

Fakten-Check

Darstellung der Bundesärztekammer (BÄK)

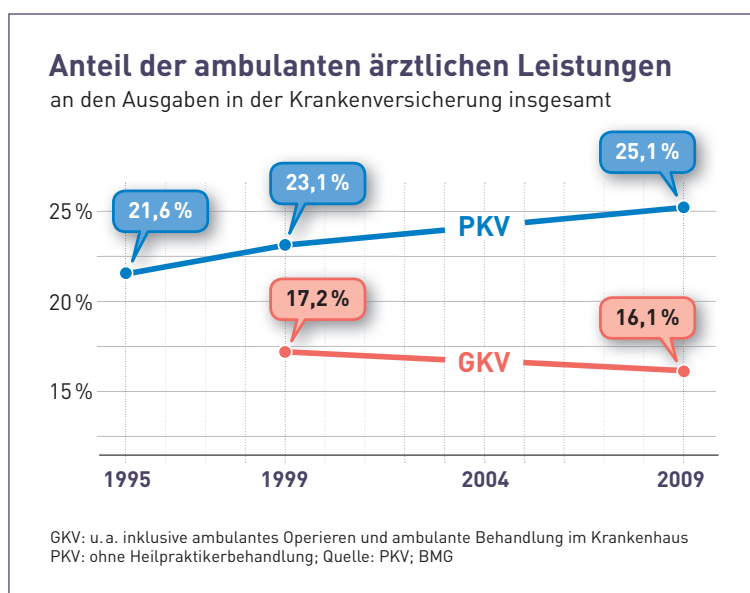
Richtigstellung

1. Konstanter Ausgabenanteil

Die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in der PKV sei nicht problematisch, weil der Ausgabenanteil der PKV für ambulante privatärztliche Leistungen seit 15 Jahren durchschnittlich bei 24 Prozent der Gesamtausgaben in der PKV liegt.

Die Angaben der BÄK sind irreführend

Der Anteil für ambulante Leistungen an den Gesamtausgaben in der PKV ist nicht konstant. Der Anteil ist in nur 15 Jahren um 3,5 Prozentpunkte von 21,6 Prozent im Jahr 1995 auf heute 25,1 Prozent (2009) angestiegen. Diese Differenz bedeutet „in echtem Geld“ insgesamt 2,82 Milliarden Euro höhere Jahresausgaben. Das entspricht einem Anstieg um 123 Prozent.



Bei einer Erweiterung des Beobachtungszeitraums ist Folgendes festzustellen: Während im Jahr 2009 der Ausgabenanteil der ambulanten Versorgung bei 25,1 Prozent liegt, lag er im Jahr 1986 noch bei 17,8 Prozent.

Die Darstellung der BÄK mag auch auf der Unkenntnis fußen, dass im PKV-Zahlenbericht die ambulante Arztbehandlung erst seit 2002 getrennt von den Ausgaben in der Heilpraktikerbehandlung ausgewiesen wird. Um einen konsistenten Vergleich (ohne Strukturbruch) herzustellen, bedarf es aber immer einer bereinigten Zeitreihe mit ambulanten Arztbehandlungen ohne Heilpraktikerbehandlung.

2. Ambulante GKV-Ausgaben wachsen je Versicherten dynamischer als in der PKV

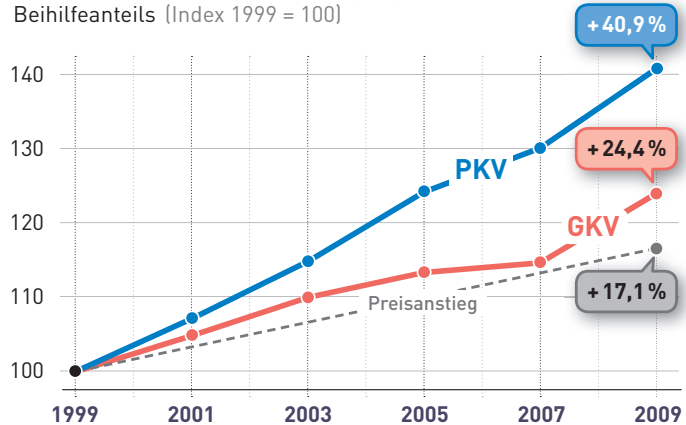
Die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in der PKV sei nicht problematisch, weil die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV von 2008 auf 2009 deutlich dynamischer (6,9 Prozent) als in der PKV (2,1 Prozent) gewachsen sind.

Die Darstellung der BÄK verzerrt die Realität

Ein seriöser Vergleich kann sich nicht auf einen Jahreswechsel von 2008 auf 2009 beschränken. Für einen echten Wachstumsvergleich bedarf es einer Betrachtung von mehreren Jahren. Dann sprechen die Fakten für sich: Die Pro-Kopf-Ausgaben für die ambulante Arztbehandlung von Privatpatienten sind seit 1999 von damals 583 Euro auf 822 Euro im Jahr 2009 gestiegen, also um fast 41 Prozent – 1,7mal stärker als der Anstieg in der GKV.

Versicherungsleistungen für ambulante Arztbehandlung*

je Versicherten** mit Berücksichtigung des
Beihilfeanteils (Index 1999 = 100)



*) GKV: u. a. inklusive ambulantes Operieren und ambulante Behandlung im Krankenhaus
**) Mittlerer Jahresbestand; Quelle: BMG; PKV

3. Beitragswachstum höher als Ausgabenzuwachs

Die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in der PKV sei nicht problematisch, weil die PKV für 2010 davon ausgeht, dass die Steigerung der Beitragseinnahmen (6 Prozent) über dem Ausgabenzuwachs (4,5 Prozent) liegt.

Die Argumentation der BÄK ist kurzschlüssig

Die Ausgabensteigerung des aktuellen Jahres hat niemals etwas mit dem Beitragswachstum des aktuellen Jahres zu tun. Darüber hinaus vergisst die BÄK zu berücksichtigen, dass der Anstieg der Beitragseinnahmen nicht nur aus der Ausgabenentwicklung, sondern auch direkt aus dem Anstieg der Versichertenzahl und aus dem „Auffüllen“ der Alterungsrückstellungen – der Demografievorsorge der PKV – resultiert. Im Jahr 2009 lag der Nettoneuzugang bei 171.600 Neuversicherten. Alterungsrückstellungen wurden im gleichen Jahr in Höhe von 9,73 Mrd. Euro gebildet.

4. Vergleich bei den Laborleistungen irreführend

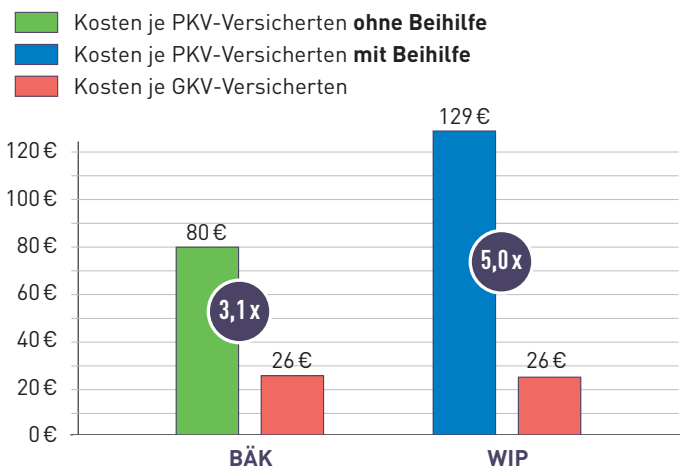
Die PKV scheue nicht vor fragwürdigen Darstellungen zurück. So seien die Laborleistungen je PKV-Versicherten nicht - wie vom Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) errechnet - 5,0mal, sondern nur 3,1mal so hoch wie für gesetzlich Versicherte.

Die BÄK vergisst die Beihilfe

Zunächst ist Folgendes klarzustellen: Egal ob die PKV-Versicherten das 5,0fache oder 3,1fache zahlen, die Unterschiede bei den Laborkosten zwischen PKV und GKV sind zu hoch. Das ist insbesondere deshalb so, weil es sich bei Laborleistungen um hoch technisierte, standardisierte und automatisierte Leistungen handelt, die keinen Zusatznutzen, wie beispielsweise mehr Service oder mehr Qualität, enthalten können.

Darüber hinaus hat die BÄK für das Versicherungssystem der PKV ganz offensichtlich vergessen, dass fast die Hälfte der Privatversicherten beihilfeberechtigt sind und nur einen Teil ihrer Ausgaben im Bereich Laborleistungen von der PKV erstattet bekommen. Die Ausgaben der Beihilfe werden in der Vergleichsrechnung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) methodisch richtig berücksichtigt. In der Rechnung der BÄK bleiben sie unberücksichtigt.

Vergleich der Ausgaben für Laborleistungen



5. Kostensteigerungen werden durch Maklerprovisionen generiert

Die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in der PKV sei nicht problematisch, weil ein hoher Anteil an Kostensteigerungen durch zu hohe Maklerprovisionen im Versicherungsgeschäft generiert wird.

Die BÄK lenkt ab

Es gibt auch aus Sicht des PKV-Verbandes Korrekturbedarf bei den Provisionen. Man darf aber nicht ein Problem durch ein anderes relativieren, man sollte vielmehr beide Probleme lösen.

6. Steigende Ausgaben in der PKV sind demografiebedingt

Die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in der PKV sei nicht problematisch, weil steigende Gesundheitsausgaben demografiebedingt kein exklusives Problem der PKV sind.

Die BÄK verkennt die Funktion der Alterungsrückstellungen

Falsch ist, dass der Anstieg der Ausgaben in der PKV demografiebedingt ist. Denn anders als die GKV bildet die PKV für ihre Versicherten als Demografievorsorge eigentumsrechtlich geschützte Alterungsrückstellungen. Die Alterungsrückstellungen von inzwischen 145 Mrd. Euro sind die Vorsorge für die im Alter steigenden Gesundheitskosten der Versicherten. Eine Rückstellung, die alle Finanzkrisen unbeschadet überstanden hat.

Richtig ist dagegen, dass durch unterschiedliche Altersstrukturen in GKV und PKV der Ausgabenvergleich zwischen den Versicherungssystemen verzerrt wird. Es bedarf einer alters- und geschlechtsspezifischen Strukturbereinigung. Bei Bereinigung der Versicherungssysteme von unterschiedlichen alters- und geschlechtsspezifischen Strukturen erhalten die Ärzte für Privatpatienten pro Kopf nicht 2,22mal (Vergleich ohne Strukturbereinigung), sondern 2,42mal mehr Honorar als für gesetzlich Versicherte.

7. Entwicklung der GOÄ-Multiplikatoren

Die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in der PKV sei nicht problematisch, weil sich die Anwendung der höheren Steigerungsfaktoren zwischen 1997 und 2008 im Sinne der PKV entwickelt habe.

Die BÄK übersieht die Zunahme höherer GOÄ- Multiplikatoren

Wertet man die Anwendung der Multiplikatoren zwischen dem Jahr 2000 und 2009 aus, sprechen die Fakten für sich: Die Häufigkeit der Anwendung eines Steigerungsfaktors über dem Regelhöchstsatz hat sich (nach Umsatz) um über 78 Prozent erhöht.

| Häufigkeitsverteilung der Steigerungsfaktoren (bezüglich des Rechnungs- betrages) in Prozent | | 2000 | | 2009 | | Veränderung in Prozent (2000-2009) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------------------|
| | | 2000 | 2009 | 2000 | 2009 | |
| bezüglich des Rechnungs- betrages | bis zum Regelhöchstsatz | 93,1 | 87,7 | | | - 5,8 |
| | über dem Regelhöchstsatz | 6,9 | 12,3 | | | + 78,3 |

Quelle: PKV-Zahlenberichte