



Wie Privatpatienten das Gesundheitssystem stärken

Mehrumsatz steigt auf über 10 Milliarden Euro

Die medizinische Versorgung in Deutschland gehört zu den besten der Welt. Wer hierzulande erkrankt, dem steht ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten zur Verfügung. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein Patient gesetzlich versichert ist oder zu den 8,6 Millionen Privatversicherten gehört. Das gute Versorgungsniveau wird erst durch das Nebeneinander beider Systeme erreicht und gesichert.

Der hohe medizinische Standard ist dabei nicht zuletzt ein Verdienst der Privatversicherten, die für viele medizinische Leistungen höhere Honorare zahlen. Mit einem Teil ihrer finanziellen Aufwendungen können Ärzte und Krankenhäuser in moderne Geräte und fortschrittliche Behandlungsmethoden investieren, von denen auch gesetzlich Versicherte profitieren. Nun haben die zusätzlichen finanziellen Mittel, mit denen die Privatversicherten das Gesundheitssystem stärken, erstmals die Grenze von 10 Milliarden Euro im Jahr überschritten.

Dieser so genannte Mehrumsatz erfasst die Differenz zwischen den Aufwendungen der Privatversicherten für Gesundheitsleistungen und den Ausgaben, die angefallen wären, wenn diese Personen gesetzlich versichert wären. Der Mehrumsatz wird jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) ermittelt. Für die Leistungsausgaben der Privatversicherten werden dazu die Schadenstatistiken des Verbandes der privaten Krankenversicherung herangezogen. Darin sind auch die Beihilfezahlungen des Dienstherren der privatversicherten Beamten und ihrer Angehörigen enthalten. Die Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung werden aus den Daten des Risikostrukturausgleichs ermittelt. Die Auswertung dieser Zahlen, die jetzt für das Jahr 2007 vorliegt, bestätigt einen langjährigen Trend: Der Abstand zwischen den Ausgaben, die Privatversicherte für ihre me-

medizinische Behandlung zahlen, und den Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für vergleichbare Versicherte vergrößert sich kontinuierlich. Im Vergleich zum Vorjahr hat das WIP nunmehr einen Anstieg um 8,13 Prozent auf 10,48 Milliarden Euro errechnet. Damit tragen die Privatversicherten zunehmend zur Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems bei.

Der größte Teil dieser zusätzlichen Mittel entfällt mit 4,85 Milliarden Euro auf die

Arzthonorare. Das ist ein erheblicher Betrag, auf den viele Arztpraxen angewiesen sind. So befürchtet Markus Henkel,

Geschäftsführer des Berufsverbandes der Deutschen Radiologen, dass eine Vielzahl der Radiologiepraxen in Deutschland ohne die Quersubventionierung durch die Privatversicherten in akute Existenznot geraten würde: „Mit der derzeitigen Vergütungshöhe der gesetzlichen Kran-

„Ohne die Privaten wären viele Praxen in ihrer Existenz bedroht.“

Privatversicherte finanzieren das deutsche Gesundheitssystem überdurchschnittlich. Wenn sie gesetzlich krankenversichert wären, stünden weniger Mittel zur Verfügung.

kenversicherung können viele Praxen nicht kostendeckend arbeiten.“

Dies verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass die Vergütung, die ein Arzt für eine Magnetresonanztomografie (MRT) eines Privatpatienten erhält, mehr als dreimal so hoch ausfallen kann wie für einen gesetzlich Versicherten. So erhält er für eine MRT-Aufnahme des Beckens bei Kassenpatienten derzeit rund 120 Euro, wobei es leichte regionale Unterschiede geben kann. Bezieht man noch einen Zuschlag für das notwendige Kontrastmittel ein, liegt die Vergütung bei rund 140 Euro. Rechnet der Radiologe die gleiche Leistung dagegen bei einem Privatversicherten zum Regelhöchstsatz ab, erhält er über 460 Euro.

Dies ist zwar ein extremes, jedoch keineswegs untypisches Beispiel. Angesichts der hohen Anschaffungs- und Betriebskosten eines MRT-Geräts – die laufenden monatlichen Kosten bewegen sich in der Regel im fünfstelligen Euro-Bereich – verwundert die Einschätzung Henkels nicht, dass viele Radiologiepraxen auf die Untersuchung von Privatversicherten angewiesen sind. Entsprechende Beispiele lassen sich ohne Weiteres auch für andere medizinische Fachbereiche anführen.

Doch nicht nur bei den Arzthonoraren tragen die Privatversicherten überpro-

portional zur Finanzierung bei. Im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel betrug ihre zusätzlichen Aufwendungen 2,83 Milliarden Euro. Hier war ein leichter Rückgang gegenüber 2006 zu verzeichnen. Dies lag vor allem daran, dass die Leistungsausgaben für Impfungen in der gesetzlichen Krankenversicherung als Folge der jüngsten Gesundheitsreform deutlich angestiegen sind. Damit verringerte sich der Abstand zu den Aufwendungen der Privatversicherten in diesem Bereich. Schließlich verzeichnete das WIP auch im stationären Sektor ei-

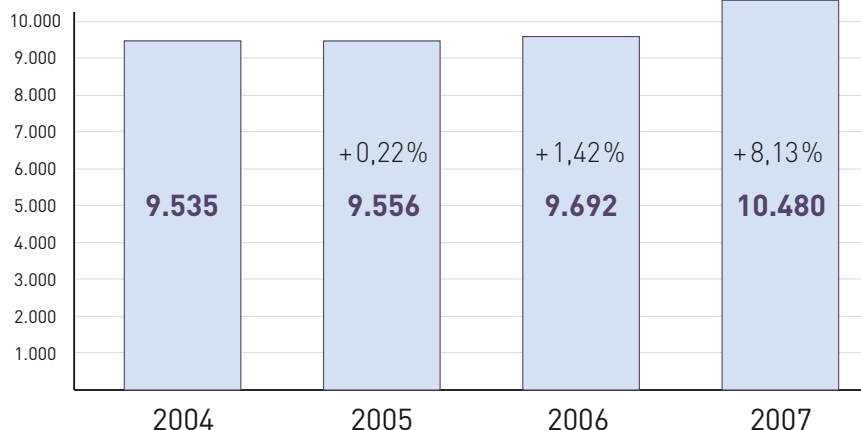
nen Anstieg des Mehrumsatzes auf 1,79 Milliarden Euro sowie bei der Zahnmedizin auf 1,02 Milliarden Euro.

Die Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV zeigen, dass das deutsche Gesundheitssystem erheblich von der Existenz der Privatversicherten abhängt. Dies gilt insbesondere für die Ärzte und deren Honorare.

Die vollständige Untersuchung zum Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten kann auf der Internetseite des WIP abgerufen werden: www.wip-pkv.de

Mehrumsatz der Privatpatienten

Mio. Euro



Quelle: RSA-Daten; PKV-Kopfschadenstatistik; eigene Berechnungen