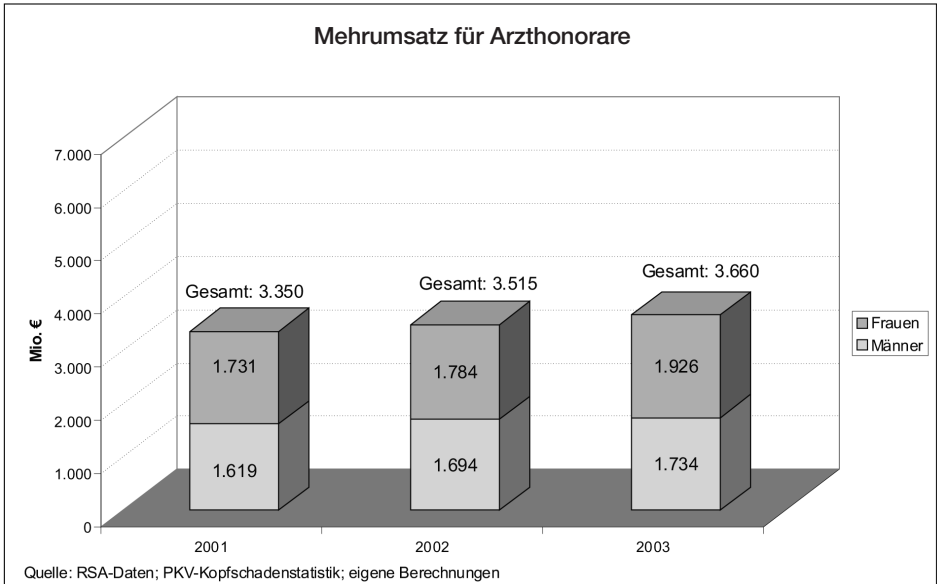


Abbildung 24

Tabelle 23

Mehrumsatz pro Kopf für Arzthonorare						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	356,39 €	–	585,37 €	–	446,69 €	–
2002	362,50 €	1,72 %	585,73 €	0,06 %	455,37 €	1,94 %
2003	363,30 €	0,22 %	617,80 €	5,47 %	463,73 €	1,84 %

⁴⁹ Siehe auch den Abschnitt Exkurs: *Sonstige Leistungsausgaben*.

Pro Kopf bedeutet dies einen durchschnittlich für alle PKV-Versicherten gebildeten Mehrumsatz von 447 €, der sich um 1,94 % auf 455 € im Jahr 2002 und um 1,84 % auf 464 € im Jahr 2003 erhöht hat (siehe Tabelle 23).

Vergleicht man die Kopfschäden in der PKV mit den Mehrumsätzen pro Kopf, stellt sich heraus, dass im Jahr 2003 ca. 56 % der Leistungsausgaben der PKV im Bereich Arzthonorar dem Mehrumsatz zugerechnet werden können. Dies ist mehr als in den anderen Bereichen.

5.2. Zahnmedizinischer Bereich

5.2.1. Strukturelle Unterschiede in der Leistungsbeschaffung zwischen PKV und GKV

2003 betragen die Ausgaben der GKV im Bereich der Zahnmedizin 11,82 Mrd. €. Damit ergeben sich durchschnittliche Ausgaben je Versicherten in Höhe von 168 € pro Jahr. Diese Pro-Kopf-Ausgaben weichen von denen der PKV-Versicherten mit 409 € in der GKV insofern konträr von den anderen Gesundheitsbereichen nach oben ab, da die höchsten Ausgaben im zahnmedizinischen Bereich in jungen Jahren auftreten und das Versichertenkollektiv der PKV jünger ist als das der GKV.

Ursächlich für die unterschiedlichen Zahlen zwischen PKV und GKV sind folgende Besonderheiten in beiden Systemen:

- Die Erstattungsquote für Zahnersatz liegt in der GKV je nach Umfang der vorangegangenen Prophylaxeleistungen zwischen 50 % und 65 %. Die Höhe der Erstattungssätze in der PKV hängt vom gewählten Tarif ab.
- Aufwendiger Zahnersatz gehört grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der GKV. Er ist oft Bestandteil des PKV-Versicherungsschutzes.

- Die Gebührenregelungen für die zahnärztlichen Leistungen sind zwischen der GKV (BemaZ) und der PKV (GOZ) unterschiedlich.
- Es gibt oft Unterschiede in der Preisgestaltung des zahntechnischen Labors zwischen GKV- und PKV-Versicherten.
- Kieferorthopädie für Erwachsene gehört grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der GKV. Viele PKV-Tarife sehen solche Leistungen auch im Erwachsenenalter vor.
- Bei erfolgreich abgeschlossenen kieferorthopädischen Leistungen erstattet die GKV bei Kindern den zunächst gezahlten Eigenanteil zurück. Viele PKV-Tarife sehen dauerhafte Zuzahlungen vor.
- Aufwendige zahnmedizinische Leistungen (z.B. aufwendige Füllungen) gehören in der Regel nicht zum Leistungskatalog der GKV, wohl aber zum Leistungskatalog der meisten PKV-Tarife.

Aufgrund des in der Regel deutlich höherwertigen Versicherungsschutzes in der PKV und aufgrund des reduzierten Leistungsniveaus für Zahnersatz in der GKV ist davon auszugehen,

- dass PKV-Versicherte zwar ebenfalls einen Eigenanteil bei Zahnersatz zu zahlen haben, dieser Eigenanteil in der Regel – je nach den tariflichen Modalitäten – bei 20 % bis 35 % liegt,
- dass die Basis zur Bewertung des Eigenanteils in der PKV aber höher liegt, weil wegen der GOZ–BemaZ–Differenz die zahnärztlichen Leistungen im PKV-Bereich höher bewertet werden und weil auch vergleichbare zahntechnische Leistungen in der PKV ebenfalls teurer sind,
- dass andererseits die Berechnungsgrundlage für GKV-Versicherte zwar niedriger ist, aber der prozentuale Eigenanteil höher ist und hinzu kommen die Leistungen, die vollständig selber gezahlt werden müssen, weil sie aus dem Leistungskatalog der GKV herausfallen.

Der Vergleich zwischen dem Eigenanteil der GKV- und PKV-Versicherten ist vor diesem Hintergrund nicht abschließend möglich, weil die einzelnen zum Teil positiven und zum Teil negativen Aspekte nicht quantifiziert werden können.

Die Gesamtbetrachtung macht deutlich, dass der Mehrumsatzeffekt im Zahnbereich möglicherweise in einem allerdings nicht quantifizierbaren Umfang durch einen höheren Eigenanteil der GKV-Versicherten, insbesondere für Mehrleistungen, verkleinert wird.

Klar ist auch, dass dem Mehrumsatzeffekt der PKV-Versicherten ein zum Teil deutlich höheres Leistungsangebot gegenübersteht. Es gibt also einen beträchtlichen Struktureffekt.

Hinsichtlich der Preiseffekte ist auf zwei Sachverhalte hinzuweisen:

Zum einen resultieren unmittelbare Preiseffekte im Vergleich BemaZ und GOZ. Eine Studie aus dem Jahr 2002⁵⁰ kommt zu dem Ergebnis, dass die Sätze im BemaZ im Durchschnitt 5 % über dem 1,7fachen Steigerungssatz in der GOZ liegen. Der üblicherweise in Rechnung gestellte 2,3fache Satz liegt dementsprechend noch höher. Dabei handelt es sich wohlgerne um Durchschnittswerte, die im unmittelbaren Vergleich von einzelnen Leistungspositionen zu erheblichen Abweichungen führen können. Auch ist zu berücksichtigen, dass dabei vom gleichen Zeit- und Materialaufwand der Leistungserbringung ausgegangen wurde. Ein Struktureffekt wurde also nicht berücksichtigt. Auch dies entspricht nicht unbedingt den realen Gegebenheiten in der Zahnarztpraxis.

Zum anderen gibt es einen Preiseffekt bei zahntechnischen Laborleistungen. Viele Zahnlabors rechnen bei der Erstattung des Zahner-

⁵⁰ B. Langer, A.O. Kern, B. Martolock, A.B. Pfaff: Vergleich der Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung und im Standardtarif der PKV, 2002.

satzes für privat versicherte Patienten höhere Preise ab als bei der Erstattung des Zahnersatzes für GKV-Versicherte.⁵¹

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein größerer Teil der Unterschiede zwischen PKV und GKV im zahnmedizinischen Bereich auf einen Struktureffekt zurückzuführen ist und ein kleinerer Teil auf einen Preiseffekt. Damit dürfte das Ausmaß der Quersubventionierung in diesem Bereich geringer sein als in den anderen. Im Folgenden wird auch im zahnmedizinischen Bereich der Mehrumsatz als Produkt des Preis- und Struktureffektes anhand der Profildaten empirisch quantifiziert.

5.2.2. Empirische Befunde

Es wird eine Stichprobe mit ca. 3 Mio. Personen, die hauptsächlich mit beihilfeberechtigten Versicherten besetzt ist, herangezogen, um die Umsätze im zahnmedizinischen Bereich in der PKV pro Alter und Geschlecht zu ermitteln. Der zahnmedizinische Bereich umfasst sowohl Zahnbehandlung als auch Zahnersatz.⁵²

Für die Ermittlung der hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV werden die Daten des HLB 3 *Zahnärzte* des RSA verwendet. In diesem sind die mit der PKV vergleichbaren Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz der GKV enthalten.

Aus diesen Datengrundlagen ergeben sich die in Abbildung 25 dargestellten Profile für privat und gesetzlich versicherte Personen. Die Profile in diesem Bereich weisen eine andere Form auf als diejenigen in den anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Mit steigendem Alter ist zunächst ein starker Anstieg mit einem Höhepunkt bei 13 und 14 Jahren festzustellen. In dieser Phase finden verstärkt Zahnregulierungen statt.

⁵¹ Dabei gibt es immer wieder Unklarheiten darüber, auf welcher Rechtsgrundlage eine solche Preisdifferenzierung möglich sein soll. Es gibt zahlreiche Rechtsentscheidungen hierüber; an einer verbindlichen rechtlichen Klarstellung durch den Gesetzgeber fehlt es bis heute.

⁵² Bei Tarifen mit Selbstbehalten werden wieder um 2,5 % reduzierte Rechnungsbeträge verwendet.

Danach fallen die Ausgaben pro Kopf und Jahr bis zum ca. 20. Lebensjahr, um dann wieder bis zum ca. 65. Lebensjahr anzusteigen. Schließlich fallen die durchschnittlichen Ausgaben pro Kopf in beiden Systemen bis zum Lebensende.

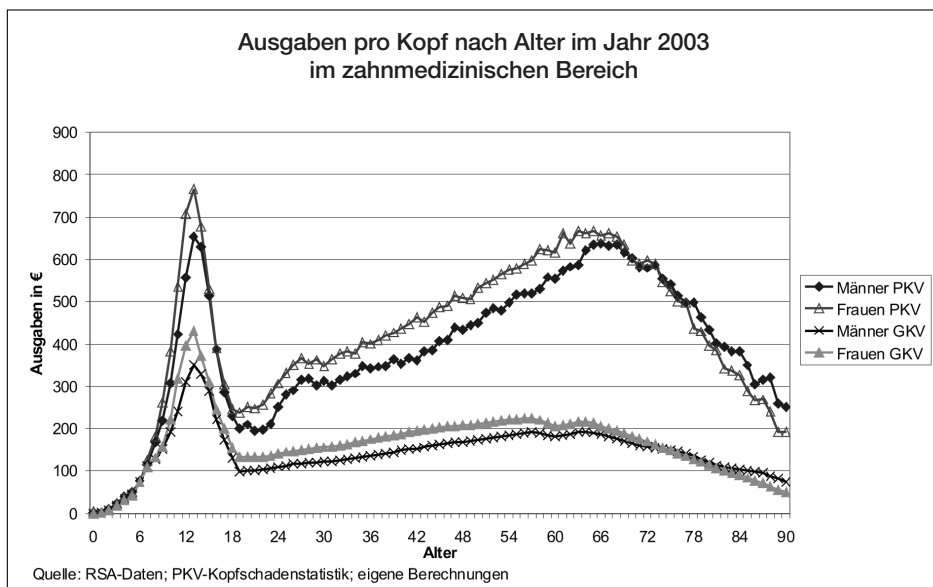


Abbildung 25

Die Profile der Ausgaben in der PKV und der GKV laufen auch in diesem Bereich, wie in den übrigen Bereichen, auffallend parallel. Die Ausgaben für Privatpatienten liegen aber ab dem achten Lebensjahr deutlich – meistens über dem Doppelten – über den Ausgaben für gesetzlich Versicherte.

Für alle PKV-Versicherten ergibt sich aus den Daten der Kopfschadenstatistik ein Gesamtumsatz von 2,787 Mrd. € im Jahr 2001, dieser erhöht sich um 9,58 % auf 3,054 Mrd. € im Jahr 2002 und um weitere 5,76 % auf 3,230 Mrd. € im Jahr 2003 (siehe auch Abbildung 26).

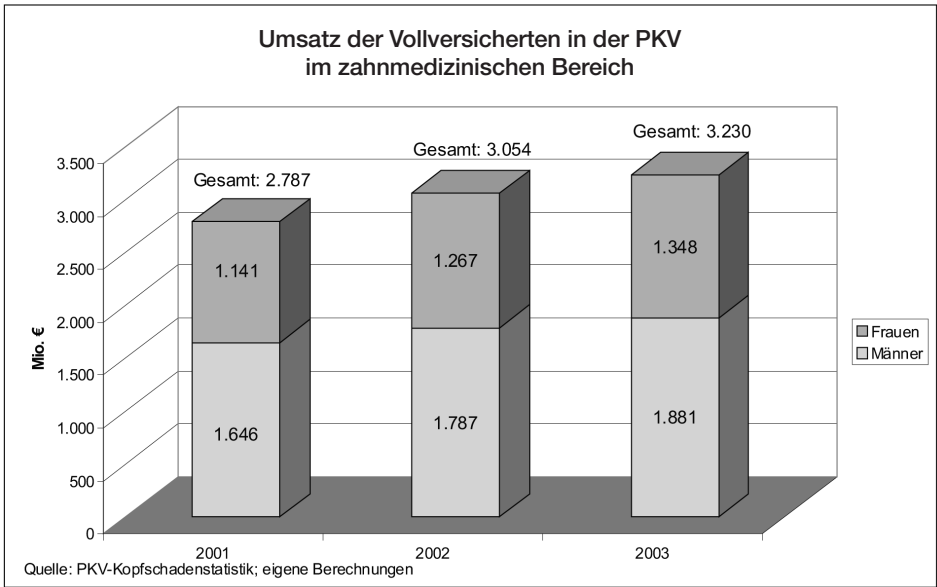


Abbildung 26

Pro Kopf der PKV-Versicherten bedeutet dies einen durchschnittlichen Betrag von 372 € im Jahr 2001, 396 € im Jahr 2002 und 409 € im Jahr 2003 für Leistungen im zahnmedizinischen Bereich (siehe auch Tabelle 24).

Tabelle 24

Umsatz pro Kopf in der PKV im zahnmedizinischen Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	362,25 €	–	385,85 €	–	371,55 €	–
2002	382,28 €	5,53 %	416,02 €	7,82 %	395,59 €	6,47 %
2003	394,08 €	3,09 %	432,39 €	3,93 %	409,22 €	3,45 %

Verwendet man die aus den RSA-Daten ermittelten Leistungsausgaben pro Kopf, um den hypothetischen Umsatz zu berechnen, den die PKV-Versicherten in der GKV im zahnmedizinischen Bereich erzeugt hätten, so beläuft sich dieser im Jahr 2001 auf 1,222 Mrd. €. Im Jahr

2002 steigt er um 2,02 % auf 1,246 Mrd. € und um weitere 4,61 % auf 1,304 Mrd. € im Jahr 2003. Abbildung 27 zeigt diese Entwicklung.

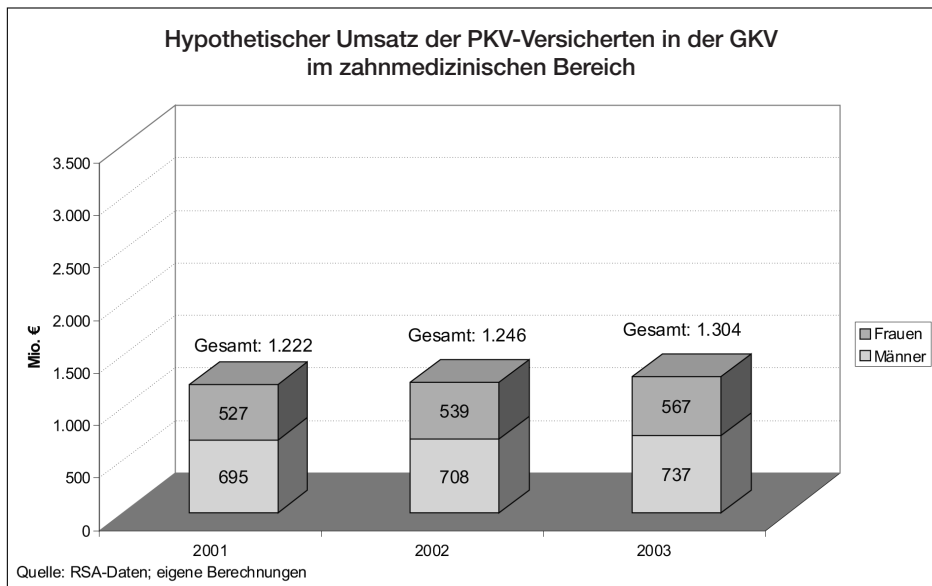


Abbildung 27

Auf den einzelnen PKV-Versicherten entfällt damit im Jahr 2001 ein durchschnittlicher Betrag für die zahnmedizinische Versorgung in der GKV von ca. 163 €. Dieser Betrag fällt zunächst auf 161 € im Jahr 2002 und steigt dann wieder auf über 165 € im Folgejahr, wie Tabelle 25 zeigt.

Tabelle 25

Hypothetischer Umsatz pro Kopf in der GKV im zahnmedizinischen Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	152,96 €	–	178,14 €	–	162,89 €	–
2002	151,41 €	-1,01 %	176,90 €	-0,70 %	161,47 €	-0,87 %
2003	154,46 €	2,01 %	181,70 €	2,71 %	165,22 €	2,32 %

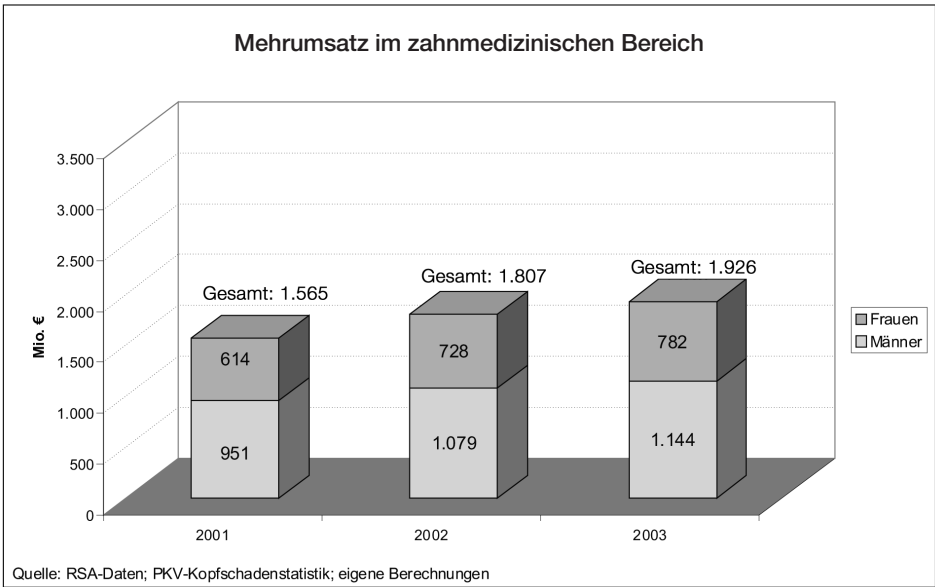


Abbildung 28

Aus der Differenz der Umsätze für den Versichertenkreis der PKV in beiden Systemen für den Zahnbereich ergibt sich ein Mehrumsatz im System der PKV von 1,565 Mrd. € im Jahr 2001. Durch die geringen Zuwächse in der GKV steigt der Mehrumsatz um 15,46 % auf 1,807 Mrd. € im Jahr 2002 und um 6,59 % auf 1,926 Mrd. € im Jahr 2003 (siehe auch Abbildung 28).

Bestimmt man den Mehrumsatz pro Kopf, fällt die Steigerung von 12,20 % (von 209 € auf 234 €) und von 4,22 % (von 234 € auf 244 €) geringer aus, da sich auch hier die Anzahl der Versicherten in der PKV im Beobachtungszeitraum erhöht hat (siehe auch Tabelle 26).

Tabelle 26

Mehrumsatz pro Kopf im zahnmedizinischen Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	209,28 €	–	207,71 €	–	208,66 €	–
2002	230,86 €	10,31 %	239,12 €	15,12 %	234,12 €	12,20 %
2003	239,62 €	3,79 %	250,69 €	4,84 %	243,99 €	4,22 %

5.3. Stationärer Bereich

5.3.1. Strukturelle Unterschiede in der Leistungsbeschaffung zwischen PKV und GKV

Die Ausgaben der PKV für Krankenhausbehandlung inklusive Wahlleistungen betragen im Jahr 2003 656 € pro Person. 2003 waren es je GKV-Versicherten 664 € im Jahr.

5.3.1.1. Allgemeine Krankenhausleistungen

Gemäß § 17 Abs. 1 KHG sind die Entgelte für alle Benutzer der Krankenhäuser einheitlich zu berechnen. Eine Preisdifferenzierung zwischen GKV- und PKV-versicherten Patienten scheidet aus.

Kalkulatorisch sind in den Entgelten alle Kosten enthalten, die für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen notwendig sind. Da PKV-Versicherte neben den allgemeinen Krankenhausleistungen Wahlleistungen in Anspruch nehmen, ist eine Ungleichbehandlung zwischen PKV- und GKV-versicherten Patienten auf den ersten Blick nicht erkennbar.

Hinzuweisen ist allerdings auf eine enge Verbindung zu den Wahlleistungen. Während bei der Wahlleistung *gesonderte Unterkunft* Zuschläge für die Mehrleistung gegenüber der Unterbringung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen in Rechnung zu stellen sind, ist die Situation bei der wahlärztlichen Leistung anders. Hier sind die Gesamtleistungen der ärztlichen Leistung in Rechnung zu stellen, und zwar ergänzend zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Da kalkulatorisch in den Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Personalkosten der Ärzte enthalten sind, kommt es für PKV-Versicherte faktisch zu einer Doppelbelastung mit Arztkosten, einmal über die allgemeinen Krankenhausleistungen und ein zweites mal über die Berechnung der wahlärztlichen Leistungen.

Kalkulatorisch betragen die Personalkosten des ärztlichen Dienstes 14,6 % der Gesamtkosten im Krankenhausbereich.⁵³ In entsprechendem Umfang sind die Pflegesätze (bzw. Fallpauschalen und Sonderentgelte) mit ärztlichen Personalkosten belastet.

Um die Mehrbelastung von Privatpatienten zu berechnen, bietet sich auch folgender Ansatz an: Privatpatienten wählen neben der allgemeinen Krankenhausleistung in der Regel die wahlärztliche Leistung. Dies ist im Grundsatz keine Entscheidung für eine andere ärztliche Leistung, sondern lediglich für die Person des Leistungserbringers. Die Leistungspflicht obliegt den leitenden Krankenhausärzten anstelle der jeweils diensthabenden Ärzte. Damit muss für die wahlärztliche Behandlung ein anderer Personalkostenansatz zugrunde gelegt werden.

Im Regelfall werden Ärzte im Krankenhaus nach dem Bundesangestellten-Tarifvertrag (BAT) bezahlt. Die Bezahlung der leitenden Ärzte unterscheidet sich von den anderen Ärzten durch die Eingruppierung in verschiedene Stufen des BAT. Leitende Ärzte werden jedenfalls außerhalb des akademischen Lehrbetriebs und dort, wo der BAT Anwendung findet, nach BAT I und nachgeordnete Ärzte, je nach Qualifikation und hierarchischer Einstufung, nach BAT II a bis BAT I a bezahlt.

Im Durchschnitt beträgt die Vergütungsdifferenz etwa 30 % bis 35 %. Unterstellt man, dass im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen ärztliche Leistungen nur von nachgeordneten Ärzten und im Rahmen der wahlärztlichen Leistungen ärztliche Leistungen nur von leitenden Krankenhausärzten erbracht werden, dann muss der auf Privatpatienten entfallende Anteil der ärztlichen Personalkosten etwa um 30 % bis 35 % höher sein als auf GKV-Patienten, die nur allgemeine Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen. Dies wäre eine verursachungsgerechte Kostenzurechnung unter Berücksichtigung der tatsächlichen Personalkosten. Die tatsächliche Kostenbelastung der PKV-Versicherten weicht, wie die Analyse der Wahlleistungen zeigen wird, hiervon jedoch erheblich ab:

⁵³ Deutsche Krankenhausgesellschaft: Zahlen, Daten, Fakten 2002.

- a) **Absenkung der Preise für allgemeine Krankenhausleistungen**
In der Kalkulation der Preise für allgemeine Krankenhausleistungen fließen anteilige Erlöse aus den Wahlleistungen mit ein (s.u.).
- b) **Die staatliche Investitionskostenfinanzierung ist unzureichend**
Die im Zuge der dualen Finanzierung vom Staat aufzubringende Investitionskostenfinanzierung ist seit Jahren rückläufig. Diese so genannten KHG-Fördermittel betragen im Jahr 2003 noch 2,844 Mrd. €; vor einem kontinuierlichen Rückgang betragen sie 1991 noch 3,641 Mrd. €. Der Anteil der KHG-Fördermittel ist gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 0,24 % im Jahr 2001 auf 0,13 % im Jahr 2003 gesunken.⁵⁴ Unterstellt man aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts im gleichen Zeitraum einen gemessen am Bruttoinlandsprodukt überproportional steigenden Bedarf an Investitionsmitteln, dann ist eine einigermaßen dem Fortschritt gewachsene Investitionstätigkeit im Interesse der allgemeinen Krankenhausleistungen nur möglich, indem insbesondere mit den Wahlleistungen weitere Finanzierungsquellen zur Verfügung stehen.

5.3.1.2. Wahlärztliche Behandlung

Nach § 17 Abs. 3 KHEntgG erstreckt sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten leitenden Krankenhausärzte. Eine Beschränkung der Vereinbarung über wahlärztliche Behandlung, beispielsweise nur auf den operierenden Chirurgen, ist nicht zulässig. Die Regelung schließt in praxi nicht aus, dass ein Patient neben der wahlärztlichen Behandlung andere ärztliche Leistungen nicht als wahlärztliche Leistungen, sondern als allgemeine Krankenhausleistungen, erhält. Hat beispielsweise der Anästhesist seine Leistung nicht höchstpersönlich erbracht, sondern ist die Anästhesie im Zuge einer Operation von nachgeordneten

⁵⁴ DKG: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung in den neuen Bundesländern, November 2004.

Ärzten erbracht worden, dann scheidet eine Berechnung der Anästhesie als wahlärztliche Behandlung eigentlich aus. Sie ist bereits mit den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen bezahlt worden. Tatsächlich entspricht eine solche Verfahrensweise jedoch kaum der Wirklichkeit. Hat sich ein Patient für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen entschieden, dann erhält er in aller Regel alle ärztlichen Leistungen, und zwar oft unabhängig davon, von wem sie erbracht wurden, gesondert als wahlärztliche Leistungen in Rechnung gestellt.

Abrechnungsgrundlage für die wahlärztlichen Leistungen ist die GOÄ. Nach § 6a sind die Gebührenansätze gegenüber der ambulanten Leistungserbringung um 25 % zu mindern. Von seiner Entwicklungsgeschichte her ist diese Minderung auf zwei Sachverhalte zurückzuführen:

- Die GOÄ ist ursprünglich nicht für den Krankenhausbereich, sondern für den ambulanten Bereich konzipiert worden. Zum einen enthalten die Gebührenansätze deshalb auch kalkulatorische Praxiskosten (Sach- und Personalkosten) des niedergelassenen Arztes. Diese Praxiskosten sind im Krankenhaus Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen und werden infolgedessen bereits über die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen bezahlt.
- Zum anderen enthalten die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen kalkulatorisch auch die Personalkosten des ärztlichen Dienstes, die von PKV-Versicherten bereits direkt über die GOÄ an den Arzt gezahlt werden.

Ursprünglich (bis 1992) betrug die GOÄ-Minderung zum Ausgleich der Praxiskosten 15 %. Hinzu kam ein Pflegesatzabschlag (sog. Arztkostenabschlag) zur Verminderung der Doppelzahlung von Arztkosten in Höhe von 5 %. 1992 hat man beide Abschlagsarten zu einem gemeinsamen Abschlag in Höhe von 25 % von der GOÄ zusammengefasst.

Dabei dürfte unmittelbar einsichtig sein,

- dass der Arztkostenabschlag vom Pflegesatz in Höhe von 5 % keineswegs ausreichend war, um sämtliche Arztkosten aus dem Pflegesatz herauszunehmen,
- dass der Praxiskostenabschlag in Höhe von 15 % von der GOÄ keineswegs ausreichend war, um kalkulatorisch die wirklichen Praxiskosten abzubilden.

Wenn aber die Einzelabschläge für sich genommen jeweils unzureichend waren, dann gilt das natürlich unverändert für die Zusammenführung beider Abschläge zu einer gemeinsamen GOÄ-Minderung. Die Überzahlung durch den wahlärztliche Leistungen beanspruchenden Patienten ist im System bereits angelegt, da dem zu geringen Ausgleich von Praxiskosten und der ungenügenden Berücksichtigung einer Vermeidung von Doppelzahlungen bei den Arztkosten keine erkennbaren Mehrleistungen gegenüberstehen.

Diese Überzahlung hat im Prinzip auch der Gesetzgeber zugrunde gelegt, indem er den liquidationsberechtigten Krankenhausarzt zu Abgaben an das Krankenhaus verpflichtet, die dort budget- beziehungsweise entgeltmindernd wirken.

Im Grundsatz leistet der liquidationsberechtigte Arzt zwei Arten von Abgaben aus seinen privaten Liquidationseinnahmen der wahlärztlichen Behandlung an das Krankenhaus:

- Die Kostenerstattung ist gesetzlich festgelegt und wirkt unmittelbar budget- beziehungsweise entgeltmindernd, indem sie mindernd auf die bei der Entgeltermittlung zugrunde zu legende Budgethöhe einwirkt.
- Der so genannte Vorteilsausgleich beschreibt Abgaben des liquidationsberechtigten Arztes über die gesetzlich festgelegte Kostener-

stattung hinaus. Die Höhe des Vorteilsausgleichs wird vertraglich zwischen dem liquidationsberechtigten Arzt und dem Krankenhaus im Zuge der Vereinbarung eines Dienstvertrages festgelegt. Der Vorteilsausgleich steht dem Krankenhaus zur freien Verfügung und dürfte in der Regel – beispielsweise für investive Zwecke – benötigt werden.

Zur genauen Höhe der Kostenerstattung differenziert das Krankenhausrecht zwischen Dienstverträgen, die seit dem 1.1.1993 und solchen, die davor abgeschlossen wurden (sog. Altverträge).

Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 5 BpflV sind bei den Altverträgen 85 % der dienstvertraglich vereinbarten Abgaben der liquidationsberechtigten Ärzte als budgetmindernde Kostenerstattungen anzusehen. 15 % der Abgaben verbleiben dem Krankenhaus als Vorteilsausgleich.

Anders bei den seit dem 1.1.1993 geschlossenen Dienstverträgen. Als Kostenerstattung gelten hier 40 % der abgerechneten GOÄ-Leistungen, soweit es sich um Leistungen mit vorrangig medizinisch technischem Schwergewicht handelt (Abschnitt A, E, M und O der GOÄ). Bei den Leistungen, wo die persönlich ärztliche Erbringung im Vordergrund steht, also bei allen anderen Leistungen, gilt ein Abgabesatz von 20 %.

Ursprünglich ist die Kostenerstattung mit zwei Argumenten begründet worden:

- Der liquidationsberechtigte Arzt steht während der wahlärztlichen Leistungserbringung nicht für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen zur Verfügung. Die kalkulatorisch auf diese Zeit entfallenden Personalkosten seiner Person sind dem Krankenhaus zu erstatten. Da die tatsächliche Höhe der Kostenerstattung aber weit über die anteiligen Personalkosten hinausgeht, kann diese Argumentation nicht überzeugen.
- Die Behandlung von Privatpatienten wird weitgehend als persönli-

che Angelegenheit des liquidationsberechtigten Arztes angesehen. Infolgedessen hat er dem Krankenhaus für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen nicht nur die anteiligen Personalkosten seiner Person zu erstatten, sondern auch die für die Erbringung der wahlärztlichen Leistungen benötigten personellen und sachlichen Ressourcen des Krankenhauses. Argumentativ kann dieser Ansatz nicht überzeugen, da der PKV-Versicherte neben den wahlärztlichen alle weiteren für seine Person anfallenden Kosten in vollem Umfang über die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen bezahlt.

Fasst man die vorgenannten Aspekte zusammen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Ein PKV-Versicherter, der wahlärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, bezahlt alle auf ihn entfallenden Kosten mit Ausnahme der anteiligen höheren Personalkosten der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte unmittelbar über die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen. Gleichzeitig bezahlt er über die GOÄ-Vergütung an die leitenden Krankenhausärzte die Erstattung für die Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die er bereits mit der Bezahlung für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten hat. Das System der Überzahlung und damit des Mehrumsatzes ist hier in sich angelegt.

Ergänzend sei noch auf Folgendes hingewiesen:

Wie oben dargestellt, werden die leitenden Krankenhausärzte in der Regel nach der höchsten BAT-Tarifgruppierung bezahlt. Diese Bezahlung ist weder für das Qualifikationsniveau leitender Krankenhausärzte noch für das abverlangte Arbeitsvolumen, noch in Relation zum Verdienstniveau niedergelassener Ärzte sachgemäß. Die Bezahlung nach BAT unterstellt damit, dass sich ein insgesamt angemessenes Bezahlungsniveau erst in Verbindung mit den Liquidationseinnahmen aus der Erbringung wahlärztlicher Leistungen ergibt. Die Bezahlung wahlärztlicher Leistungen enthält damit auch einen Anteil direkter Gehaltssubvention für leitende Krankenhausärzte. Auch dies ist ein di-

rekter Überzahlungstatbestand, solange leitende Krankenhausärzte auch in angemessenem Umfang für die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen zur Verfügung stehen.

5.3.1.3. Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft

Als gesondert berechenbare Unterkunft können vom Krankenhaus angeboten werden:

- das Einbettzimmer, wenn im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen die Krankenzimmer üblicherweise über mindestens zwei Betten verfügen,
- das Zweibettzimmer, wenn im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen die Krankenzimmer üblicherweise über mindestens drei Betten verfügen.

Patienten, die sich für diese Wahlleistung entscheiden, müssen dafür Zuschläge bezahlen, die vom Krankenhaus festgesetzt werden. Gemäß § 17 Abs. 1 KHEntgG dürfen die Zuschläge in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen.

Die Aufwendungen der PKV für die Wahlleistung Unterbringung betragen im Jahr 2003 0,44 Mrd. €. Unter Herausrechnung der Ausgaben für Zusatzversicherte und unter Einbeziehung der Ausgaben der Beihilfe für Beamte⁵⁵ sind im Jahr 2003 insgesamt 324 Mio. € für Vollversicherte angefallen.

Die Kosten der gesonderten Unterkunft sind Bestandteil des allgemeinen Budgets für Krankenhausleistungen. Damit jedoch diese Kos-

⁵⁵ In einigen Bundesländern werden Kosten für gesonderte Unterbringung nicht mehr von der Beihilfe gezahlt. In den meisten Fällen haben die Beamten private Ergänzungsversicherungen abgeschlossen, so dass für die hier vorgenommenen Überlegungen zu Recht davon ausgegangen werden kann, dass insgesamt die entstandenen Aufwendungen für die gesonderte Unterbringung anfallen.

ten, soweit sie über die Kosten für die Unterbringung im Mehrbettzimmer hinausgehen, nicht die Preise für allgemeine Krankenhausleistungen belasten, sind im Budget für jeden Berechnungstag der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer Bereinigungen vorzunehmen. Nach § 7 Abs. 2 Nr. 7 BpflV sind vom Budget für jeden Berechnungstag folgende Korrekturen vorzunehmen:

- 65 % im Einbettzimmer, wenn die Regelleistung mindestens das Dreibettzimmer ist,
- 35 % im Einbettzimmer, wenn die Regelleistung das Zweibettzimmer ist,
- 25 % im Zweibettzimmer, wenn die Regelleistung mindestens das Dreibettzimmer ist.

Der Prozentwert bezieht sich jeweils auf die Bezugsgröße Unterkunft, die in der vom Krankenhaus zu erstellenden Leistungs- und Kalkulationsaufstellung als Bestandteil des Basispflegesatzes anzugeben ist.

Derzeit befindet sich der Krankenhausbereich im Übergang auf ein neues Entgeltsystem. Bereits im Jahr 2003 sind rund 1.000 Krankenhäuser auf das neue DRG-System übergewechselt. In diesen Krankenhäusern sind Fallpauschalen und keine Basispflegesätze mehr berechnet worden. Da bei Fallpauschalen aber kalkulatorisch die Ein- und Zweibettzimmertage ebenfalls die Berechnungsbasis reduzieren, ist es für die weitere Betrachtung nicht erheblich, ob Krankenhäuser ihre Leistungen nach dem neuen oder nach dem alten Entgeltsystem abrechnen.

Je nach Kostenstruktur schwankt die Bezugsgröße Unterkunft von Krankenhaus zu Krankenhaus. 2003 betrug sie im Durchschnitt etwa 70 €. Daraus ergeben sich folgende kalkulatorischen Kostenansätze:

- Einbettzimmer bei Regelleistung mindestens Dreibettzimmer: rd. 45,50 €,

- Einbettzimmer bei Regelleistung Zweibettzimmer: rd. 24,50 €,
- Zweibettzimmer bei Regelleistung mindestens Dreibettzimmer: rd. 17,50 €.

Liegen die tatsächlichen Kosten je Berechnungstag höher, dann wird die Wahlleistung Unterkunft aus den allgemeinen Krankenhausleistungen subventioniert. Liegen die tatsächlichen Kosten je Berechnungstag jedoch niedriger, dann subventioniert die Wahlleistung Unterkunft die allgemeinen Krankenhausleistungen.

Welche Kosten im Einzelfall mit dem Angebot von Ein- oder Zweibettzimmer einhergehen, ist eine Frage des Umfangs der jeweiligen Ausstattung und Komfortleistungen. Eine bundesweite Erfassung der Komfortmerkmale im Jahr 2003 in den Ein- und Zweibettzimmern liegt nicht vor. Ein Gutachten der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH aus dem Jahr 2001⁵⁶ legt jedoch die Schlussfolgerung nahe, dass die tatsächlichen Kosten der Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer deutlich unter den kalkulatorischen Ansätzen zur Budgetbeziehungsweise Pflegesatzermittlung liegen. So werden die Kosten einer zusätzlichen Sanitärzelle je Berechnungstag mit weniger als 3 € im Zweibettzimmer ermittelt. Da die Sanitärzelle zunächst für das Jahr 2003 als ein zentraler Komfortbestandteil des Angebots von Ein- und Zweibettzimmern angesehen werden kann und weitere Komfortmerkmale in der Regel lediglich noch ergänzenden Charakter haben, die hiermit verbundenen Kosten aber in der Regel weniger bedeutend sind, ist im Durchschnitt davon auszugehen, dass die für die Pflegezusatzermittlung zugrunde zu legenden Kalkulationsansätze bereits eine Quersubventionierung zugunsten der Pflegesätze beziehungsweise der Basispflegesätze respektive der Fallpauschalen enthalten.

⁵⁶ Siehe: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH (2001): Gutachten zur Darstellung und Kalkulation der Kosten von Komfortleistungen im Krankenhaus, für den Verband der privaten Krankenversicherung, unveröffentlicht, Köln.

Dieser Quersubventionierungstatbestand gilt erst recht, wenn die Zuschläge die kalkulatorischen Mindestzuschläge überschreiten. Tatsächlich betragen die Zuschläge 2003 im Durchschnitt:⁵⁷

	Einbettzimmerzuschlag ⁵⁸	Zweibettzimmerzuschlag
	€	€
Bundesgebiet	85,15	45,04
alte Bundesländer	86,78	46,35
neue Bundesländer	68,57	33,19

Anders als die Mindestzuzahlungen kommen die Überschreibungsbeträge nicht unmittelbar dem allgemeinen Krankenhausbudget zugute. Im Wesentlichen sind zwei unterschiedliche Verwendungsmöglichkeiten zu unterscheiden:

- Verwendung für investive Zwecke.
- Deckung von Verlusten im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen.

Der konkrete Umfang, in dem hier Quersubventionierungstatbestände erfüllt sind, lässt sich jedoch nicht präzise ermitteln. De facto sind diese Zuschläge – abzüglich der Mindestzuschläge – in die Kompetenz der freien Verwendung der Krankenhäuser gegeben. Die tatsächliche Verwendung entzieht sich damit einer externen Beurteilung.

Exkurs: Stationäre Zusatzversicherungen

Im Jahr 2003 hatten 4,7 Mio. Personen eine Zusatzversicherung für Wahlleistungen im Krankenhaus ergänzend zu ihrem GKV-Schutz abgeschlossen. In diesem Fall werden die allgemeinen Krankenhausleis-

⁵⁷ PKV-Verband, Rechenschaftsbericht 2003.

⁵⁸ Ohne Regelleistung Zweibettzimmer.

tungen von der GKV und die Wahlleistung in Form der wahlärztlichen Behandlung und der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer von der stationären Zusatzversicherung in der PKV bezahlt. Rechnerisch entfallen auf diese Personengruppe folgende Zahlbeträge:

- 929 Mio. € für wahlärztliche Leistungen,
- 214 Mio. € für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Obwohl Zusatzversicherte mit ihrem Grundschutz in der GKV versichert sind, gelten für sie bei den stationären Wahlleistungen dieselben Bedingungen wie für die PKV-Vollversicherten. Wenn es also einen Quersubventionierungstatbestand bei den PKV-Vollversicherten gibt, dann ist er aufgrund der Geltung derselben Konditionen ebenfalls bei den Zusatzversicherten erfüllt.

Ob sich dies ordnungspolitisch legitimieren lässt, ist eine hier nicht zu beantwortende Frage. Im Prinzip ließe sich eine Antwort wohl nur dahingehend finden, dass diejenigen, die sich einen Zusatzschutz im Gesundheitswesen leisten können, von ihrer Leistungsfähigkeit her in der Lage gesehen werden, Beiträge zu Quersubventionen zu entrichten. Vergleichbare Ansätze finden sich übrigens auch in der ambulanten Versorgung, wo Versicherte, die sich anstelle der Sachleistung für die Kostenerstattung entscheiden, dort die vollen Gebührensätze der GOÄ für die ärztliche Behandlung bezahlen müssen.

Um die Situation der Zusatzversicherten hier nicht zu vertiefen, sind die Zahlungsströme der Zusatzversicherten im in dieser Studie zugrunde gelegten Mehrumsatz nicht berücksichtigt. – *Exkurs Ende* –

5.3.2. Empirische Befunde

Im stationären Bereich lassen sich die Daten des RSA aus dem HLB 4 *Krankenhaus* direkt den Daten der Kopfschadenstatistik in der PKV zuordnen, da in ihnen die gleichen allgemeinen Regelleistungen im Krankenhaus erfasst sind. In den Kopfschadenstatistiken sind zusätz-

lich noch Leistungsausgaben für Wahlleistungen im Krankenhaus enthalten. Im Folgenden werden die Ausgaben für allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen noch getrennt analysiert. Zunächst aber werden die stationären Leistungsausgaben in der PKV insgesamt untersucht, da die Anzahl der Personen in der Stichprobe für den gesamten stationären Bereich mit über 4,5 Mio. Versicherten sehr gut ist. Für die einzelnen Wahlleistungen sind die Stichprobenumfänge nicht so hoch, da in vielen Tarifen die Abgrenzung der einzelnen Leistungen nicht vorgenommen wird und diese deshalb nicht in die separate Auswertung mit einbezogen werden können.

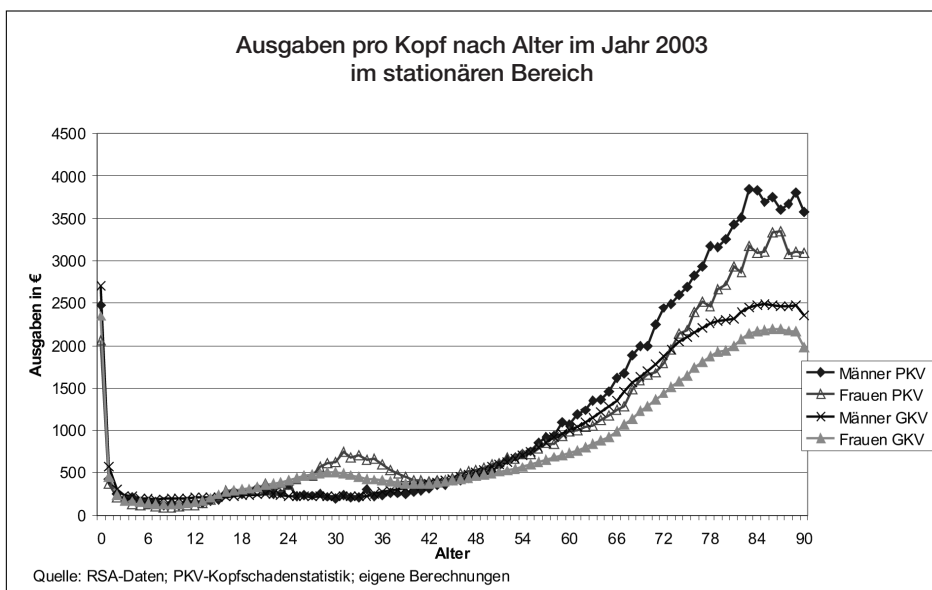


Abbildung 29

Abbildung 29 zeigt die Schadensprofile für Männer und Frauen im stationären Bereich in der PKV und in der GKV, die sich aus der Kopfschadenstatistik der PKV und den RSA-Daten der GKV für 2003 ergeben. Es fällt auf, dass sie im Verhältnis zu dem Abstand, den die Profile im ambulanten Bereich haben, hier im stationären Bereich sehr dicht zusammen liegen. Im Kindesalter liegen die Profile der GKV sogar geringfügig über denen der PKV.

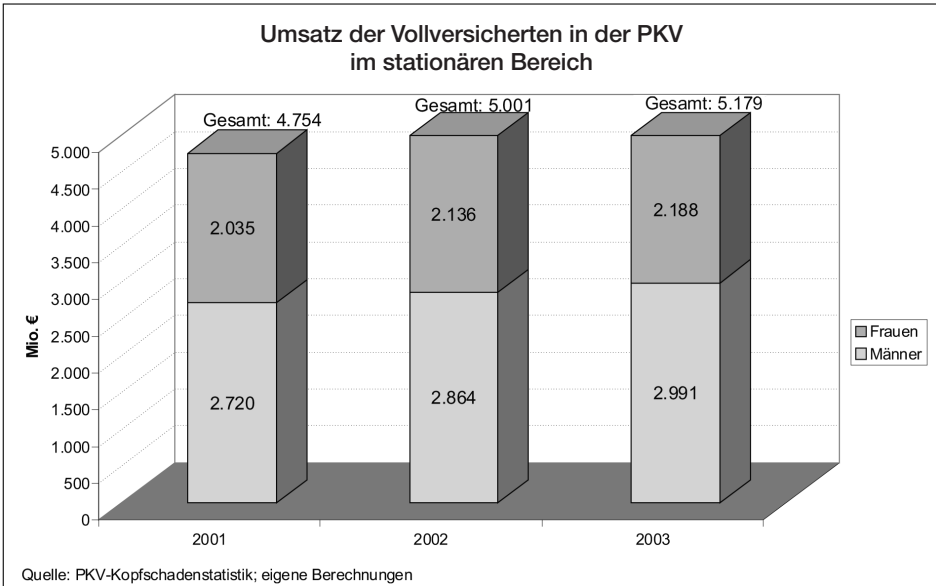


Abbildung 30

Im stationären Bereich ergibt sich für alle PKV-Versicherten ein Umsatz von 4,754 Mrd. € im Jahr 2001. Dieser erhöht sich um 5,18 % auf 5,001 Mrd. € und um weitere 3,57 % auf 5,179 Mrd. € in den Folgejahren 2002 und 2003. Hierin enthalten sind auch die Ausgaben für die Wahlleistungen im Krankenhaus.

Ermittelt man den Umsatz pro Kopf im stationären Bereich fällt die in Tabelle 27 ersichtliche Steigerung mit 2,20 % von 634 € auf 648 € und mit 1,31 % auf 656 € im Beobachtungszeitraum geringer aus als die Steigerung des Gesamtumsatzes in diesem Bereich. Wiederum ist dies auf die Zunahme der Versicherten in dieser Zeit zurückzuführen.

Tabelle 27

Umsatz pro Kopf in der PKV im stationären Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	598,70 €	–	687,91 €	–	633,88 €	–
2002	612,81 €	2,36 %	701,51 €	1,98 %	647,81 €	2,20 %
2003	626,56 €	2,24 %	701,80 €	0,04 %	656,29 €	1,31 %

Als Vergleich zu den tatsächlichen Umsätzen in der PKV im stationären Bereich werden die hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV aus den Daten des HLB 4 *Krankenhaus* des RSA ermittelt. Es ergeben sich Leistungsausgaben von 4,118 Mrd. € im Jahr 2001, 4,390 Mrd. € im Jahr 2002 und 4,589 Mrd. € im Jahr 2003.

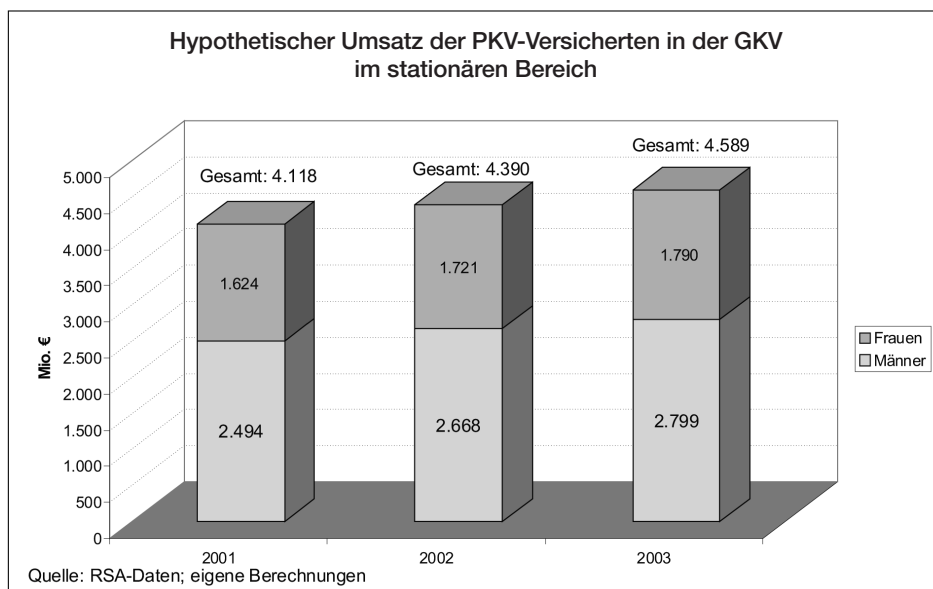


Abbildung 31

Umgerechnet auf den einzelnen Versicherten entsteht ein hypothetischer durchschnittlicher Kopfschaden für die PKV-Versicherten in der GKV von ca. 549 € im Jahr 2001, 569 € im Jahr 2002 und 582 € im Jahr 2003.

Tabelle 28

Hypothetischer Umsatz pro Kopf in der GKV im stationären Bereich						
Jahr	Männer		Frauen		Gesamt	
	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung	Betrag	Änderung
2001	549,01 €	–	548,95 €	–	548,99 €	–
2002	570,89 €	4,00 %	565,22 €	3,02 %	568,65 €	3,58 %
2003	586,44 €	2,72 %	573,98 €	1,55 %	581,52 €	2,26 %

Vergleicht man die Umsätze für denselben Versichertenkreis in beiden Systemen, so ergibt sich ein Mehrumsatz im stationären Bereich von 637 Mio. € im Jahr 2001. Dieser Mehrumsatz hat sich – anders als in den anderen Bereichen des Gesundheitssystems – um ca. 4 % auf 611 Mio. € im Jahr 2002 verringert. Auch im Jahr 2003 sinkt er um 3,42 % auf 590 Mio. €. Diese Verringerung ist das Ergebnis einer höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Angemessenheit der Zuschläge für Ein- und Zweibettzimmer. Das Urteil hat zu einer deutlichen Absenkung der Zuschläge geführt.

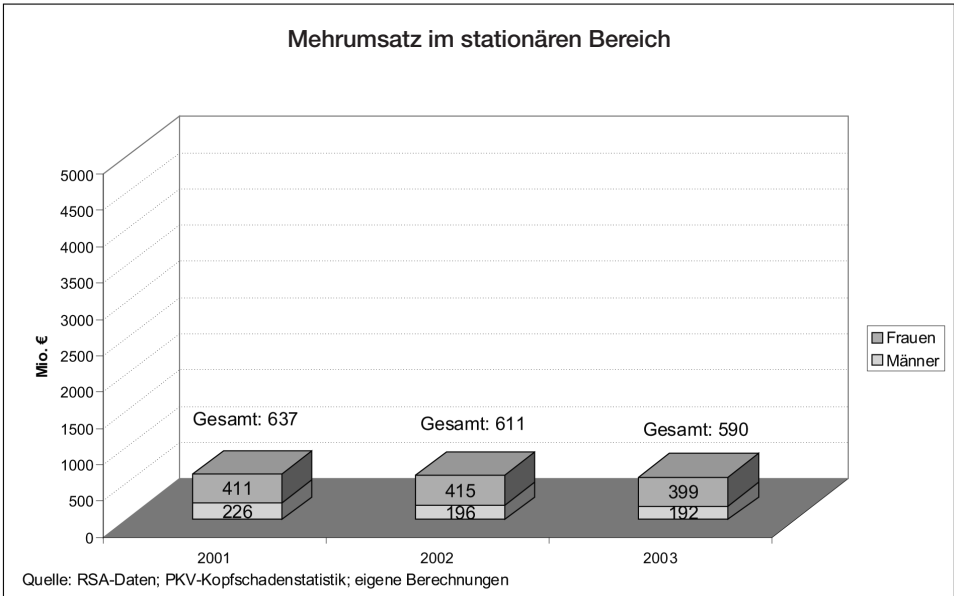


Abbildung 32

Dieser Rückgang zeigt sich an den Mehrumsätzen pro Versicherten (Tabelle 29). Es besteht eine große Differenz bezüglich des Mehrumsatzes zwischen den Geschlechtern. Im Beobachtungszeitraum liegt der Mehrumsatz bei den Männern nur bei rund einem Drittel des Mehrumsatzes der Frauen. Im ambulanten Bereich macht der Mehrumsatz in der Regel über 40 % des Umsatzes der PKV aus. Diese Regel trifft im stationären Bereich nicht zu. Eine umfassende Erklärung, warum sich

der Mehrumsatz im stationären Bereich in Abhängigkeit des Geschlechts so stark unterscheidet, liegt nicht vor. Bei den Männern sind nur ca. 6,4 % im Jahr 2003 des Pro-Kopf-Umsatzes in der PKV Mehrumsatz, bei den Frauen beträgt der Anteil dagegen immerhin ca. 18 %.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ergibt sich zum Teil aus den unterschiedlichen *Schwangerschaftsbäuchen* in der GKV und in der PKV. In Abbildung 29 erkennt man, dass die Kopfschäden der Frauen im gebärfähigen Alter ansteigen, da stationäre Aufenthalte, die mit der Geburt verbunden sind, ihnen zugerechnet werden. Auffällig ist aber, dass dieser Schwangerschaftsbauch in der PKV um ca. fünf Jahre nach hinten verschoben ist. PKV-Versicherte bekommen offensichtlich im Durchschnitt später Kinder als GKV-Versicherte. Dies wirkt sich auf die Ermittlung der Umsätze in beiden Systemen aus. Während bei der Ermittlung der Leistungsausgaben in der PKV die Ausgaben für die Schwangerschaft und Geburt den Frauen entsprechend der Entstehung richtig zugerechnet werden, wird den privat versicherten Frauen, die spät ein Kind bekommen, in den hypothetischen Leistungsausgaben in der GKV etwas zu geringe Ausgaben zugerechnet. Die Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt fallen in der GKV früher an, so sind in den GKV-Daten der älteren Frauen anteilig nicht so viele Schwangerschaften und Geburten enthalten, wie sie anteilig in der PKV vorkommen. Da jüngere Frauen aber noch kaum privat versichert sind (siehe Abbildung 1), werden die Ausgaben der jungen Schwangeren in der GKV nicht in dem Maße beachtet, dass sich die relativ hohen Ausgaben der Geburt der spät gebärenden PKV-Versicherten in den hypothetischen Leistungsausgaben der GKV widerspiegeln.

Tabelle 29

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

Leistungen im stationären Bereich lassen sich in Tarife für allgemeine Krankenhausleistungen (Krankenhausregelleistungen) und Tarife, die Wahlleistungen für Unterbringung und Chefarztbehandlung enthalten, unterteilen. Differenziert man nach diesen Kriterien die Tarife in der PKV, ergeben sich die Profile, die in Abbildung 33 für Männer und in Abbildung 34 für Frauen dargestellt sind.⁵⁹ Chefarztbehandlung ist in der Regel sowohl im Einbettzimmer als auch im Zweibettzimmer enthalten.

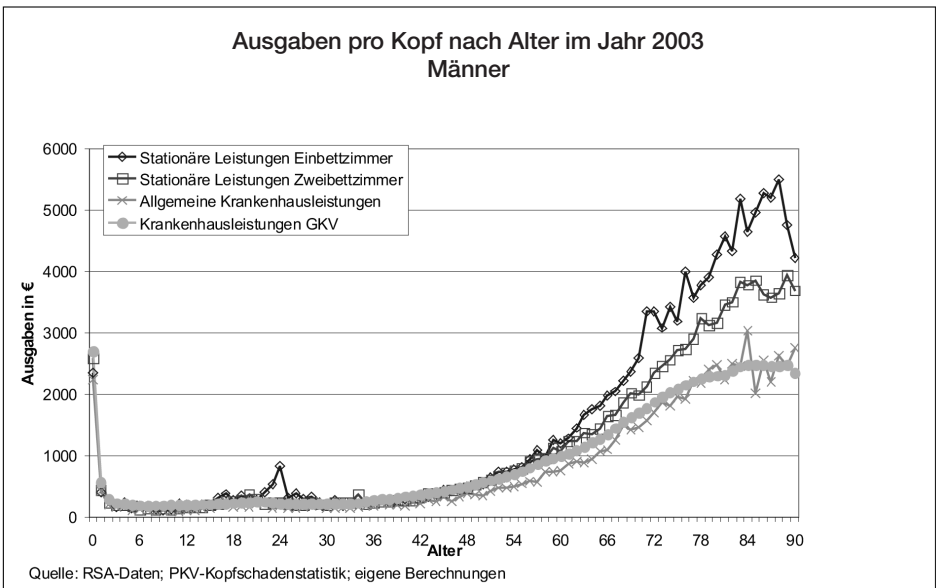


Abbildung 33

Aus den Meldungen der Versicherungsunternehmen für die Kopfschadenstatistik lassen sich auch Profile nach Alter und Geschlecht allein für die Wahlleistungen ohne die allgemeinen Krankenhausleistungen erstellen. Abbildung 35 und Abbildung 36 zeigen die Verläufe für Männer und Frauen. Die Fallzahlen in der zugrunde liegenden

⁵⁹ Tarife, die nicht genau festlegen, welche Zimmergröße zu wählen ist, wurden den Einbettzimmern zugeschlagen.

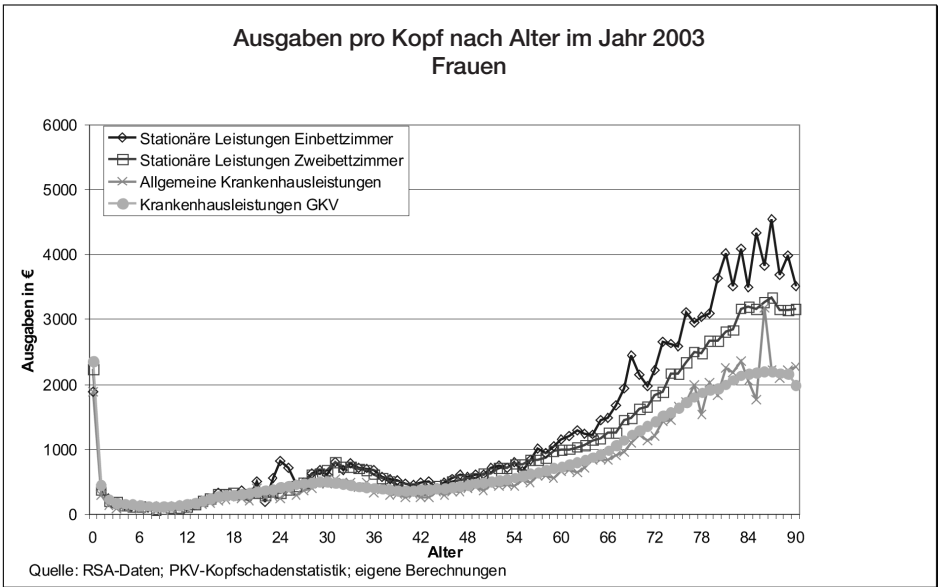


Abbildung 34

Stichprobe sind gerade in den älteren Jahrgängen nicht sehr hoch, daher kommt es zu den starken Zufallsschwankungen. In der Stichprobe für den gesamten stationären Bereich sind über 4 Mio. Versicherte enthalten. In den Stichproben für die Wahlleistungen Unterbringung sind dagegen nur insgesamt ca. 800.000 Männer und 500.000 Frauen erfasst. Die Profile der allgemeinen Krankenhausleistungen in der PKV wurden aus einer Stichprobe, bestehend aus ca. 470.000 Männern und 320.000 Frauen, ermittelt.

Aus den Profildaten für die allgemeinen Krankenhausleistungen und den GKV-Ausgaben in Abbildung 33 und 34 ist zu erkennen, dass die Kopfschäden für allgemeine Krankenhausleistungen in der PKV sowohl für Männer als auch für Frauen geringfügig unter denen der GKV für den Bereich Krankenhaus liegen.

Rechnet man die Leistungsausgaben für die allgemeinen Krankenhausleistungen auf die gesamten PKV-Versicherten hoch, entspre-

chend der Versichertenstruktur der PKV nach Alter, Geschlecht und Beihilfeberechtigte, so ergibt sich im Jahr 2003 ein Volumen von 3,746 Mrd. €. Diese teilen sich auf in 2,185 Mrd. € für Männer und 1,561 Mrd. € für Frauen. Vergleicht man diese Zahlungen mit den gesamten Leistungsausgaben im stationären Bereich von 2,991 Mrd. € für Männer und 2,188 Mrd. € für Frauen in der PKV, bedeutet dies, dass die Differenz von 1,433 Mrd. € – 806 Mio. € entfallen auf Männer und 627 Mio. € auf Frauen – für die Wahlleistungen gezahlt werden.

Von den Personen in der Stichprobe für die Wahlleistung Unterbringung haben ca. 34 % der Männer Einbettzimmer mit Chefarztbehandlung gewählt. Bei den Frauen sind es ca. 24 %.

Das Ausgabenvolumen für Wahlleistungen teilt sich wie folgt auf: 22 % für die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern und 78 % für die Chefarztbehandlung.

Stellt man die Leistungsausgaben für die allgemeinen Krankenhausleistungen den hypothetischen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten in der GKV gegenüber, so zeigt sich, dass die hypothetischen Leistungsausgaben in der GKV um 614 Mio. € bei den Männern und um 229 Mio. € bei den Frauen über den allgemeinen Krankenhausleistungen der PKV liegen.

Die Vergütungen der Krankenhaus-Regelleistungen sind in der PKV und GKV die gleichen, da für die privaten und gesetzlichen Versicherer die gleichen Pflegesätze und Tagessätze nach der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspfllegesätze (Bundespfllegesatzverordnung) gelten. Somit umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen in der PKV die gleichen Leistungen, die in der GKV im RSA unter dem HLB 4 *Krankenhaus* erfasst sind. Folglich kann der Unterschied in der Höhe der Leistungsausgaben nur aus der geringeren Inanspruchnahme der stationären Leistungen von Privatpatienten resultieren. Der Grund hierfür kann einerseits an einer geringeren Morbidität der PKV-Versicherten liegen oder andererseits – was plausibler ist – an der geringeren Überweisungsrate vom ambulanten in den stationären Bereich.

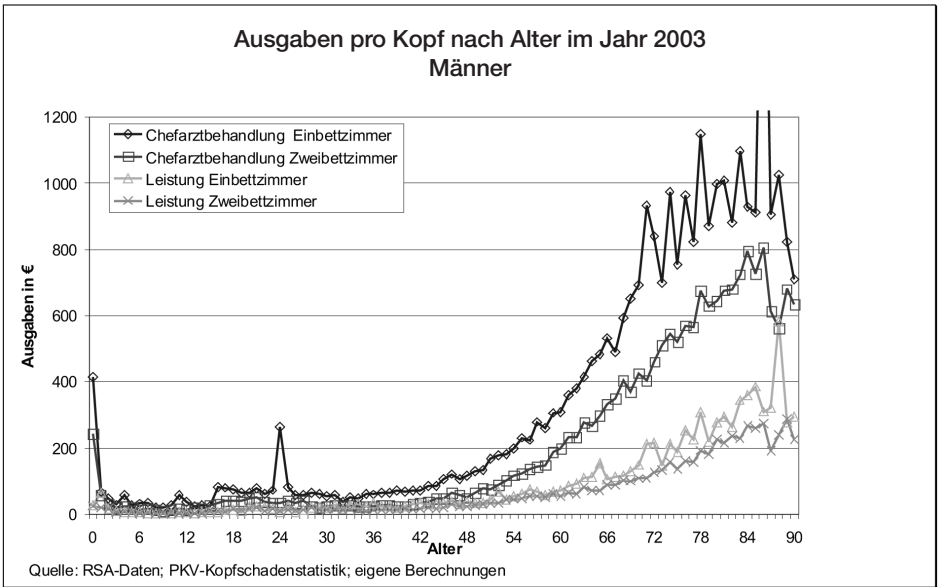


Abbildung 35

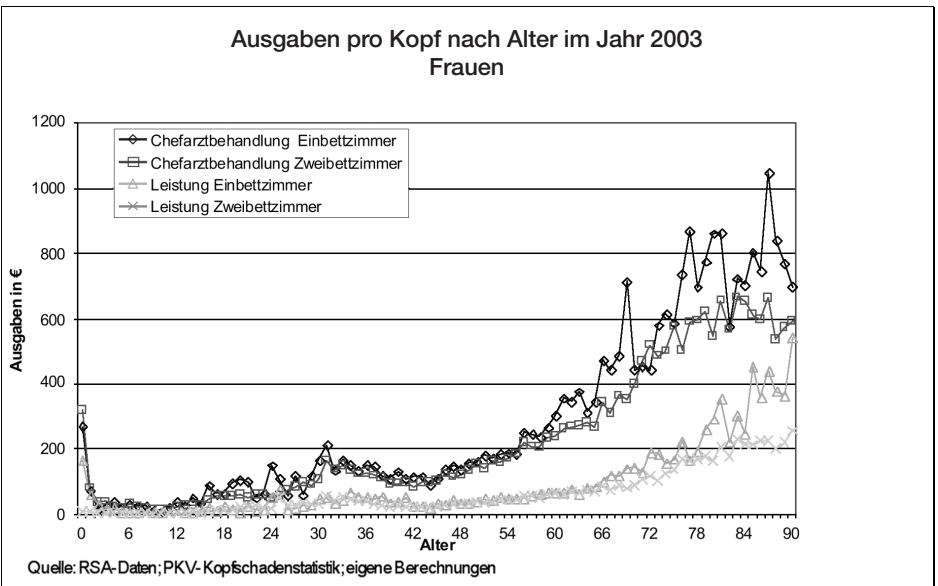
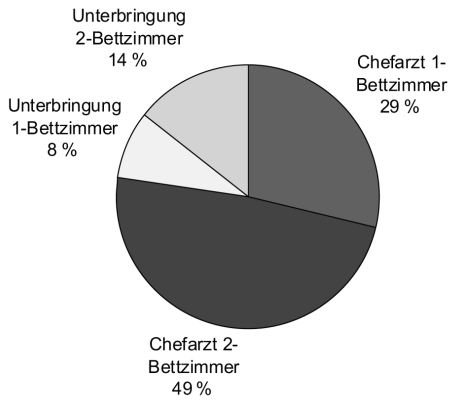


Abbildung 36

Aufteilung der Ausgaben für Wahlleistungen im Jahr 2003



Quelle: PKV-Kopfschadenstatistik; eigene Berechnungen

Abbildung 37

6. Überlegungen zur Wirkungen des Mehrumsatzeffekts

6.1. Der Mehrumsatzeffekt als gewollter Systemausgleich

Die Historie und Begründung der gesetzlichen Krankenversicherung ist vorwiegend sozialpolitischer Natur. Damit gelten für die GKV eine Reihe von Besonderheiten gegenüber den Verhältnissen des freien Marktes:

- Dem konstitutiven Element der Versicherungspflicht bestimmter Bevölkerungskreise steht das Gebot der Bezahlbarkeit der Beiträge für die Versicherten gegenüber. Wer beispielsweise als Einkommensschwacher versicherungspflichtig ist, der darf in Umsetzung der Versicherungspflicht auch nur zu einem Finanzierungsbeitrag herangezogen werden, der seiner eigenen begrenzten finanziellen Leistungsfähigkeit Rechnung trägt. Die sozialpolitische Umverteilung ist damit im Kern in der GKV selber konstitutiv angelegt.⁶⁰
- Die GKV ist den Wettbewerbsbedingungen des europäischen Binnenmarktes entzogen.
- Es gilt das kollektive Vertragsrecht gegenüber den Leistungserbringern.
- In der Gestaltung der Preise für die Gesundheitsleistungen fließen sozialpolitische Aspekte ein.

Die sozialpolitische Preisgestaltung ist an vielen Stellen erkennbar. Sie ist insbesondere überall dort festzustellen, wo der Gesetzgeber unmittelbar Eingriffe in die Preisbildung vornimmt und sich dabei ge-

⁶⁰ Der Vorschlag einer Gesundheitsprämie verlangt demgegenüber die Umverteilung auf das staatliche Transfersystem. Hier erwachsen dann Transferansprüche aus der Mitgliedschaft in der GKV.

wöhnlich nicht von den allgemeinen marktbestimmenden Preis- und Kostenfaktoren leiten lässt, sondern aus höhergeordneten sozialpolitischen Erwägungen heraus handelt. Erkennbar ist dies beispielsweise in folgenden Fällen:

- Der an verschiedenen Stellen in den Sozialgesetzen aufgestellte Grundsatz der Beitragssatzstabilität abstrahiert weitgehend von den Kostengegebenheiten an den Märkten; er erhebt allein die Höhe des Beitrags zum Maßstab.
- In vielen Fällen hat der Gesetzgeber preissenkend oder zumindest preisbegrenzend in die Märkte eingegriffen, und zwar nicht als Korrektiv für angeblich nicht funktionierende Preisbildungsprozesse, sondern allein unter der Zielsetzung der Kosten- beziehungsweise Beitragsdämpfung. Beispiele hierfür sind Preisabsenkungen im Bereich der Zahntechnik und Festbeträge im Bereich der Arzneimittel.
- In weiteren Fällen wirkt der Gesetzgeber auf Preisbildungsprozesse ein; ein Beispiel hierfür sind die Rabatte im Arzneimittelbereich auf den verschiedenen Handelsstufen zugunsten der GKV-Versicherten.
- Auch Mengenregulationen in Form von Budgets oder Richtgrößen können in dieselbe Richtung wirken.

In all diesen Fällen erfolgt implizit die Annahme, dass es sich um echte vorhandene Kostendämpfungspotentiale handelt. Die Historie der verschiedenen Reform- beziehungsweise Kostendämpfungsgesetze der zurückliegenden fast 30 Jahre lehrt, dass in allen Fällen das oberste Ziel ein Einsparpotential war. Die Annahme eines solchen Potentials kann nicht von den Verhältnissen auf dem Selbstzahlermarkt abstrahieren. Je reichlicher Einnahmen auf dem Selbstzahlermarkt vorhanden sind, desto leichter lassen sich die Einsparpotentiale auf dem GKV-Markt realisieren. Dabei bedarf es keineswegs jeweils einer genauen Analyse auf den beiden Marktsegmenten, sondern die Reali-

sierung solcher Einsparpotentiale ist im weitesten Sinne immer das Ergebnis eines politischen Verhandlungsprozesses. Der Widerstand gegen kostendämpfende Budgetvorgaben ist zwangsläufig umso größer, je enger der Finanzierungsspielraum auf dem Selbstzahlermarkt ist. Ohne dass dies jeweils explizit ausgesprochen wird und als Verhandlungsargument eingebracht wird, sind Selbstzahler-Bereich und GKV-Bereich in weiten Teilen miteinander kommunizierende Röhren. Dies wird beispielsweise auch aus der Entwicklung der PKV-Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung deutlich, wo im GKV-Bereich enger werdende Finanzierungsspielräume über steigende Honorarforderungen gegenüber PKV-Patienten kompensiert werden oder zumindest der Versuch der Kompensation stattfindet.

Der Mehrumsatzeffekt des selbstzahlenden Sektors stellt damit eine implizite Finanzgrundlage für die Preisbildungsprozesse auf dem GKV-Markt dar.

6.2. Der Mehrumsatzeffekt als Effekt zur Förderung des Gesundheitssystems und/oder als Einkommenseffekt

Zusätzliches Geld, das beispielsweise in der ärztlichen Praxis mit der Behandlung von Privatpatienten verdient wird, kann sowohl einer besseren Praxisausstattung als auch der Verbesserung der Einkommensposition des behandelnden Arztes zugute kommen. Dem Systemausgleich stünde das zusätzliche Geld nur im ersten Fall zur Verfügung. Ein Verbleib ausschließlich in der besseren Einkommenssituation des Arztes, wäre unter Effizienzgesichtspunkten für den Systemausgleich fragwürdig.⁶¹

⁶¹ Bei strenger mikroökonomischer Analyse gilt allerdings: Ein Einkommenseffekt, der erst dazu führt, dass überhaupt ein Angebot vorgehalten wird, ist eigentlich ein Quersubventionseffekt.

Gezeigt wurde, dass es sehr wohl, gerade im ambulanten Bereich, den Preiseffekt gibt, dass also GKV-Versicherte weniger als Privatpatienten für gleiche Leistungen zahlen. Damit ist eine Bedingung für die Existenz von Quersubventionierungen erfüllt. Zu zeigen, dass die Einnahmen aus den höheren Preisen nicht nur in den Einkommenseffekt fließen, ist schwierig.

Wünschenswert wäre an dieser Stelle eine Quantifizierung des Einkommenseffekts. Dies ist aus methodischen Gründen und auch aufgrund der unzureichenden Datenlage der ärztlichen Einkommenssituation nicht zu leisten.

Von entscheidender Bedeutung ist aber, dass der Mehrumsatzeffekt nicht das Ergebnis einer bewussten PKV-Politik ist. Die PKV hat weitestgehend keine Möglichkeiten auf die Angebotsbedingungen gesundheitlicher Leistungen einzuwirken. Dies ist jedoch ursächlich nicht der PKV zuzuschreiben, sondern das Ergebnis einer Politik, die damit nicht nur der PKV die Kompetenzen verwehrt, sondern zum großen Teil auch auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen Einfluss nimmt, die die GKV ihrerseits im Rahmen ihrer Vertragspolitik vorfindet. Je besser die Verdienstmöglichkeiten mit PKV-Versicherten sind, desto günstiger wird die Verhandlungsposition der GKV gegenüber den Leistungserbringern. Insoweit handelt es sich um kommunizierende Röhren, die weitestgehend von der Politik auch so gewollt sind.

6.3. Ursprünge des Mehrumsatzeffektes

Eine kritische Bestandsaufnahme des Mehrumsatzeffektes ergibt, dass er keineswegs das Ergebnis eines rationalen und planvollen politischen Prozesses ist. Er ist vielmehr historisch gewachsen mit allen Rationalitäten und auch Irrationalitäten, die solche Prozesse mit sich bringen.

Es gibt infolgedessen weder eine politische Vorstellung darüber, wie hoch zumindest in etwa ein vom selbstzahlenden Sektor zu leisten-

der Systemausgleich eigentlich sein sollte, noch bisher eine kritische Bestandsaufnahme darüber, wie hoch der Systemausgleich eigentlich ist.

Faktisch ist der Mehrumsatzeffekt auf zwei Sachverhalte zurückzuführen:

- Zum einen auf den von Versicherten durch ihre Tarifentscheidung gewählten tatsächlichen Umfang des Versicherungsschutzes.
- Zum anderen von den PKV-Unternehmen und ihren Versicherten vorgefundenen Marktbedingungen.

Anders als die GKV hat die PKV im Wesentlichen nur das Instrument der Rechnungsprüfung gegebenenfalls -kürzung, etwa weil eine in Anspruch genommene Leistung nicht mit den Tarifbestimmungen im Einklang steht oder weil bei der Rechnungslegung bestimmte Vorschriften nicht sachgerecht angewendet worden sind. Die Auswirkungen der Rechnungskürzung beziehungsweise Erstattungskürzung sind in die oben vorgenommene Analyse des Mehrumsatzeffektes hinreichend eingeflossen. Die PKV findet insbesondere aufgrund der vom Gesetzgeber so gewollten mangelnden Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern Bedingungen am Markt vor, die aus ihrer Sicht exogen vorgegeben sind. Damit ist jede Leistungsanspruchnahme selbst dann, wenn sie ein unwirtschaftliches Verhalten darstellt, weitestgehend zu akzeptieren.

Die exogene Vorgabe erfolgt durch den Gesetzgeber, indem er entweder, wie bei der GOÄ, die Bedingungen unmittelbar per Verordnung der Bundesregierung mit Zustimmung durch den Bundesrat für die PKV beziehungsweise ihrer Versicherten festlegt. Oder aber er regelt nicht explizit die Bedingungen für die PKV-Versicherten, schafft aber implizit eine Benachteiligung für PKV-Versicherte, indem er auf einem prinzipiell einheitlich für GKV- und PKV-Versicherte vorhandenen Markt Vorzugskonditionen für GKV-Versicherte schafft. Beispiel hierfür sind die Arzneimittelrabatte, die ausschließlich der GKV für ih-

re Versicherten eingeräumt werden. In der dritten Fallkonstellation regelt der Gesetzgeber zwar den Markt für die GKV, lässt aber den freien Markt und damit den der PKV unbeeinflusst. Dies führt in den meisten Fällen dazu, dass Kostendämpfungen im geregelten GKV-Markt Kompensation auf dem freien Markt hervorrufen. Gegensteuerungsstrategien, wie beispielsweise Vertragsverhandlungen der PKV, bleiben bisher explizit durch die Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts ausgeschlossen.

Übereinstimmend ist in allen Fallkonstellationen, dass die PKV vom Gesetzgeber gezwungen wird, vorgegebene Bedingungen zu akzeptieren. Die dadurch den Leistungsanbietern geschaffenen finanziellen Rahmenbedingungen ermöglichen für die GKV jedenfalls eine andere Kostendämpfungspolitik, und zwar eine restriktivere als es ohne den privaten Sektor möglich wäre.

6.4. Mehrumsatzeffekt versus Einbeziehung in den Risikostrukturausgleich

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ist ein Risikostrukturausgleich in der GKV eingeführt worden. Ausgeglichen werden Unterschiede im Finanzbedarf und in der Finanzkraft der jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen. Im Einzelnen werden folgende Ausgleichselemente berücksichtigt:

- Alter
- Familie
- Geschlecht
- Grundlohn

Ergänzend wird der Status eines Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsrentners erfasst.

Derzeit wird die Auswirkung des RSA auf den Faktor Morbidität diskutiert. Dabei zeichnet sich jedoch ab, dass eine vollständige und

richtige Erfassung der Morbidität bis zu einem gewissen Grade ein theoretisches Konstrukt bleiben muss, da eine konkrete Erfassung die Diskontierung aller künftigen vom Durchschnitt abweichenden morbiditätsrelevanten Ausgabengrößen verlangen würde.⁶²

Der RSA ist als Instrument innerhalb der GKV angelegt. Er soll einen von Risiken unabhängigen Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte ermöglichen. Zugleich soll verhindert werden, dass bei einer Abwanderung guter Risiken die Krankenkasse in eine Spirale ständig steigender Beitragssätze gerät, weil das Versichertenkollektiv mehr und mehr von der Zahl schlechter Risiken dominiert wird/zu werden droht.

Es ist verschiedentlich vorgeschlagen worden, die PKV ebenfalls in den RSA einzubeziehen.⁶³ Die Absicht dieses Vorschlags ist jedoch keineswegs den Wettbewerb zwischen PKV und GKV in dem Sinne zu intensivieren, dass die Wechselmöglichkeit zwischen beiden Systemen erleichtert werden soll. Der Vorschlag zielt vielmehr in die Richtung, von der PKV einen finanziellen Ausgleichsbetrag zugunsten der GKV dafür zu verlangen, dass sie angeblich in besonderem Umfang gute beziehungsweise finanziell vorteilhaftere Risiken aus der GKV zu sich herüberzieht. Die PKV soll also zu einem finanziellen Ausgleich für die vergleichsweise als günstig angenommene Zusammensetzung ihres Versichertenkollektivs verpflichtet werden.

Konsequent zu Ende gedacht würde die Einbeziehung in den RSA noch mehr erforderlich machen. Da jeder Versicherte als Risiko betrachtet in Richtung eines Standardprofils ausgeglichen werden würde, würde zugleich die Begründung dafür entfallen, dass bisher, insbesondere pflichtversicherten Arbeitnehmern, der Wechsel in die PKV

⁶² Die Alternative des Ausgleichs isoliert für jedes Jahr bedeutet, dass für jedes schlechte Risiko implizite Ansprüche für die Folgejahre bestehen. Auf jeden Fall greift der Morbiditätsaspekt also in die Zukunft.

⁶³ Wasem, J.: Weder Bürgerversicherung noch Kopfprämie – Finanzreform im pluralen System der Krankenversicherung, Hartmannbund-Magazin 2003; KKH: Risikostrukturausgleich in GKV und PKV, Manuskript o.J.

verwehrt wird. Ein perfekter RSA harmonisiert alle Risiken, so dass ein freier Wechsel zwischen den Systemen eigentlich möglich sein müsste. Von den Befürwortern einer Einbeziehung der PKV in den RSA wird diese Konsequenz jedoch derzeit bisher nicht gezogen, offensichtlich deshalb, weil in erster Linie die etwaigen Finanzausgleichsströme von der PKV an die GKV ins Blickfeld geraten sind.

Damit stellt sich die Frage nach der technischen Machbarkeit der Einbeziehung der PKV in den RSA mit der GKV.

Der Risikostrukturausgleichsfaktor Alter bedeutet die Errechnung eines Ausgleichsbetrages in Abhängigkeit der Differenz des Durchschnittsaufwandes über alle Altersgruppen und des jeweiligen altersspezifischen Durchschnittsaufwandes. Im Ergebnis entsteht für unterdurchschnittlich junge Versicherte eine Zahlungsverpflichtung und für überdurchschnittlich alte Versicherte ein Ausgleichsanspruch. Damit wird eine Verfahrensweise nachempfunden, die für die Kalkulation der Beiträge innerhalb der PKV typisch ist. Vom jungen Versicherten wird neben seinem (gegenwarts-) risikogerechten Beitrag noch ein darüber hinausgehender Sparbeitrag verlangt, der in die Bildung der Alterungsrückstellung hineinfließt. Umgekehrt wird in späteren Jahren ein Beitrag erhoben, der unter dem altersgerechten Risikobeitrag liegt. Die Differenz wird über die Entnahme aus der Alterungsrückstellung finanziert. Die im RSA vollzogene altersmäßige Glättung der Einnahmensituation der Krankenkasse für einen Versicherten wird in der PKV über die Beitragskalkulation selber vollzogen.

Dies führt zu dem Ergebnis, dass die in der PKV vollzogene Kalkulation nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren nicht mit der Einbeziehung der PKV in den RSA für den Faktor Alter kompatibel ist.

Ähnliche Inkompatibilitäten gelten für den Risikostrukturausgleichsfaktor Familie. Für eine einzelne Krankenkasse bedeutet die Versicherung eines Mitglieds mit vielen (beitragsfreien) Familienmitgliedern, dass sie die eigentlich erforderlichen Beiträge für die Familienmitglieder nicht von den Familienmitgliedern selber, sondern als Ausgleichs-

anspruch gegenüber dem RSA erwirbt. Die Krankenkasse wird durch den RSA also finanziell so gestaltet, als bekäme sie für die Familienmitglieder ebenfalls Beiträge. Anders in der PKV, in der für jedes Familienmitglied von vornherein ein risikogerechter Beitrag gezahlt werden muss. Eine Kombination mit Ausgleichsansprüchen ist nicht möglich, weil dies den bereits berechneten Beiträgen zuwiderlaufen würde.

Dieselben Überlegungen gelten für den Ausgleichsfaktor Geschlecht. Solange in der PKV geschlechtsindividuelle Beiträge berechnet werden, geschlechtsspezifische Ausgabendifferenzen also bereits über Beitragsdifferenzen ausgeglichen werden, besteht technisch keine Möglichkeit, die PKV in den RSA einzubeziehen.

Grundsätzlich anders sieht die Situation beim Faktor Grundlohn aus. Grundlohndifferenzen gehen (mit Ausnahme der Versicherung eines Krankentagegeldanspruchs) nicht in die Beitragsberechnung der PKV ein. Von den Verfechtern einer Einbeziehung der PKV in den RSA wird insbesondere mit Einkommensdifferenzen zwischen PKV- und GKV-Versicherten argumentiert. Am offensichtlichsten ist diese Situation bei der Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer. Da nur Arbeitnehmer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zur PKV wechseln können, gibt es zumindest bei den Arbeitnehmern zwischen den PKV- und GKV-Versicherten ein deutliches Einkommensgefälle. Dies hat auch zu der Forderung geführt, die PKV solle ausschließlich in den Grundlohnausgleich (=Ausgleich der Finanzkraft) mit der GKV einbezogen werden.

Für den einzelnen PKV-Versicherungsvertrag wäre die Zahlungspflicht oder der Ausgleichsanspruch an den Grundlohnausgleich zunächst ein Fremdkörper, der nicht Vertragsbestandteil wäre. Da bestehende Verträge im Nachhinein weder durch das Versicherungsunternehmen noch durch den Gesetzgeber geändert werden können, wäre zunächst einmal klargestellt, dass hier eine Änderung nicht möglich ist. Die theoretische Möglichkeit der Einbeziehung der PKV in den Grundlohnausgleich bestünde in jedem Fall also nur für neue Versicherungsverträge.

In diesen neuen Verträgen müsste der Faktor Grundlohn als ein individueller Tarifbestandteil eingestellt werden. Ein Versicherter beziehungsweise sein Unternehmen mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen würde einen finanziellen Anspruch erwerben, mit dem seine Prämie in der PKV vergünstigt werden könnte. Ein Versicherter mit einem überdurchschnittlichen Einkommen würde beitrags erhöhend eine Ausgleichsforderung an den Grundlohnausgleich zu zahlen haben. Es ist anzunehmen, dass mit dieser Konstruktion erhebliche rechtliche Probleme einhergehen. Zunächst sind solche Forderungen/Zahlungsverpflichtungen ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip und damit durch das geltende Versicherungsrecht nicht gedeckt. Eine Zahlungsverpflichtung hat darüber hinaus zumindest steuerähnlichen Charakter, da mit ihr kein Anspruch auf eine Gegenleistung verbunden wäre. Die Kompatibilität mit dem privaten Versicherungsvertragsrecht wäre erst noch zu prüfen, zumal es sich aus der Sicht des Versicherten um eine zusätzliche einkommenssteuerähnliche Belastung handeln würde.

Zur konkreten Einkommensermittlung ihrer Versicherten müsste die PKV überdies veranlasst werden, da ihr die Einkommenssituation ihrer Versicherten unbekannt ist. Es gibt bereits Beispiele hierfür. In der privaten Pflegeversicherung gibt es eine Beitragslimitierung für Ehegatten nur, wenn ein bestimmtes Mindesteinkommen nicht überschritten wird. Wenn der Versicherte den Anspruch auf Limitierung geltend machen will, dann ist er gegenüber seinem Versicherungsunternehmen beweispflichtig, dass sein Einkommen eine festgelegte Höchstgrenze nicht überschreitet. Die Situation beim Grundlohnausgleich wäre insofern anders gelagert, weil es bei den Beziehern hoher Einkommen nicht um die Geltendmachung von Ansprüchen, sondern um die Feststellung einer einkommensabhängigen Verpflichtung geht. Dies bedarf einer objektiven Einkommensprüfung, die von einer privaten Institution nicht geleistet werden kann und wohl auch nicht geleistet werden darf.

Auch bei einer Überwindung aller rechtlichen Hürden wäre eine objektive Einkommensermittlung jedenfalls bei den Selbständigen

nicht möglich. Dies scheitert faktisch schon beim verwendeten Einkommensbegriff der GKV, der auf die Situation Selbständiger nicht übertragbar ist. Maßstab für den Grundlohnvergleich in der GKV ist für Arbeitnehmer der Bruttolohn. Schon in der heutigen Beitragsbemessung der GKV scheitert dieses Bruttokonzept bei der Einkommensermittlung der Selbständigen. Die Größe Bruttoeinkommen ist bei Selbständigen kaum anwendbar. Gemeint wäre wohl eine Einkommensgröße vor Abzug von Betriebsausgaben, die am ehesten mit dem Bruttoumsatz aus betrieblicher Tätigkeit vergleichbar wäre.

Eine Beitragsbemessung an einer Umsatzgröße wäre faktisch eine zweite Umsatzsteuer, allerdings ohne Vorsteuerabzugsmöglichkeit, die jedoch nicht gewollt ist. Die reale Beitragsbemessung bedient sich einer Hilfskonstruktion: Grundlage der Beitragsbemessung in der GKV – und damit auch des Ausgleichs zwischen den Krankenkassen – ist die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Selbständigen unter Berücksichtigung der Betriebsausgaben, also die Nettosition. Da dies eine Bevorzugung des Selbständigen gegenüber dem Arbeitnehmer ist, schreibt das SGB V ein bestimmtes zu berücksichtigendes Mindesteinkommen des Selbständigen vor, das erheblich über dem Durchschnittseinkommen eines Arbeitnehmers liegt. Ausgehend von der nichtadäquaten Berücksichtigung des Einkommens der Selbständigen bedient sich das SGB V also einer Fiktion, die auch Maßstab für den Grundlohnvergleich zwischen den Krankenkassen ist.

Da die Selbständigen einen hohen Prozentsatz im Versichertenkollektiv der PKV ausmachen, würde die Einbeziehung der PKV in den Grundlohnvergleich einen systematischen Fehler nicht nur fortschreiben, sondern zugleich erheblich ausweiten. Es käme in der Tat zu Ausgleichsergebnissen, die starke Verwerfungen nach sich ziehen würden. Dem Anliegen eines gerechten Verhältnisses zwischen zwei Systemen wäre damit nicht gedient.

Schließlich ist noch ein europäischer Aspekt zu berücksichtigen. Dem Selbständigen ist es freigestellt, seinen Versicherungsschutz auch

bei einem ausländischen Versicherer zu unterhalten. Dieser ausländische Versicherer kann aber nicht dem deutschen Grundlohnausgleich unterworfen werden.

Im Fazit muss die Einbeziehung der PKV in einen wie auch immer gearteten RSA mit der GKV als untaugliches Instrument zurückgewiesen werden. Auch vor dem Hintergrund, dass im jetzigen System durch den in dieser Untersuchung beschriebenen Mehrumsatz eine erhebliche Quersubventionierung der GKV durch die PKV erfolgt und so die PKV ihren Teil zum Ausgleich beiträgt.

7. Fazit

Die Analyse hat gezeigt, dass PKV-Versicherte einen erheblichen Mehrumsatz im Gesundheitssystem erzeugen. Dieser Mehrumsatz variiert in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems erheblich. Tabelle 30 gibt einen Überblick über die Höhe der Überzahlung in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.

Tabelle 30

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

Auch die Frage, ob dieser Mehrumsatz zu einer Quersubventionierung der Leistungen für GKV-Versicherte führt, fällt in den einzelnen Bereichen unterschiedlich aus. Für die Frage nach der Quersubventionierung muss man den Mehrumsatz in den Preis- und den Struktureffekt unterteilen. Besteht ein Preiseffekt, kann dieser zur Quersubventionierung beitragen.

Es zeigt sich, dass der Mehrumsatz im ambulanten Bereich am größten ist und er hier auch zu einem Großteil dem Preiseffekt zugerechnet werden kann. Somit ist hier eine erhebliche Quersubventionierung möglich.

Im Arzneimittelbereich greift überwiegend der Preiseffekt, insbesondere bedingt durch die unterschiedlichen Rabattregeln für die GKV-Versicherten, die die Preise nur für diesen Personenkreis verringern. So ist auch hier die Möglichkeit der Quersubventionierung gegeben.

Im stationären Bereich besteht der Mehrumsatz zu einem großen Teil aus dem Struktureffekt, da hier die zusätzlichen Ausgaben hauptsächlich in die Wahlleistungen fließen. Es wurde aber gezeigt, dass auch die Vergütung der Wahlleistungen Quersubventionierungen enthalten.

Im zahnmedizinischen Bereich schließlich besteht der ermittelte Mehrumsatz zu einem Teil aus einem Struktureffekt. Es gibt aber auch einen Preiseffekt, der Quersubventionierung zulässt.

Die stark voneinander abweichende Höhe des Mehrumsatzes in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems – insbesondere der hohe Mehrumsatz im ambulanten Bereich inklusive dem Arzneimittelbereich im Gegensatz zum relativ geringen Mehrumsatz im stationären Bereich – legt auch ein von der GKV möglicherweise abweichendes Inanspruchnahmeverhalten der PKV-Versicherten nahe. So werden PKV-Versicherte vermutlich in größerem Umfang ambulant behandelt und seltener in stationäre Einrichtungen überwiesen. Ursächlich hierfür ist gegebenenfalls die Attraktivität der ambulanten Behandlung von Privatpatienten aufgrund der hohen GOÄ-Sätze.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass von dem ermittelten Mehrumsatz von ca. 8,5 Mrd. € im Jahr 2003 ein erheblicher Teil auch den Beschaffungsbedingungen der GKV für ihre Versicherten und damit auch den GKV-Versicherten zugute kam.

Damit ist die Quersubventionierung zugleich ein Instrument des Systemausgleichs zwischen PKV und GKV und tritt damit an die Stelle einer Einbeziehung der PKV in den RSA, die schon aus technischen Gründen nicht möglich wäre.

Anhang

Tabelle 31

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfach-satz	Anzahl	Relative Häufigkeit	Durchschnittlicher Betrag	Art der Behandlung	Vergleichbare EBM-Nr.	EBM-Punkte	EBM-Betrag	Verhältnis GOÄ-Betr./EBM-Betr.
207	11,40	219	0,0796	26,01	Zinkleinverband o. Tape-Verb. gr. Gelenk	214	230	17,48	1,49
404	28,50	430	0,1563	28,78	Zuschlag Frequenzspektrumanalyse	682	250	19	1,51
263	10,26	371	0,1348	24,56	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung	359	180	13,68	1,80
870	85,50	157	0,0571	201,86	Verhaltenstherapie, Einzelb., mind. 50 Min	881/882	1450	110,2	1,83
719	28,61	161	0,0585	64,52	Funktionelle Entwicklg. Therapie m. 45 Min	960	450	34,2	1,89
5100	34,20	193	0,0701	61,94	Röntgen HWS 2 Ebenen	5030	400	30,4	2,04
1403	18,01	438	0,1592	32,55	Tonschwellenaudiometrie	1591	200	15,2	2,14
29	50,16	445	0,1617	115,57	Früherkennungsuntersuchung, Erwachsene	160	680	51,68	2,24
11	6,84	911	0,3311	15,74	Digitaluntersuchung Mastdarm, Prostata	360	90	6,84	2,30
301	18,24	198	0,0720	42,44	Punktion, Ellerb., Knie, Wirbelgelenk	301	240	18,24	2,33
740	8,09	354	0,1286	18,44	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	900	100	7,6	2,43
3741	22,80	578	0,2101	26,18	Kollagen, Quantitativ	4365	10,5	10,5	2,49
567	10,37	271	0,0985	19,03	Phototherapie mit U.V.-Spektrum, je Sitz.	564	100	7,6	2,50
4851	14,82	703	0,2555	27,34	Zytologische Unters. zur Krebsdiagnostik	155	140	10,64	2,57
652	50,73	555	0,2017	118,25	EKG mit Ergometrie	604	600	45,6	2,59
4548	18,24	174	0,0632	20,86	Bakt.-Identif. bunte Reihe je Keim	4722	8	8	2,61
3306	16,87	1.395	0,5070	39,77	Chirotherapeut. Eingriff an der W.S.	3210	200	15,2	2,62
403	17,10	1.603	0,5825	30,86	Zuschlag sonog. transkavitärer Unters.	388	150	11,4	2,71
5040	34,20	169	0,0614	61,86	Beckenübersicht	5024	300	22,8	2,71
5105	45,60	358	0,1301	82,71	Röntgen BWS/LWS 2 Ebenen, je Teil	5030	400	30,4	2,72
5836	114,00	183	0,0665	217,41	Bestrahlung mittels Beschleuniger	7024	1050	79,8	2,72
50	36,48	2.469	0,8973	83,97	Besuch einschließlich Ber., Untersuchung	25	400	30,4	2,76

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfach-satz	Anzahl	Relative Häufig-keit	Durch-schnitt-licher Betrag	Art der Behandlung	Vergleich-bare EBM-Nr.	EBM-Punkte	EBM-Betrag	Verhältnis GOÄ-Betr./EBM-Betr.
5266	51,30	349	0,1268	94,98	AMMmographie einer Seite, 2 Ebenen	5092	450	34,2	2,78
5035	18,24	150	0,0545	33,18	Rö Skelett-Teile, je Teil	5023	150	11,4	2,91
1407	20,75	492	0,1788	47,29	Impedanzmessung	1597	210	15,96	2,96
645	74,10	275	0,0999	140,63	Dopplersonographie, Hirn-/Perorbit.Art.	680	600	45,6	3,08
390	6,84	532	0,1933	15,73	Intrakutantest, je Test, 1. bis 20. Test	353	65	4,94	3,18
4021	28,50	145	0,0527	32,84	Hormonb. Ligan. Follitropin FSH	4211	10	10	3,28
3561	22,80	630	0,2289	26,21	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	3722	160	7,85	3,34
1242	17,33	1.111	0,4037	41,04	Binokulare Untersuchung	1242	160	12,16	3,38
792	50,16	176	0,0640	113,66	Ärztl.Betr: b. Zentr-/praxisdial., j.D.	792	440	33,44	3,40
385	5,13	4.376	1,5903	11,72	Pricktest, je Test, max. 20	350	45	3,42	3,43
380	3,42	1.487	0,5404	7,83	Epikutantest, je Test, 1. bis 30. Test	345	30	2,28	3,43
386	3,42	2.041	0,7417	7,83	Pricktest 21. bis 40. Test	351	30	2,28	3,43
3742	28,50	170	0,0618	32,75	Ferritin	4166	9,5	9,5	3,45
3572	28,50	271	0,0985	32,80	Immunglobulin E (Ige)	4310	9,5	9,5	3,45
1216	10,37	968	0,3518	23,77	Unters.a.Heterophorie/Strabismus	1216	90	6,84	3,48
3905	28,50	244	0,0887	32,72	Carcinoembryonales Antigen CEA	4164	9,4	9,4	3,48
3908	34,20	394	0,1432	39,51	Prostata-spezifische Antigene PSA	4208	11	11	3,59
4850	9,92	284	0,1032	18,04	Zytologische Unters. zur Zyklus-Phasenbe	4950	65	4,94	3,65
1530	20,75	682	0,2478	48,03	Laryngoskopie, Kehlkopf	1500	170	12,92	3,72
828	68,97	170	0,0618	158,47	Messung von Hirnpotentialen, VEA, AEP, SSP	805	560	42,56	3,72
827	68,97	143	0,0520	159,50	Elektroenzephalographische Untersuchung	802	560	42,56	3,75
1256	11,40	1.711	0,6218	20,59	Applanationsnometrie	1256	70	5,32	3,87
1217	27,59	418	0,1519	62,93	Unters. des Binokularen Schaktes	1218	210	15,96	3,94
602	17,33	599	0,2177	31,14	Oxymetrische Untersuchung(en)	720	100	7,6	4,10

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfach-satz	Anzahl	Relative Häufig-keit	Durch-schnitt-licher Betrag	Art der Behandlung	Vergleich-bare EBM-Nr.	EBM-Punkte	EBM-Betrag	Verhältnis GOÄ-Betr./EBM-Betr.
1418	20,52	926	0,3365	46,99	Endosk.Unters.d.Nasenhaupthöhlen-/Nasennr	1410	150	11,4	4,12
1241	17,33	197	0,0716	40,98	Gonioskopie	1241	130	9,88	4,15
290	13,68	179	0,0651	32,02	Infiltration gewebehärtendes Mittel	290	100	7,6	4,21
4039	39,90	187	0,0680	45,26	Hormonb. Ligan. Östradiol	4215		10	4,53
272	20,52	1.171	0,4256	47,25	Infusion, intravenös mehr als 30 Min.	273	130	9,88	4,78
3652	3,99	390	0,1417	4,60	Streifenstest im Urin, je Untersuchung	3500		0,95	4,84
3605	5,70	508	0,1846	6,56	Partielle Thromboplastinzeit PTT	3822		1,1	5,96
3607	5,70	1.087	0,3950	6,56	Thromboplastinzeit (Quickwert)	3823		1,1	5,96
3524	11,40	288	0,1047	13,14	C-reaktives Protein CRP	3850		2,2	5,97
3511	5,70	2.757	1,0019	6,56	Teststreifenuntersuchung	3500		0,95	6,91
3589	4,56	141	0,0512	5,25	Cholinesterase	3691		0,75	7,00
3588	5,70	243	0,0883	6,53	Alpha-Amylase	3685		0,75	8,71
3556	3,42	208	0,0756	3,93	Chlorid	3697		0,45	8,73
3557	3,42	2.122	0,7712	3,93	Kalium	3694		0,45	8,73
3558	3,42	1.589	0,5775	3,93	Natrium	3696		0,45	8,73
3598	5,70	277	0,1007	6,56	Lipase	3686		0,75	8,75
3573	3,42	862	0,3133	3,94	Gesamt-Protein Serum/Plasma	3660		0,45	8,76
3711	4,56	236	0,0858	5,27	Blutsenkung	3550		0,5	10,54
3575	11,40	236	0,0858	13,10	Transferrin	3743		1,2	10,92
3564	4,56	641	0,2329	5,23	LDL-Cholesterin	3666		0,45	11,62
3590	4,56	152	0,0552	5,23	Creatinkinase CK	3687		0,45	11,62
3555	4,56	1.659	0,6029	5,24	Calcium	3695		0,45	11,64
3560	4,56	2.462	0,8947	5,24	Glukose	3661		0,45	11,64
3563	4,56	1.123	0,4081	5,24	HDL-Cholesterin	3665		0,45	11,64

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Einfach-satz	Anzahl	Relative Häufig-keit	Durch-schnitt-licher Betrag	Art der Behandlung	Vergleich-bare EBM-Nr.	EBM-Punkte	EBM-Betrag	Verhältnis GOÄ-Betr./EBM-Betr.
3597	4,56	459	0,1668	5,24	Laktatdehydrogenase LDH	3688		0,45	11,64
3562	4,56	1.780	0,6469	5,25	Cholesterin	3664		0,45	11,67
3565	4,56	1.569	0,5702	5,25	Triglyzeride	3667		0,45	11,67
3581	4,56	770	0,2798	5,25	Bilirubin, gesamt	3662		0,45	11,67
3583	4,56	1.715	0,6232	5,25	Harnsäure	3668		0,45	11,67
3584	4,56	637	0,2315	5,25	Harnstoff	3669		0,45	11,67
3587	4,56	1.244	0,4521	5,25	Alkalische Phosphatase	3680		0,45	11,67
3592	4,56	2.040	0,7414	5,25	Gamma-Glutamyltranspeptidase Gamma-GT	3683		0,45	11,67
3595	4,56	1.628	0,5916	5,25	Glutamylpyruvattransaminase GPT	3682		0,45	11,67
3620	4,56	1.503	0,5462	5,25	Eisen	3698		0,45	11,67
3594	4,56	1.180	0,4288	5,26	Glutaminoxalacetattransaminase GOT	3681		0,45	11,69
3714	4,56	168	0,0611	5,39	pH-Wert (nicht Blut/Urin)	3503		0,45	11,98
3530	13,68	148	0,0538	15,73	Thromboplastinzeit (Quickwert)	3823		1,1	14,30
3501	6,84	2.352	0,8547	7,90	Blutsenkung	3550		0,5	15,80
3514	7,98	896	0,3256	7,84	Glukose	3661		0,45	17,42
3574	22,80	1.019	0,3703	26,22	Proteinelektrophorese Serum	3800		1,5	17,48
3502	13,68	150	0,0545	15,82	Differenzierung, Blutaussstrich	3620		0,8	19,78
3654	9,12	173	0,0629	10,47	Zellzählung im Urin (Addis-Count)	3623		0,5	20,94
4710	9,12	256	0,0930	10,47	Mik. Pilz-Nachw. je Material	3602		0,5	20,94
3509	11,40	1.294	0,4703	13,14	Mikroskopie, einfache Färbung, je Mat.	3602		0,5	26,28

Literaturverzeichnis

- BASYS** (1993), Unterschiede in der Bezahlung ärztlicher Leistungen zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript.
- Brenner, G.; Bogumil, W.** (2002), Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1999, Köln.
- Brück, D** (Begr.), Kommentar zur GOÄ, 3. Auflage, Stand: 1.7.1999, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** (2002), Jahresbericht, Bonn.
- Bundesministerium für Finanzen** (2001), Achtzehnter Subventionsbericht, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung** (BMGS) (2005), Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder und mitversicherte Angehörige nach Altersgruppen. Ergebnisse der GKV Statistiken KM2, KM5 und KM6, Stand: 21.2.2005, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung** (BMGS) (2004a), Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach Statistik KJ 1- 2003, Stand: August 2004, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung** (BMGS) (2004b), Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln –, Stand: Oktober 2004, Berlin.
- Bundesversicherungsamt** (2004), Risikostrukturausgleich – Jahresausgleiche 2001-2003, Bonn.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** (2002), Zahlen, Daten, Fakten, Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** (1994), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung in den neuen Bundesländern, November 1994.

- Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH** (2001), Gutachten zur Darstellung und Kalkulation der Kosten von Komfortleistungen im Krankenhaus für den Verband der privaten Krankenversicherung, unveröffentlicht, Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** (2002), Grunddaten C 5 – Punktwertentwicklung für vertragsärztliche Behandlung allgemein, abrufbar im Internet unter <http://daris.kbv.de/daris.asp>, Stand: 23.5.2005.
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin** (2005), Punktwerte, abrufbar im Internet unter www.kvberlin.de, Stand: 23.5.2005.
- KKH** (o.J.), Risikostrukturausgleich in GKV und PKV, Manuskript.
- Langer, B.; Kern, A.O; Martolock, B.; Pfaff, A.B.** (2002), Vergleich der Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung und im Standardtarif der PKV.
- Tirole, J.** (1995), Industrieökonomik, München/Wien: Oldenbourg, 1995.
- Pigou, A.C.** (1920), The Economics of Welfare, 4. Auflage, London: Macmillan.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2004a), Zahlenbericht 2003/2004, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2003a), Zahlenbericht 2002/2003, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2003b), Versicherte der privaten Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2003c), Rechenschaftsbericht 2003, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2003d), Kopfschadenstatistik 2003, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2002a), Versicherte der privaten Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Köln.

- Verband der privaten Krankenversicherung** (2002b), Handbuch zur Erstellung der Wahrscheinlichkeitstabellen, Köln, Stand: 15.2.2002.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2002c), Zahlenbericht 2001/2002, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2002d), Kopfschadenstatistik 2002, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2001a), Versicherte der privaten Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2001b), Kopfschadenstatistik 2001, Köln.
- Wasem, J.** (2003), Weder Bürgerversicherung noch Kopfprämie – Finanzreform im pluralen System der Krankenversicherung, in: Hartmannbund-Magazin 8/2003, Bonn.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAKred	Bundesaufsichtsamt für das Kreditwesen
BAT	Bundesangestellten-Tarifvertrag
BAV	Bundesanstalt für Versicherungsaufsicht
BAWe	Bundesaufsichtsamt für den Wertpapierhandel
BemaZ	Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPfIV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	disease-management-program
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab gemäß § 87 SGB V
f.	folgende (Seite)
ff.	folgende (Seiten)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HLB	Hauptleistungsbereich
Hrsg.	Herausgeber
KaIV	Kalkulationsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz

KKH	Kaufmännische Krankenkassen
LA	Leistungsausgaben
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
o.J.	ohne Jahr
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
s.u.	siehe unten
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
sog.	so genannte
StWG	Stabilitäts- und Wachstumsgesetz
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VFA	Verband Forschender Arzneimittelher- steller e.V.
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel