

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV

Christine Arentz

Holger Eich

Frank Wild

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln
Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653
E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

November 2016

1. Einleitung

Die Beitragsentwicklungen in PKV und GKV stehen immer wieder im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. In jüngster Zeit standen vor allem die für 2017 anstehenden Prämienanpassungen in der PKV im Fokus der Berichterstattung.¹ Aber auch die Beitragsentwicklung in der GKV, insbesondere der mögliche Anstieg der Zusatzbeiträge ist immer wieder Thema.²

Eine derartige Debatte übersieht häufig jedoch nicht nur den Hintergrund von möglichen Anstiegen, sondern auch die Komplexität der Steigerungsmechanismen und die zusätzlichen Wirkungen anderer Faktoren, wie z. B. der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. Zudem fehlt aktuellen Zahlen die Einordnung in mittel- oder langfristige Entwicklungen. Dies soll der vorliegende Beitrag leisten.

Eine gute Annäherung an die Einnahmendynamik in PKV und GKV bildet die Entwicklung der Beitragseinnahmen je Versicherten. Damit kann anhand einer Kennzahl die Entwicklung der Beitragsbelastung der Versicherten in PKV und GKV verglichen werden. Da entsprechende Daten zudem auch über einen längeren Zeitraum in öffentlich zugänglichen Quellen verfügbar sind, ist auch eine Einordnung aktueller Entwicklungen in einem längeren zeitlichen Kontext möglich.

2. Hintergrund

Die Gesundheitsausgaben steigen in Deutschland bereits seit Jahrzehnten kontinuierlich. Im Jahr 2014 lagen sie nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 328 Mrd. Euro. Dies bedeutet einen Anstieg um 39 % in den letzten zehn Jahren und sogar einen Anstieg um 87 % in den letzten zwanzig Jahren. Damit nahmen die Gesundheitsausgaben stärker zu als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Dies erhöhte sich nur um 28 % (10-Jahreszeitraum) bzw. 59 % (20-Jahreszeitraum). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP stieg entsprechend von 9,6 % (1994) über 10,4 % (2004) auf 11,2 % (2014).³

In den anderen Mitgliedsländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) verlief die Ausgabenentwicklung ähnlich.⁴ Die Ursachen für die steigenden Gesundheitsausgaben sind vielfältig und haben einen unterschiedlichen Einfluss. Einschlägig ist hierzu eine US-amerikanische Untersuchung von Newhouse aus dem Jahr 1992.⁵ Danach sind 50 bis 75 % der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen der USA

¹ Vgl. bspw. Krohn (2016), Meyenburg/Thiede (2016).

² Vgl. bspw. Gnirke (2016), Szent-Ivanyi (2016).

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016).

⁴ Vgl. OECD (2015).

⁵ Vgl. Newhouse (1992).

von 1940 bis 1990 dem medizinisch-technischen Fortschritt zuzuschreiben.⁶ Für Deutschland ermittelten Breyer und Ulrich für den Zeitraum 1970 bis 1995, dass allein der medizinisch-technische Fortschritt dazu führt, dass die realen Gesundheitsausgaben jährlich um 1 % wachsen.⁷ Auch zukünftig wird der technische Fortschritt eine entscheidende Rolle für die Ausgabenentwicklung spielen: Breyer et al. (2015) gehen bis 2060 von einer jährlichen Wachstumsrate von 1-1,5 % für Frauen bzw. 2 % für Männer in Deutschland aus. Der Ausgabeneffekt durch technischen Fortschritt ist damit stärker als der demographische Effekt (0,5-1,0 % jährlich).⁸

Neben dem technischen Fortschritt und den demographischen Einflüssen⁹ spielen weitere Effekte bei der Ausgabenentwicklung eine Rolle. So steigen die Nachfrage und damit die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen üblicherweise mit dem Einkommen. Auch jede Ausweitung des Leistungskataloges und angebotsinduzierte Nachfrage haben Auswirkungen auf die Ausgaben. Schließlich spielt die Faktorproduktivität in der Dienstleistungsindustrie eine Rolle (Baumolsche Kostenkrankheit).¹⁰ Ausgabensteigerungen an sich sind jedoch nicht grundsätzlich negativ zu beurteilen, sofern sie gleichzeitig mit Nutzensteigerungen für die Verbraucher verbunden sind. So ist der medizinisch-technische Fortschritt zwar einer der größten Kostentreiber im Gesundheitswesen, gleichzeitig konnte durch ihn die Gesundheits-

⁶ Medizinische Innovationstrends in diesem Jahrzehnt sind beispielsweise die personalisierte Medizin, biopharmazeutisch hergestellte Medikamente, verbesserte bildgebende Verfahren zur Diagnostik und nicht-invasive Behandlungsmethoden. Oft handelt es sich bei den Innovationen um Produktinnovationen, die vielfach zusätzlich (add-on) zur bisherigen Standardtherapie eingesetzt werden und damit die Therapie verteuern. Die Hersteller innovativer Produkte verweisen in der Regel auf mittel- bis langfristige Wirkungen, und zwar in dem Sinne, dass hiermit z. B. Erkrankungen frühzeitig erkannt oder therapiert werden können oder sich Folgeschäden vermeiden lassen. Damit könnten aktuellen Mehrkosten in naher Zukunft Minderausgaben gegenüberstehen. Inwieweit eine „Kostenneutralität“ aber wirklich eintritt, ist unsicher und nicht valide kalkulierbar.

⁷ Vgl. Breyer/Ulrich (2000).

⁸ Vgl. Breyer et al. (2015), S. 107.

⁹ Zum Einfluss der Demographie auf die Gesundheitsausgaben gibt es konkurrierende Hypothesen (siehe Breyer (2015)): Die Medikalisierungsthese geht davon aus, dass mit dem Alter die Morbidität und damit die Ausgaben zunehmen. Die Kompressionsthese besagt hingegen, dass die Gesundheitsausgaben vor allem mit der Nähe zum Tod zusammenhängen. Bei steigender Lebenserwartung verschiebt sich die kostenintensive Phase nach hinten, steigt aber nicht. In Relation zur gestiegenen Lebenserwartung könnten die Ausgaben durch diese „gesunde“ Alterung sogar leicht abnehmen (schwache Kompressionsthese). Die starke Kompressionsthese geht sogar von einer absoluten Verkürzung der kostenintensiven Phase und einer starken Kostendämpfung durch die Alterung aus. Breyer et al. (2015) vermuten hingegen, dass die gesündere Lebensweise und die damit verbundene höhere Lebenserwartung zu höheren Ausgaben führen könnten, weil die Ärzte ältere Personen dann intensiver als heute behandeln, da deren fernere Lebenserwartung gestiegen und sie damit von der Behandlung länger profitieren können (sog. Eubie-Blake-Effekt des Arztverhaltens). Vgl. auch Niehaus (2006).

¹⁰ Die allgemeine Lohnentwicklung in der Volkswirtschaft wird in höherem Maße durch Branchen bestimmt, die hohe Produktivitätssteigerungen erreichen. Derartige Produktivitätssteigerungen sind jedoch im Gesundheitswesen (aufgrund des hohen arbeitsintensiven Anteils) nicht zu erzielen. Um eine Abkopplung von der allgemeinen Lohnentwicklung zu verhindern (dies würde einen Mangel an Arbeitskräften und sinkende Qualität der Versorgung bedeuten), müssen die Löhne stärker steigen als die Produktivität im Gesundheitswesen, wodurch die Kosten zunehmen. Diesen Zusammenhang nennt man Baumolsche Kostenkrankheit (in Anlehnung an den Ökonomen William J. Baumol).

versorgung jedoch deutlich verbessert werden, was beispielsweise am stetigen Zuwachs an Lebenserwartung in den OECD-Ländern abzulesen ist.¹¹

Zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben gehen GKV und PKV verschiedene Wege: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kalkuliert nach dem Umlageverfahren, d. h. die laufenden Einnahmen werden unmittelbar zur Finanzierung der Leistungsausgaben verwendet. Der Aufbau von Deckungskapital ist – bis auf die gesetzlich vorgeschriebenen Liquiditätsreserven zum Ausgleich von kurzfristigen Beitragssatzschwankungen – nicht vorgesehen. Allein die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung als Folge des konstant niedrigen Geburtenniveaus und der steigenden Lebenserwartung führt dazu, dass der Beitragssatz steigen wird. Hierzu addieren sich noch Ausgabensteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts. Modellrechnungen zufolge könnte der Beitragssatz in der GKV bis zum Jahr 2050 auf 25 % angehoben werden. In einigen Studien werden sogar noch höhere Werte vorhergesagt.¹² Aus einem zunehmenden Beitragssatz erwachsen erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen, zumal auch andere Sozialversicherungszweige, wie die Rentenversicherung, eine ähnliche Entwicklung aufweisen werden. Wenn die GKV zudem Finanzierungslasten übernehmen muss, die versicherungsfremde Leistungen und damit eigentlich dem Steuersystem zuzurechnen sind, wird sich die zukünftige Beitragsentwicklung in der GKV weiter verschärfen, soweit diese Leistungen nicht durch staatliche Zuschüsse kompensiert werden.¹³

Die PKV ist durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren und die damit verbundene Bildung von Alterungsrückstellungen auf die demographische Entwicklung vorbereitet. Im Gegensatz zur GKV resultiert allein aus der demographischen Veränderung in der PKV kein Anstieg der Beiträge. Kostensteigerungen infolge des medizinisch-technischen Fortschritts führen allerdings auch in der PKV zu Prämiensteigerungen.

Die PKV garantiert ihren Versicherten somit, dass die Beiträge infolge der Alterung und infolge einer Verschlechterung des Gesundheitszustands im Zeitverlauf nicht steigen werden. Die Beiträge in der PKV müssen aber immer dann angepasst werden, wenn sich die statistische Kalkulationsbasis ändert, wenn also im Laufe der Jahre Entwicklungen eintreten, deren Auswirkungen bei Vertragsabschluss noch nicht bekannt waren.

Die gesetzlichen Regelungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen – VAG) und in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung – KVAV) sehen vor, dass eine Beitragsanpassung nur erfolgen darf, wenn einer von zwei sogenannten „auslösenden Faktoren“ anspricht: die Versicherungsleis-

¹¹ Vgl. OECD (2015), S. 46.

¹² Vgl. Postler (2010), S. 33, siehe auch Breyer (2015).

¹³ Vgl. Wild (2015).

tungen oder die Sterblichkeit.¹⁴ Zum Aspekt der Versicherungsleistungen gehören auch medizinische Innovationen. Weichen Versicherungsleistungen oder die Sterblichkeit von der ursprünglichen Kalkulation – je nach Vertrag – zwischen 5 und 10 % ab, darf bzw. muss eine Beitragsanpassung erfolgen. Dann müssen auch alle anderen Rechnungsgrundlagen, u. a. auch der Zins, überprüft und die Beiträge entsprechend angepasst werden. Diese strengen Vorgaben können zu kumulativen Effekten führen. Manche Tarife in der PKV haben durch diesen „Beitragsanpassungsstau“ jahrelang keine, dann aber eine deutlich spürbare Beitragsänderung erfahren.

Auch die aktuelle Niedrigzinsphase hat Auswirkungen auf die Prämienhöhe: kann der aktuelle Rechnungszins von einzelnen Unternehmen aufgrund des niedrigen Zinsumfeldes nicht erwirtschaftet werden, müssen die betroffenen Unternehmen über das Verfahren „aktuarieller Unternehmenszins“ (AUZ-Verfahren) im Neugeschäft einen neuen, niedrigeren Kalkulationszins anwenden.¹⁵ Daraus ergeben sich höhere Neugeschäftsbeiträge. Für Bestandsverträge darf der Kalkulationszins nur im Rahmen einer Beitragsanpassung aufgrund veränderter Leistungsanspruchnahme bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten angepasst werden, die Zinsentwicklung allein ist kein auslösender Faktor für eine Beitragsanpassung. Allerdings fällt diese Beitragsanpassung bei einem niedrigeren Kalkulationszins entsprechend höher aus als bei alleiniger Veränderung der auslösenden Faktoren.

3. Entwicklung der Beitragseinnahmen (2007 bis 2017)

Im Folgenden soll analysiert werden, wie sich die Beitragsbelastung in den Systemen der GKV und der PKV über die Zeit entwickelt hat. Um die Entwicklung der Beitragseinnahmen in der PKV mit der Beitragsentwicklung in der GKV im Zeitablauf vergleichen zu können, wird auf Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und des PKV-Verbandes zurückgegriffen. Betrachtet wird die Entwicklung von 2007 bis 2017 (Index 100 = 2007). Die Jahre 2016 und 2017 werden extrapoliert.¹⁶

Um Veränderungen in Folge von veränderten Versichertenzahlen auszuschalten, werden die Werte je Versicherte betrachtet. Die Veränderungen der Einnahmen der GKV werden ohne (vgl. Abbildung 1) und mit Bundeszuschüssen (vgl. Abbildung 2) ausgewiesen.

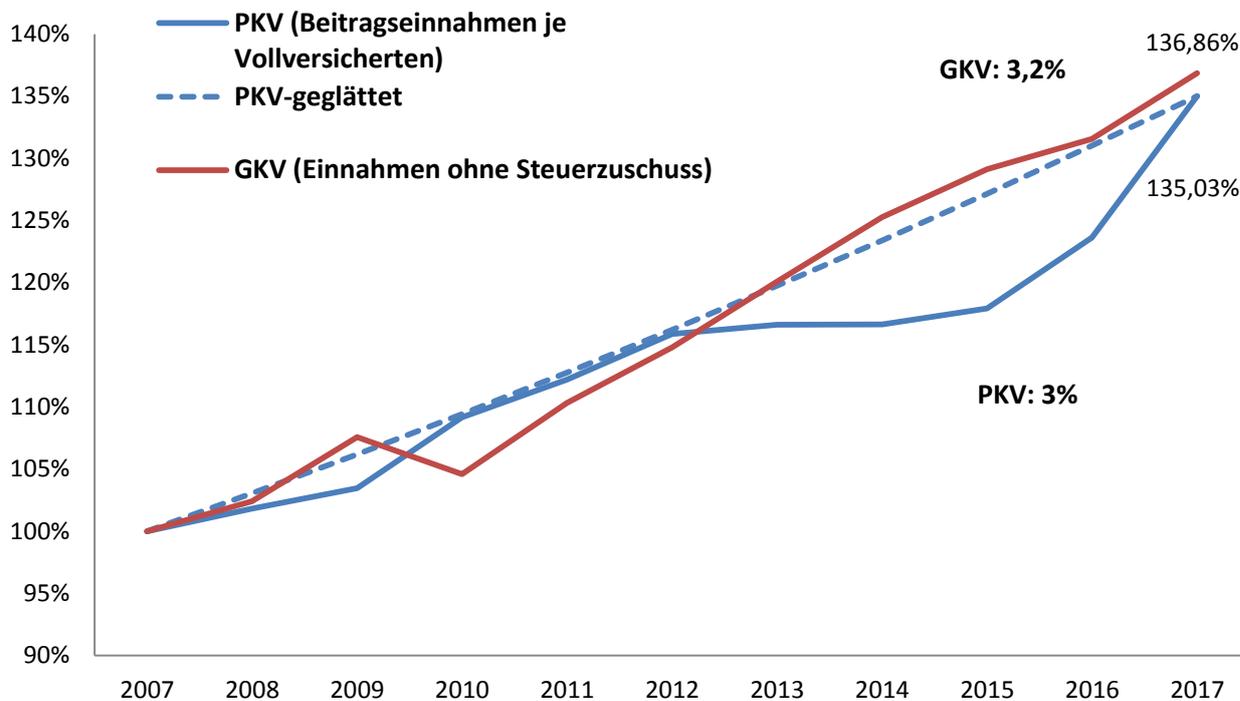
¹⁴ Das Ergebnis der Überprüfung der Beiträge ist einem unabhängigen Treuhänder vorzulegen. Über die Höhe der Anpassung entscheidet das Unternehmen nicht allein, es braucht die Zustimmung des Treuhänders.

¹⁵ Vgl. o.V. (2011).

¹⁶ Hierbei wurde eine konservativere Schätzung für die GKV angesetzt als vom GKV-Schätzerkreis für die Jahre 2016 und 2017. Der Schätzerkreis geht bezogen auf 2015 von einer Steigerung von insgesamt 8,2 % bis 2017 aus, während die vorliegende Projektion 7,3 % bezogen auf 2015 zugrunde legt (jeweils inkl. Bundeszuschuss). Für die PKV wurde für 2017 eine erwartete Beitragssteigerung von 8 % unterstellt. Für 2016 ist für die PKV nach vorläufigen Zahlen von einem Anstieg in Höhe von 2,3 % auszugehen.

Der Bundeszuschuss lag im Jahr 2007 noch bei 2,5 Mrd. € und wird im Jahr 2017 14,5 Mrd. € betragen. Dieser Zuschuss wird aus Steuerzahlungen sowohl von GKV- als auch PKV-Versicherten getragen.

Abbildung 1: Veränderungsraten der Beitragseinnahmen pro Kopf GKV/PKV, indiziert (2007=100)



Quellen: BMG (Versicherte Personen GKV insgesamt, Einnahmen GKV; 2016 und 2017 jeweils extrapoliert), BaFin Nw230 (Beitragseinnahmen KKV), PKV-Statistik 4 (Vollversicherte PKV; Beihilfeberechtigte zu 40 %)

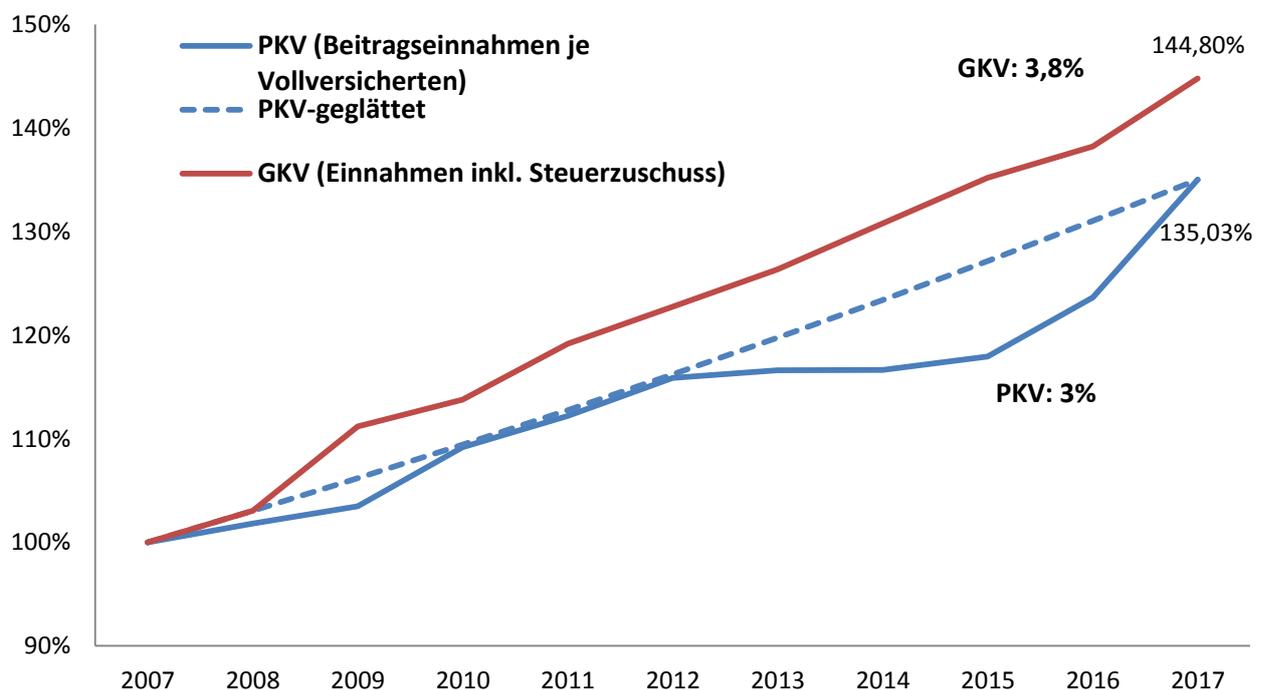
Von 2007 bis 2017 ergibt sich in der PKV ein Anstieg der Beitragseinnahmen je Versicherten um 35 %. In der GKV ist ein Anstieg um 37 % festzustellen. Damit nahm die Beitragsbelastung der PKV-Versicherten trotz der erwarteten Prämiensteigerungen im Jahr 2017 im betrachteten 10-Jahreszeitraum in geringerem Maße zu als in der GKV. Über den ganzen Zeitraum betrachtet ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Steigerung der Beitragsbelastung von 3,2 % in der GKV und 3 % in der PKV.

Bei Betrachtung der Steigerungen in den einzelnen Jahren fällt auf, dass im Jahr 2010 die Beitragsbelastung in der GKV einmalig gegenüber dem Vorjahr sank. Hintergrund ist der deutliche Anstieg des Bundeszuschusses von 7,2 Mrd. € (2009) auf 15,7 Mrd. €, wodurch auch der allgemeine Beitragssatz in der GKV um 0,6 Prozentpunkte reduziert werden konnte. Seit 2010 ist jedoch ein deutlicher Anstieg der Beitragseinnahmen in der GKV zu verzeichnen.

In der PKV sind im Zeitraum von 2012 bis 2015 die Beiträge weitgehend stabil geblieben und nur wenig angehoben worden. Tarifabhängig sind dann aber auslösende Faktoren angesprungen, die stärkere Prämienanpassungen in 2017 notwendig machen. Könnte die PKV kontinuierlich Prämien anpassen und nicht erst bei Kostensteigerungen von 5 bzw. 10 %, könnte die Belastung für die Versicherten gleichmäßig verteilt werden, statt unregelmäßig Belastungsspitzen zu erzeugen (siehe gestrichelte Linie in den Abbildungen).

Die Belastung pro Kopf in der GKV inklusive des Bundeszuschusses fällt höher aus als die reine Beitragsbelastung.¹⁷ Mit Bundeszuschuss liegt die Steigerungsrate der Einnahmen pro Kopf in der GKV im Betrachtungszeitraum durchgängig über der Steigerungsrate in der PKV. Gegenüber dem Jahr 2007 wird bis 2017 mit einer Steigerung von knapp 45 % in der GKV gegenüber 35 % in der PKV gerechnet (vgl. Abbildung 2), im Schnitt ein Anstieg von 3,8 % in der GKV gegenüber 3 % in der PKV.

Abbildung 2: Veränderungsraten der Beitragseinnahmen pro Kopf GKV (inkl. Bundeszuschuss) / PKV, indexiert (2007=100)



Quellen: BMG (Versicherte Personen GKV insgesamt, Einnahmen GKV; 2016 und 2017 jeweils extrapoliert), BaFin Nw230 (Beitragseinnahmen KKV), PKV-Statistik 4 (Vollversicherte PKV; Beihilfeberechtigte zu 40 %)

¹⁷ Abzuziehen von der GKV-Pro-Kopf-Belastung wäre der Anteil der PKV-Versicherten am Bundeszuschuss. Diese Zahlen liegen jedoch nicht vor.

Der Anstieg der Einnahmen in der GKV resultiert vor allem aus einer Zunahme des beitragspflichtigen Einkommens, aus einem Anstieg des Beitragssatzes und einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie des Bundeszuschusses. Das beitragspflichtige Einkommen nach § 267 SGB V ist im Zeitraum von 2007-2015 um 25,7 % gestiegen. Dies ist vor allem der zunehmenden Zahl der Erwerbstätigen und dem im Durchschnitt steigenden Arbeitseinkommen zuzuschreiben. Der allgemeine Beitragssatz stieg von 13,9 % (2007) auf heute (und zukünftig) 14,6 %. Seit 2009 besteht für die Krankenkassen zusätzlich die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond nicht ausreichen, um die Ausgaben der Krankenkasse zu decken. Dieser Zusatzbeitrag ist seit 2015¹⁸ lohn- bzw. rentenabhängig und liegt derzeit (2016) bei durchschnittlich 1,1 %. Legt man die Beitragsbemessungsgrenze 2017 zugrunde, ist ein Anstieg um 22,1 % (von monatlich 3.562,50 Euro in 2007 auf 4.350 Euro in 2017) zu verzeichnen. Daraus resultiert eine Zunahme des GKV-Höchstbeitrages um 28,25 %, und zwar von 495,19 Euro (2007) auf 635,10 Euro (2017).

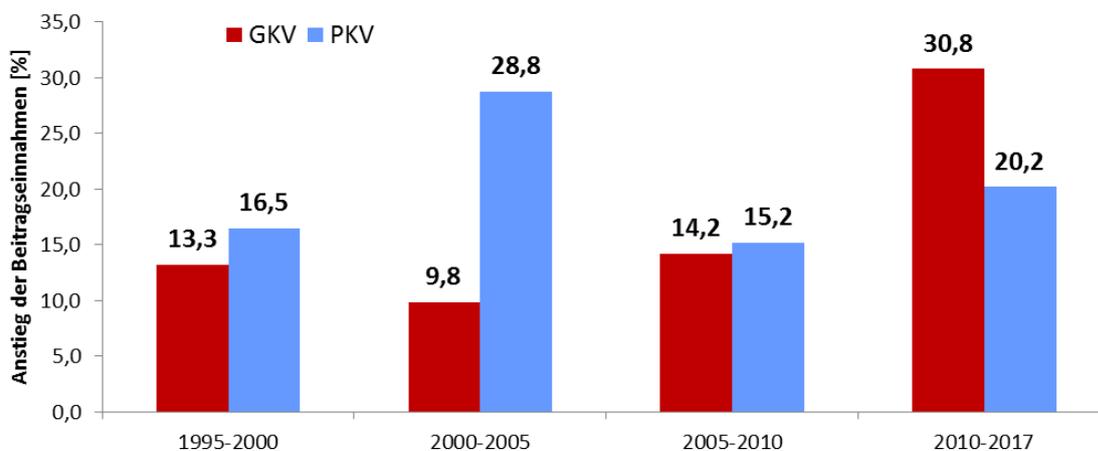
Die Zunahme der Beitragseinnahmen je Versicherten in der PKV basiert auf der Prämienentwicklung. Wesentliche Determinanten sind tarifabhängige Prämiensteigerungen sowie Tarifwechsel. Eine im Vergleich zur GKV geringere Entwicklung der Beitragseinnahmen in den letzten Jahren verweist auf die im Durchschnitt in diesem Zeitraum eher moderaten Prämiensteigerungen und dies trotz des im Vergleich zur GKV umfangreicheren Leistungskataloges und der deutlich schnelleren Einführung innovativer Verfahren. Dies steht im Kontrast zu der öffentlichen Wahrnehmung, die durch die unregelmäßig auftretenden, aber dann relativ starken Prämienanpassungen in der PKV geprägt ist. Hier wird vernachlässigt, dass diese Spitzen in der Prämienanpassung durch die genannte Regulierung und den damit zusammenhängenden „Prämienanpassungsstau“ zustande kommen und nicht etwa jedes Jahr so hoch ausfallen. Geglättet ergibt sich ein moderater Anpassungspfad der Prämieinnahmen in der PKV.

4. Entwicklung der Beitragseinnahmen (1995 bis 2017)

Der Betrachtungszeitraum wird in diesem Kapitel erweitert und damit die Beitragsentwicklung in einem längeren Kontext von insgesamt 22 Jahren betrachtet. Analog zur Vorgehensweise im vorigen Kapitel werden auch diesmal die Werte je Versicherten betrachtet, um Bestandsveränderungen zu berücksichtigen. Ebenfalls wie zuvor werden die Werte in der GKV mit und ohne Bundeszuschuss betrachtet (vgl. Abbildung 3 bzw. Abbildung 4). Die Abbildungen zeigen die jeweiligen Anstiege der Einnahmen je Versicherten nach Kostenträger in 5-Jahreszeiträumen.

¹⁸ Bis 2015 wurden pauschale Zusatzbeiträge erhoben, die mit einem Sozialausgleich verbunden waren.

Abbildung 3: Anstieg der Beitragseinnahmen GKV (ohne Bundeszuschuss) / PKV in % 1995-2017



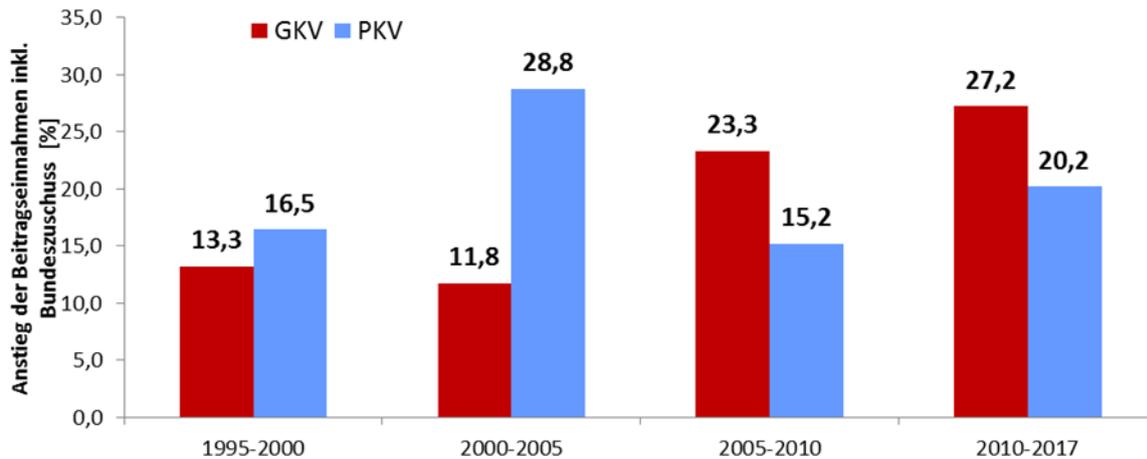
Quellen: BMG (Einnahmen pro Versicherten GKV; 2016 und 2017 jeweils extrapoliert), PKV-Zahlenberichte, (Vollversicherte PKV; Beihilfeberechtige zu 40 %)

Vergleicht man die Entwicklung der Beitragseinnahmen in der PKV mit denen der GKV ohne Bundeszuschüsse, lässt sich feststellen, dass die Beitragseinnahmen in der PKV bis zum 5-Jahreszeitraum 2005 bis 2010 noch stärker zunahm als in der GKV. Im aktuellen Zeitraum von 2010 bis 2015 bzw. bis 2017 hat sich dies jedoch geändert. Wenn man die geplanten Prämienanpassungen berücksichtigt, ist für den Zeitraum von 2010 bis 2017 mit einer Steigerung der Prämieinnahmen je Versicherten in der PKV von 20,2 % zu rechnen. In der GKV sind es für denselben Zeitraum 30,8 %. Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Beitragsbelastung eines Versicherten in der GKV selbst ohne Berücksichtigung des Bundeszuschusses in neuerer Zeit in größerem Maße zunahm als in der PKV.

Berücksichtigt man hingegen die Bundeszuschüsse bei der Entwicklung der Einnahmen in der GKV, so lässt sich konstatieren, dass dort die Einnahmen pro Versicherten schon seit dem Zeitraum 2005-2010 stärker zunahm als in der PKV (vgl. Abbildung 4). In diese Phase fällt die starke Erhöhung der Bundeszuschüsse von 2,5 Mrd. Euro in 2005 auf 15,7 Mrd. Euro in 2010. Der landläufig teilweise geäußerten Meinung, die PKV würde durchgängig eine höhere Beitragsentwicklung als die GKV aufweisen, muss mit diesen Zahlen widersprochen werden.¹⁹

¹⁹ Auf dieses Ergebnis verwies auch das IGES-Institut im Rahmen eines Vortrags bei der dggö-Jahrestagung 2016 in Berlin.

Abbildung 4: Anstieg der Beitragseinnahmen GKV (inkl. Bundeszuschuss) / PKV 1995-2017



Quellen: BMG (Einnahmen pro Versicherten GKV; 2016 und 2017 jeweils extrapoliert), PKV-Zahlenberichte, (Vollversicherte PKV; Beihilfeberechtigte zu 40 %)

5. Zusammenfassung

Die Gesundheitsausgaben steigen in Deutschland und in den meisten anderen Industrieländern bereits seit Jahrzehnten kontinuierlich. Zu den Hauptursachen dieser Entwicklung zählen die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt. Den steigenden Ausgaben stehen damit auch deutlich verbesserte Möglichkeiten in der Diagnostik und Therapie gegenüber.

Um das steigende Ausgabenvolumen zu finanzieren, sind steigende Beitragseinnahmen notwendig. Entgegen der teilweise in den Medien und in der gesundheitspolitischen Diskussion geäußerten Auffassung, sind die Beitragseinnahmen in der GKV im Zeitraum von 2007 bis 2015 bzw. prognostiziert bis 2017 stärker gestiegen als in der PKV. Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Beitragsbelastung eines GKV-Versicherten in den letzten Jahren stärker zunahm als die eines PKV-Versicherten.

Literaturverzeichnis

Breyer, F; Ulrich, V. (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220 (1), S. 1-17.

Breyer, F; (2015): Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen. Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2015; 16 (3): S. 215-230.

Breyer, F; Lorenz, N; Niebel, T (2015): Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect? European Journal of Health Economics (2015) 16: S. 95-112.

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Gesetzliche Krankenversicherung, Faustformeln und Kennzahlen, Berlin.

Gnirke, K. (2016): Zusatzbeiträge der Kassen steigen drastisch. Spiegel Online, abrufbar unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/krankenversicherung-so-teuer-werden-die-zusatz-beitraege-a-1107249.html>. Zuletzt abgerufen am 3.11.2016.

Krohn, P. (2016): Wenn Medizin teuer wird. FAZ Woche vom 21.10.2016, S. 38.

Meyenburg G., Thiede, U (2016): Höhere Beiträge für Privatpatienten. Generalanzeiger vom 22.10.2016, S. 10.

Newhouse, JP (1992): Medical care costs: how much welfare loss? In: Journal of Economic Perspectives 6 (3), S. 3-21.

Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung. Abrufbar unter: http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Alter_und_steigende_Lebenserwartung.pdf. Zuletzt abgerufen am 25.10.2016.

OECD (2015): Health at a glance. Online abrufbar unter <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, zuletzt abgerufen am 25.10.2016.

ohne Verfasser (2011): Die PKV in der Niedrigzinsphase. Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung, Ausgabe 18, S. 8-9.

Online abrufbar unter

https://aktuar.de/fachartikelaktuaraktuell/Krankenversicherung_AUZ_Aktuar-aktuell_18.pdf.

Zuletzt abgerufen am 31.10.2016.

PKV-Verband (verschiedene Jahrgänge): Zahlenbericht, Köln.

Postler, A. (2010): Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2016): online unter www.destatis.de, zuletzt abgerufen am 17.08.2016.

Szent-Ivanyi, T. (2016): Kassen sagen Beitragssprung für 2018 voraus. Berliner Zeitung vom 3.11.2016, S. 7.

Wild, F. (2015): Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler - Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV. WIP-Kurzanalyse 2/2015 (November 2015). Abrufbar unter http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/WIP-Kurzanalyse_02_2015_Lastenverschiebung.pdf. Zuletzt abgerufen am 25.10.2016.

Wild 2016: Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich. Studie des WIP. Abrufbar unter http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Arzneimittelversorgung_der_Privatversicherten_2014.pdf. Zuletzt abgerufen am 25.10.2016.