

MPRA

Munich Personal RePEc Archive

The economic footprint of private health insurance in Germany. Examining its role as healthcare financier

Dennis A. Ostwald and Benno Legler and Andreas Haaf and
Marion Cornelia Schwärzler

WifOR GmbH

April 2017

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/78243/>
MPRA Paper No. 78243, posted 28 April 2017 03:07 UTC

Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland

– Untersuchung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen –

Quantifizierung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der PKV im
Kontext der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR)
des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi)

Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland. Untersuchung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen

Quantifizierung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der PKV im Kontext der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi)

Impressum

Stand

April 2017

Herausgeber und Redaktion

WifOR GmbH
Rheinstraße 22
64283 Darmstadt
www.wifor.de

Dr. Dennis A. Ostwald
Benno Legler
Andreas Haaf
Marion Cornelia Schwärzler

Empfohlene Zitierweise: Ostwald, D. A., Legler, B., Haaf, A., Schwärzler, M. C. (2017): Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland. Untersuchung der PKV als Financier von Gesundheitsleistungen, Darmstadt/Berlin.

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage und Zielsetzung	1
2. Bestehende Forschungsarbeiten und methodische Grundlage.....	3
2.1 Volkswirtschaftliche Kennzahlen als Merkmal der vorliegenden Untersuchung ...	3
2.2 Der ökonomische Fußabdruck der PKV als Wirtschaftsakteur.....	4
3. Betrachtung der PKV als Financier von Gesundheitsleistungen	7
3.1 Modellierung der PKV-Ausgaben innerhalb eines Satellitensystems	7
3.2 Adjustierung des Ausgangswertes für die Gesundheitsausgaben der PKV	9
3.3 Spezifika der Privatpatienten: Mehrumsätze.....	10
4. Analyse des ökonomischen Fußabdrucks der PKV als Financier von Gesundheitsleistungen	13
4.1 Direkte, indirekte und induzierte Bruttowertschöpfungseffekte.....	13
4.2 Direkte, indirekte und induzierte Erwerbstätigeneffekte	16
4.3 Ökonomische Effekte durch PKV-spezifische Mehrumsätze	17
5. Zusammenfassung und Ausblick	21
Literaturverzeichnis	24

1. Ausgangslage und Zielsetzung

Die hohe Bedeutung der Gesundheitswirtschaft ist mittlerweile vielfach belegt¹ und erfährt eine erhöhte Aufmerksamkeit bei gesellschaftlich und politisch relevanten Akteuren. Diese Entwicklung zeigt sich nicht zuletzt durch die gestiegene Wahrnehmung der Gesundheitswirtschaft als wichtigen Wirtschaftsfaktor in Deutschland.²

Die Private Krankenversicherung (PKV) ist als Wirtschaftsakteur, Finanzier von Gesundheitsleistungen und als Kapitalgeber ein wichtiger Teil der Gesundheitswirtschaft. In einer vorangegangenen Arbeit ist der ökonomische Fußabdruck der PKV als Wirtschaftsakteur ermittelt worden.³ Dabei ist erstmals die ökonomische Bedeutung der PKV auf Basis amtlicher Kategorien der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) bemessen worden. Der volkswirtschaftliche Beitrag der PKV als Wirtschaftsakteur setzt sich aus den Erwerbstätigenverhältnissen sowie der Bruttowertschöpfung zusammen, die durch die eingenommenen Prämien der Versicherten abzüglich der zu erstattenden Leistungen entstehen. Ausgangspunkt der vorangegangenen Arbeit war ein Perspektivwechsel, der die Gesundheitswirtschaft – und darin inbegriffen auch private Versicherungsdienstleistungen – nicht mehr nur als Kostenfaktor, sondern auch unter dem Aspekt von wirtschaftlichem Wachstum und der Sicherung von Beschäftigung versteht.

Die Besonderheit der Untersuchung bestand darin, dass bei dem umfassenden Ansatz des ökonomischen Fußabdrucks der PKV als Wirtschaftsakteur auch der ökonomischen Bedeutung von Vorleistungsbezügen (sog. Indirekte Effekte) und der Wiederverausgabung von Arbeitnehmerentgelten (sog. Induzierte Effekte) Rechnung getragen wird.

Das Resultat dieses ersten Schrittes der ökonomischen Untersuchung der PKV (als Wirtschaftsakteur) umfasst einen Gesamteffekt (Summe der direkten, indirekten und induzierten Effekte) von 8,6 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung und 115.846 Erwerbstätigenverhältnissen. Außerdem wurde eine starke Verflechtung – also ein hoher Vorleistungsbezug – mit den Branchen *Finanz- und Versicherungsdienstleistungen* sowie *Dienstleistungen von Versicherungen und Pensionskassen* festgestellt. Erwähnenswert ist weiterhin der im Branchenvergleich überdurchschnittlich hohe Beschäftigungsmultiplikator. Die Ergebnisse dieser ersten Untersuchung werden ausführlich in Kapitel 2.2 beschrieben.

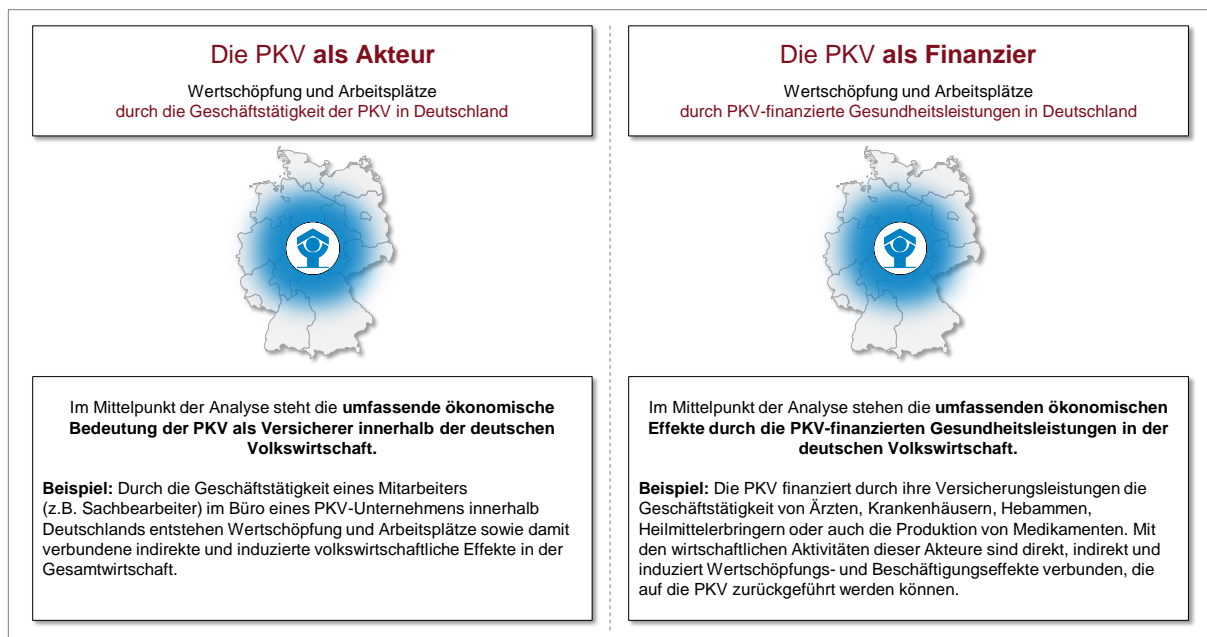
Mit dem ökonomischen Fußabdruck der PKV als Wirtschaftsakteur ist die volkswirtschaftliche Bedeutung der PKV nicht vollständig abzubilden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll daher erörtert werden, welche wirtschafts- und beschäftigungspolitische Bedeutung die PKV als Finanzier von Gesundheitsausgaben für die deutsche Volkswirtschaft besitzen. Die Quantifizierung der Bedeutung wird anhand des ökonomischen Beitrags ermittelt, den die PKV zum Wirtschaftswachstum sowie zum Arbeitsmarkt beisteuert. Die Beantwortung dieser Fragestellung ergänzt die aktuelle Diskussion zur Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen sowie auch zu einzelnen Akteuren wie der PKV im Speziellen. In der nachfolgenden Abbildung wird der Unterschied in der ökonomischen Analyse der PKV als Wirtschaftsakteur sowie als Finanzier von Gesundheitsleistungen in Deutschland weitergehend erläutert.

¹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016a).

² Vgl. u.a. Bundesministerium für Gesundheit (2015).

³ Vgl. Ostwald, Legler, Schwärzler, M.C. (2016).

Abbildung 1: Unterschied in der ökonomischen Analyse der PKV als Akteur sowie als Finanzier.



Eigene Darstellung.

Teil der Arbeit stellt auch die wirtschafts- und beschäftigungspolitische Bewertung von sogenannten Mehrumsätzen dar. Mehrumsätze sind ein Konzept, um den zusätzlichen Finanzierungsbeitrag der Privatpatienten im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu quantifizieren. Sie lassen sich auf Unterschiede von PKV und GKV in der Vergütungshöhe und -systematik zurückführen. Gesundheitspolitische Relevanz erfahren sie dadurch, dass sie den Leistungserbringern im Gesundheitssystem fehlen würden, wenn Privatpatienten (fiktiv) gesetzlich versichert wären. Auch für diese Mehrumsätze kann die Methodik des ökonomischen Fußabdrucks einen volkswirtschaftlichen Impuls bemessen.

Das Studiendesign der vorliegenden Arbeit hat sich in zahlreichen vorangegangenen Forschungsprojekten des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) bewährt.⁴ Dabei konnte unter anderem ermittelt werden, dass die Gesundheitswirtschaft im Jahr 2015 rund 12 Prozent zur gesamten Bruttowertschöpfung in Deutschland und damit – vereinfacht ausgedrückt – zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) beitrug. Aufbauend auf den genannten Forschungsarbeiten des BMWi wird mit der Arbeit *Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland* in dem vorliegenden zweiten Schritt die Finanzierungstätigkeit der PKV in den Fokus gerückt und dabei die direkten, indirekten und induzierten Leistungsbeiträge ermittelt sowie Verflechtungen mit anderen Branchen aufgezeigt. Dank der umfassenden volkswirtschaftlichen Perspektive auf einen Akteur der Gesundheitswirtschaft rückt damit die Möglichkeit einer Gesamtbetrachtung der Wertschöpfungskette Gesundheit (value chain of care) verstärkt in den Vordergrund. Notwendig ist diese Betrachtung, um einer unzureichenden Sensibilisierung für gegenseitige Abhängigkeiten, Verflechtungen und Wechselwirkungen („Silodenken“) der gesundheitswirtschaftlichen Akteure entgegenzuwirken.⁵

⁴ Vgl. Henke et al. (2010); Schneider et al. (2013); Ostwald et al. (2014); Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2015a, 2015b, 2016b); Schneider et al. (2016).

⁵ Vgl. Hilbert, Fretschner et al. (2002); Ostwald (2008); Ranscht (2009); Ostwald, Henke, Kim et al. (2014).

2. Bestehende Forschungsarbeiten und methodische Grundlage

In der vorliegenden Arbeit wird der ökonomische Einfluss der PKV auf Basis amtlicher Kategorien der VGR dargestellt und analysiert. Um das innovative Moment des gewählten Ansatzes zu verdeutlichen, werden zunächst die Besonderheiten des volkswirtschaftlichen Ansatzes und darauffolgend die bisherigen Ergebnisse beschrieben.

2.1 Volkswirtschaftliche Kennzahlen als Merkmal der vorliegenden Untersuchung

Im Gegensatz zu den meisten bisherigen wirtschaftspolitischen Betrachtungen der PKV nutzt die vorliegende Arbeit volkswirtschaftliche Kennzahlen, um die Bedeutung der PKV für Wachstum und Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft abzubilden. Betriebswirtschaftliche Kennzahlen, wie z.B. der Umsatz, verleiten oftmals zu Fehlschlüssen. Grundsätzlich bezeichnen Umsätze oder auch Erlöse die Summe aller Zahlungsansprüche, die ein Unternehmen in einem bestimmten Zeitraum durch den Verkauf von Waren und Dienstleistungen erwirbt.⁶ Ein erhöhter Umsatz ist damit nicht zwingend mit einem erhöhten Beitrag zur Volkswirtschaft verknüpft, da sich Preisanstiege oder veränderte Lagerbestände ebenfalls auf diese Kennzahl auswirken. Außerdem kann heutzutage im Kontext globaler Handelsbeziehungen ein Großteil der Vorleistungen aus dem Ausland bezogen werden, was den Impuls für die Wirtschaft im Inland minimiert.⁷ Steigende Umsätze, z.B. in Unternehmen der Medizintechnik, müssen somit nicht zwangsläufig ein höheres Wachstum der deutschen Gesundheitswirtschaft bewirken.

Um solche Aussagen zu belegen, bietet sich die Bruttowertschöpfung (BWS) als zentrale Kennzahl an. Sie quantifiziert den Wert, der den Vorleistungen im Rahmen einer wirtschaftlichen Tätigkeit hinzugefügt wird (wie im englischen Begriff *Gross Value Added* bildhaft verdeutlicht). Die Summe der Bruttowertschöpfung, die innerhalb einer Volkswirtschaft anfällt, ist – vereinfacht gesagt – das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Anders gefasst kann die Bruttowertschöpfung auch als Differenz von Produktionswert und eingesetzten Vorleistungen verstanden werden. Der Produktionswert setzt sich hierbei aus dem Wert verkaufter Güter aus eigener Produktion, dem Wert der Bestandsveränderungen an Halb- und Fertigwaren aus eigener Produktion und aus dem Wert der selbsterstellten Anlagen zusammen.

Eine weitere Unzulänglichkeit bisheriger Untersuchungen zur wirtschaftspolitischen Bedeutung der PKV stellt unter anderem der Fokus auf die steigenden Gesundheitsausgaben dar. Diese Perspektive lässt jedoch außer Acht, dass die Finanzierungstätigkeit zur Kernaufgabe einer Versicherung gehört und im Falle der PKV mit den Gesundheitsausgaben auch Wachstums- und Beschäftigungseffekte verknüpft sind.

Ebenfalls eine volkswirtschaftliche Kennzahl und damit konsistent zu der Bemessung der wachstumspolitischen Bedeutung anhand der Bruttowertschöpfung ist die Zahl der Erwerbstätigen, welche als Indikator für die beschäftigungspolitische Relevanz der PKV dient. Damit sind die verwendeten Konzepte aufeinander abgestimmt und eine vergleichbare amtliche Datenbasis kann als Grundlage herangezogen werden.

⁶ Vgl. u.a. Peters, Brühl, Stelling (2005).

⁷ Vgl. Sinn (2005).

Innerhalb der VGR zählen alle Personen zu den Erwerbstätigen, die als Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte, Beamte, geringfügig Beschäftigte, Soldaten) oder als Selbstständige beziehungsweise als mithelfende Familienangehörige eine auf wirtschaftlichen Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben.⁸ Darüber hinaus werden im Rahmen der Erwerbstätigenrechnung Personen mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen nur einmal mit ihrer zeitlich überwiegenden Erwerbstätigkeit erfasst (Personenkonzept).⁹

Mit der Bruttowertschöpfung sowie den Erwerbstätigen als maßgebliche Kennzahlen erfolgt in dieser Arbeit somit eine Erfassung der PKV in zueinander abgestimmten volkswirtschaftlichen Kategorien und auf Basis der amtlichen Daten des Statistischen Bundesamtes. Auf diese Weise kann im Gegensatz zu bisherigen Arbeiten die wirtschaftliche Bedeutung der PKV für die deutsche Volkswirtschaft ermittelt und vergleichbar zu anderen Branchen analysiert werden.

2.2 Der ökonomische Fußabdruck der PKV als Wirtschaftsakteur

In einer vorangegangenen Arbeit wurde der ökonomische Fußabdruck der PKV als Wirtschaftsakteur analysiert. Dabei stand im Mittelpunkt der Untersuchung, welche volkswirtschaftliche Relevanz mit der Geschäftstätigkeit der PKV als Versicherer verbunden ist. In diesem Zusammenhang wurden die wachstumspolitische Bedeutung anhand der Bruttowertschöpfung und die beschäftigungspolitische Bedeutung anhand der Erwerbstätigenzahl bemessen.

Zentrales Ergebnis dieser Studie war, dass im Jahr 2015 in Deutschland durch die Geschäftstätigkeit der PKV als Versicherer direkt, indirekt und induziert eine Bruttowertschöpfung in Höhe von 8,6 Mrd. Euro entstand. Das Verhältnis von indirekter und induzierter zur direkten Bruttowertschöpfung lässt sich auch durch einen Multiplikator ausdrücken. Für die Bruttowertschöpfung der PKV beträgt dieser 2,1. Das bedeutet, dass für jeden Euro Bruttowertschöpfung, der durch die PKV als Akteur erwirtschaftet wird, 2,1 zusätzliche Euro Bruttowertschöpfung in der deutschen Volkswirtschaft entstehen. Damit weist die PKV als Akteur eine um 1,00 Euro höhere Ausstrahlungswirkung je erwirtschaftetem Euro als beispielsweise die Branche der Medizintechnik auf.¹⁰

⁸ Vgl. ebd.

⁹ Vgl. Lüken (2012).

¹⁰ Vgl. Schwärzler, Legler (2016).

Abbildung 2: Branchenvergleich verschiedener Bruttowertschöpfungsmultiplikatoren mit der PKV



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt (2015a); Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016b); Schwärzler, M.C., Legler, B. (2016); Statistisches Bundesamt (2015b)

¹ Umfasst die indirekten und induzierten Effekte

In gleicher Weise kann diese Berechnung anstatt für die Bruttowertschöpfung auch für die Zahl der Erwerbstätigen angestellt werden. Hierbei ist zu beachten, dass der genutzte Ansatz zur Ermittlung der Erwerbstätigenzahl zu Werten führt, die deutlich von den in der gängigen Literatur bisher veröffentlichten Zahlen abweichen.¹¹ Die Differenz ergibt sich aus den konzeptionellen Spezifika der GGR, die es ermöglichen, auf Basis des volkswirtschaftlichen Produktionswertes der PKV sowie der Erwerbstätigen in den beteiligten Wirtschaftszweigen eine trennscharfe Ermittlung aller Erwerbstätigen, die mit der Bereitstellung der durch die PKV erbrachten Dienstleistungen in der Volkswirtschaft verbunden sind, zu bemessen. Erwerbstätige, die innerhalb der Versicherungsbranche tätig sind und nur teilweise Dienstleistungen im Bereich der PKV erbringen, werden gemäß ihres PKV-Anteils (auf Basis des Produktionswertes) zu vollen Erwerbstätigen zusammengefasst.

Im Ergebnis waren 115.846 Erwerbstätigenverhältnisse direkt, indirekt und induziert von den wirtschaftlichen Aktivitäten der PKV (als Wirtschaftsakteur) abhängig. Der Beschäftigungsmultiplikator liegt dabei bei 4,6. Das bedeutet, dass mit einem direkten Erwerbstätigenverhältnis in der PKV 4,6 zusätzliche Arbeitsplätze in der Gesamtwirtschaft verknüpft sind, was beispielsweise den Erwerbstätigeneffekt in der Automobilindustrie (4,5) oder der Informations- und Kommunikationsbranche (1,3) übertrifft.

¹¹ Vgl. dazu ausführlich Ostwald, Legler, Schwärzler (2016).

Abbildung 3: Branchenvergleich verschiedener Erwerbstätigenmultiplikatoren mit der PKV



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt (2015a); Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016b); Schwärzler, M.C., Legler, B. (2016); Statistisches Bundesamt (2015b).

¹ Umfasst die indirekten und induzierten Effekte

Schon der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Wirtschaftsakteur zeigt den vergleichsweise hohen Beitrag der PKV zur Wertschöpfung und damit zum Wohlstand in Deutschland. Die Wertschöpfungsstärke und ökonomische Impulswirkung der PKV sind dabei auf einen starken Dienstleistungs- und Inlandsbezug zurückzuführen. Während andere von der Öffentlichkeit typischerweise als stark betrachtete Branchen häufig industriell geprägt sind und ihre Vorleistungen auch aus dem Ausland beziehen, entfaltet sich die Wertschöpfungskette der PKV als Wirtschaftsakteur insbesondere im Inland und im (personalintensiven) Dienstleistungsbereich.

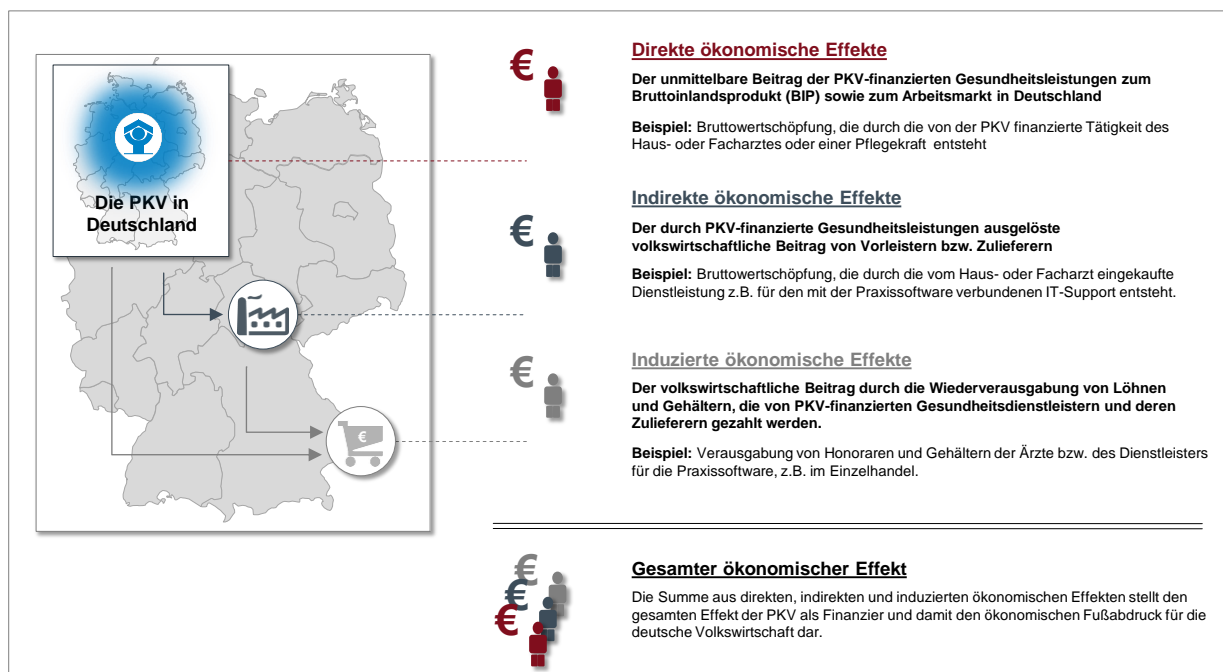
3. Betrachtung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen

Um die Bedeutung der PKV in ihrer Rolle als Finanzier von Gesundheitsleistungen umfassend zu beschreiben, ist es notwendig, jene ökonomischen Effekte zu analysieren, welche die PKV durch die Finanzierung von Gesundheitsausgaben in der gesamten Volkswirtschaft auslöst. Im Unterschied zur Analyse der PKV als Versicherer werden hierbei nicht die ökonomischen Effekte aus der wirtschaftlichen Tätigkeit der PKV bemessen, sondern die PKV-finanzierte Geschäftstätigkeit von z.B. Ärzten, Hebammen, Physiotherapeuten oder Krankenhäusern hinsichtlich der resultierenden Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte untersucht (vgl. Abbildung 1).

3.1 Modellierung der PKV-Ausgaben innerhalb eines Satellitensystems

Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt auf der von der PKV finanzierten Gesundheitsleistungen von z.B. Ärzten, Hebammen, Physiotherapeuten und Krankenhäusern oder unter anderem der Produktion von Arzneimitteln. Mittels der sogenannten Input-Output-Analyse können ausgehend von den PKV-Gesundheitsausgaben in weiterer Folge direkte, indirekte und induzierte Bruttowertschöpfungs- und Erwerbstätigeneffekte berechnet werden.

Infobox 1: Der ökonomische Fußabdruck setzt sich aus direkten, indirekten und induzierten Effekten zusammen



Eigene Darstellung.

Die GGR ist ein statistisches Rechenwerk und Ergebnis einer Vielzahl von Forschungsprojekten im Auftrag des BMWi. In den vergangenen Jahren hat sie sich nach und nach von einem Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung weiterentwickelt und dabei die Vorgaben der OECD zur Erfassung von Querschnittsbranchen berücksichtigt.¹² Das Rechenwerk der GGR basiert auf Aufkommens-, Verwendungs- und Input-Output-Tabellen der VGR und erlaubt folglich die Anwendung der

¹² Vgl. OECD, Eurostat, WHO (2011).

Input-Output-Analyse.¹³ So können außer direkten auch indirekte und induzierte Effekte der Gesundheitswirtschaft gemessen werden, was es ermöglicht, die Verflechtung der Branche mit der Gesamtwirtschaft zu berechnen. Damit ist die GGR dazu in der Lage, den ökonomischen Fußabdruck der Gesundheitswirtschaft umfassend zu bestimmen.

Die Gesundheitswirtschaft wird als Querschnittsbranche verstanden, da in ihr verschiedenste Waren und Dienstleistungen der Volkswirtschaft zusammengefasst sind, deren Zweck darin besteht, der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit zu dienen.¹⁴ Dieser Querschnittscharakter erlaubt es jedoch gerade nicht, die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Volkswirtschaft direkt aus amtlichen Daten der Statistischen Ämter abzuleiten. Deshalb ist es notwendig unter Verwendung amtlicher Wirtschaftsdaten ein Satellitenkonto zu erstellen, welches die gesundheitsrelevanten Güter innerhalb der Volkswirtschaft zahlenmäßig erfasst.¹⁵

Die Gesundheitswirtschaft wird in der GGR güterspezifisch in einen Kernbereich (KGW) und einen Erweiterten Bereich (EGW) unterteilt. Der Kernbereich umfasst dabei die Waren und Dienstleistungen der „klassischen“ Gesundheitsversorgung, die Bestandteil des Erstattungsbereichs von Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern und somit der amtlichen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) sind. Im Erweiterten Bereich werden darüber hinaus Waren und Dienstleistungen ökonomisch erfasst, die einen Gesundheitsbezug aufweisen (z.B. Gesundheitstourismus, gesundheitsfördernde Lebensmittel) sowie Leistungen, die funktionale Bestandteile der Gesundheitswirtschaft bilden (z.B. F&E, Ausbildung zu Gesundheitsberufen, Bauinvestitionen). Insgesamt setzen sich der Kernbereich sowie der Erweiterte Bereich der GGR aus sieben bzw. fünf Gütergruppen zusammen.

Bei der Erstellung der GGR werden aus einer kleinteiligen Ebene aus 2.643 Gütern, die in den VGR statistisch erfasst sind, diejenigen Güter ausgewählt, die einen Gesundheitsbezug besitzen. Im Folgenden werden Güter des EGW mit der Gesundheitsrelevanz gewichtet und Güter des KGW mit der GAR abgeglichen. Da die GAR Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen vollständig erfasst¹⁶, die VGR jedoch alle Waren und Dienstleistungen einer Volkswirtschaft unabhängig von einem Gesundheitsbezug, können in einer Gegenüberstellung der beiden Datenquellen gesundheitsrelevante Teilbereiche der Volkswirtschaft herausgelöst und zur Branche der Gesundheitswirtschaft zusammengefasst werden. Damit ist eine güterseitige und gleichsam trennscharfe Definition und Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft möglich.

Einhergehend mit der vorliegenden Untersuchung ist auch eine Fortentwicklung der GGR, die darin besteht, nun zwischen den Akteuren der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung unterscheiden zu können. Analog zur Erstellung der GGR werden dazu güterspezifische Daten der VGR genutzt (vornehmlich der Produktionsbereich (CPA) 65 „*Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)*“, der u.a. Dienstleistungen der Privaten Krankenversicherungen enthält¹⁷), um den Produktionswert¹⁸

¹³ Vgl. u.a. Statistisches Bundesamt (2016d), Holub, Schnabl (1994).

¹⁴ Vgl. BioCon Valley (2005).

¹⁵ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2013).

¹⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016a).

¹⁷ Vgl. Eurostat (2008).

¹⁸ Eine wichtige Maßzahl für die Aktivitäten innerhalb der Produktionsbereiche stellt der sog. güterspezifische Produktionswert dar. Dieser setzt sich im Fall der Versicherungen aus dem Dienstleistungsanteil der Prämien, d.h. der Prämie nach Abzug der fälligen Leistungen und der Veränderung der versicherungstechnischen Rückstellungen von den tatsächlich verdienten und den zusätzlichen Prämien, zusammen. Darüber hinaus fließen in den Produktionswert auch sonstige

der PKV zu ermitteln. Der Leistungsbereich der PKV umschließt dabei alle ambulanten und stationären Versicherungsleistungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Postbeamtenkrankenkasse und der in der gesetzlichen Pflegeversicherung organisierten privaten Krankenversicherungsunternehmen (Private Pflegepflichtversicherung).¹⁹

3.2 Adjustierung des Ausgangswertes für die Gesundheitsausgaben der PKV

Den Ausgangspunkt für die ökonomische Analyse der PKV als Financier von Gesundheitsleistungen bilden die von der PKV entrichteten Versicherungsleistungen. Die Ausgaben der Beihilfe für privatversicherte Beamte mit beihilfefähigen Angehörigen bleiben unberücksichtigt. Der PKV-Zahlenbericht weist für das Jahr 2015 Versicherungsleistungen in Höhe von 25.907,9 Mio. Euro aus.²⁰ Dieser Wert fließt jedoch nicht direkt in die Berechnungen des ökonomischen Fußabdrucks ein, da konzeptionelle Unterschiede zur Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes bestehen. Um die Kompatibilität zur amtlichen Statistik zu wahren, müssen somit bestimmte Ausgabenposten nach inhaltlichen Bestimmungen korrigiert, also miteinbezogen oder herausgerechnet werden. Diese inhaltlichen Bestimmungen lassen sich auf das grundlegende Konzept der GAR zurückführen, das explizit auf Versicherungsleistungen abzielt, die zur Förderung und Beibehaltung der Gesundheit geeignet sind. Da die Gesundheitsausgabenrechnung 2015 erst nach Abschluss der Berechnungen veröffentlicht wurde, war eine exakte Bestimmung der Differenz zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Jedoch ist aus den ursprünglichen Berechnungen für das Jahr 2014 bekannt, welche Abgrenzungsfälle hier betroffen sind. Deshalb kann aus den kürzlich veröffentlichten Zahlen zu den PKV-Versicherungsleistungen ein zur GAR für das Jahr 2015 konsistenter Wert abgeleitet werden.

Einkommensleistungen von ca. 1.417 Mio. Euro wie Krankentagegeld und (Ersatz-)Krankenhaustagegeld gehören zu den PKV-Versicherungsleistungen. Da deren primäres Ziel jedoch nicht der gesundheitlichen Verbesserung oder Aufrechterhaltung dient, wie bei den Leistungen, die im Konzept der GAR erfasst sind, sondern eine finanzielle Absicherung oder Kompensation im Krankheitsfall darstellen, finden sie sich nur nachrichtlich im erweiterten Leistungsbereich der Gesundheitsausgabenrechnung, ergo vermindert sich der Ausgangswert für unsere Berechnungen um den oben genannten Betrag.

Weiterhin werden vom Statistischen Bundesamt die *sonstigen Leistungen* der PKV, die u.a. auch Leistungen im Todesfall umfassen und somit kaum dem Konzept der GAR entsprechen, mit einem pauschalen Prozentsatz, der auf Schätzungen beruht, vermindert. Der Prozentsatz beträgt hier 7 Prozent, was in einem Korrekturbetrag von 5,5 Mio. Euro für die *sonstigen Leistungen* resultiert. Gleich gelagert ist der Fall der *besonderen Versicherungsformen*. Auch sie werden in der GAR um einen anteiligen Schätzwert, in diesem Fall 3 Prozent, verringert, mit der Begründung, dass dazu auch Restschuld- und Lohnfortzahlungen gezahlt werden, welche, ähnlich wie das Krankentagegeld, Einkommensleistungen darstellen und somit zu einem Korrekturbetrag von 20,4 Mio. Euro führen.

Dienstleistungsentgelte (z.B. aus dem aktiven Rückversicherungsgeschäft und der Vermietung von gewerblichen Grundstücken) ein, vgl. hierzu: Statistisches Bundesamt (2007).

¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016b).

²⁰ Alle folgenden Zahlenwerte dieses Abschnitts sind – soweit nicht anders vermerkt – dem Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015 (PKV-Zahlenbericht) entnommen.

Im Zahlenbericht der PKV sind Gesundheitsausgaben für Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) sowie für die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) nur im Rahmen der *Pflegepflichtversicherung* (PPV) – durchgeführt durch die *Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung* (GPV) – mitberücksichtigt (2015: 967,8 Mio. Euro). Um die Kompatibilität mit der GAR zu wahren, müssen jedoch auch die Versicherungsleistungen für diesen Personenbestand im Rahmen der Krankenversicherung hinzugerechnet werden. Diese Leistungen betragen laut einer Sonderauswertung des Statistischen Bundesamts für das Jahr 2014 2.393,4 Mio. Euro. Daten für das Jahr 2015 lagen zum Zeitpunkt der Berechnung noch nicht vor. Für die vorliegende Arbeit wurde daher der Wert von 2014 genutzt. Die Leistungsausgaben der PKV, und damit einhergehend auch der ökonomische Fußabdruck der PKV als Finanzier, wird so wohl eher unter- als überschätzt, da das Versichertenkollektiv der PBeaKK und der KVB geschlossen ist, die Bestände also altern und damit im Zeitverlauf mit höheren Ausgaben zu rechnen ist. So sind z.B. die Pro-Kopf-Ausgaben der PKV für Arznei- und Verbandmittel 83- bis 90-jähriger Männer rund 20-mal so hoch wie für jüngere Versicherte bis 32 Jahre.²¹

Ein Großteil der Differenz zwischen PKV-Gesundheitsausgaben in der GAR und den PKV-Versicherungsleistungen laut PKV-Zahlenbericht, der für 2014 rund 4,5 Mrd. Euro belief, lässt sich auf den Miteinbezug von Verwaltungsaufwendungen (z.B. Personalaufwand), Abschlussaufwendungen und Steuern in der GAR zurückführen. Für 2014 ergaben diese drei Posten zusammen 3.423,1 Mio. Euro, 2015 waren es insgesamt 3.764 Mio. Euro. Diese Ausgaben finanzieren aber einerseits weder direkt Versicherungsleistungen, *die zur Förderung und Beibehaltung der Gesundheit geeignet sind*, und wurden andererseits schon im ersten Schritt, der Bemessung des ökonomischen Fußabdrucks der PKV als Wirtschaftsakteur, berücksichtigt. Sie sind insofern also nicht für den Ausgangswert des vorliegenden zweiten Schrittes in Betracht zu ziehen. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Investitionskosten.

Insgesamt und um alle Korrekturposten bereinigt beläuft sich der Ausgangswert an PKV-Versicherungsleistungen, der für die vorliegende Untersuchung – mit Ausnahme der Mehrumsätze – Verwendung findet, auf 26,859 Mrd. Euro und übertrifft damit den im PKV-Zahlenbericht genannten Wert um 0,951 Mrd. Euro.

3.3 Spezifika der Privatpatienten: Mehrumsätze

Mehrumsätze ergeben sich aus einem Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich versicherte Privatpatienten. Im Gegensatz zu Abschnitt 3.2 sind dabei die Mehrausgaben der Beihilfe anteilig enthalten. Folgerichtig wird hier von Mehrumsätzen der Privatpatienten gesprochen. Wären alle Privatpatienten stattdessen gesetzlich versichert, würden die Mehrumsätze dem Gesundheitssystem als Ganzes entzogen. Die Entstehung der Mehrumsätze erklärt sich unter anderem durch Unterschiede in der Vergütungshöhe und -systematik.

Um die Leistungsausgaben der GKV und PKV gegenüberzustellen, wird auf die Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes sowie auf GKV-Ausgabenprofile des Bundesversicherungsamtes zurückgegriffen, die im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) erstellt werden. Die tatsächlichen PKV-Ausgaben werden

²¹ Vgl. Wild, F. (2016b), S. 13.

einem berechneten Wert für die GKV gegenübergestellt. Dieser ergibt sich aus der Versichertenstruktur der PKV, die mit den jeweiligen Pro-Kopf-Profilen der GKV multipliziert wird. Somit wird eine Verzerrung aufgrund der unterschiedlichen demografischen Struktur der zwei Versichertenkollektive ausgeschlossen und eine Vergleichbarkeit der Ausgaben hergestellt.²²

Die Mehrumsätze der Privatpatienten werden im Zweifelsfall eher unter- als überschätzt, da in der PKV-Kopfschadensstatistik nur Versicherungsleistungen enthalten sind, die auch tatsächlich zur Erstattung eingereicht wurden. Abhängig von der jeweiligen Versicherungspolice (z.B. Beitragsrückerstattungstarife) besteht für PKV-Versicherte häufig ein finanzieller Anreiz, Rechnungen von Gesundheitsdienstleistern bei ihrer privaten Krankenversicherung nicht einzureichen.

Im Jahr 2014 entfällt der mit 5,99 Mrd. Euro größte Posten der PKV-Mehrumsätze auf die ambulante ärztliche Behandlung. Dies liegt vor allem an der Budgetierungs- und Regulierungstätigkeit der GKV sowie an den unterschiedlichen Preisordnungen EMB²³ für gesetzlich und GOÄ²⁴ für Privatversicherte. Der Größe nach folgen darauf die Mehrausgaben für den zahnmedizinischen Bereich, diese betragen im Jahr 2014 3,22 Mrd. Euro. Auch in diesem Bereich existieren zwei Gebührenverzeichnisse, für Leistungen der PKV die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), für Leistungen der GKV der Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Mehrumsätze, die in der ambulanten ärztlichen Behandlung, im zahnmedizinischen Bereich, durch Heilmittel und durch Heilpraktiker²⁵ anfielen, machten im Jahr 2014 zusammen rund 10,50 Mrd. Euro und somit rund 84 Prozent der gesamten Mehrumsätze aus.

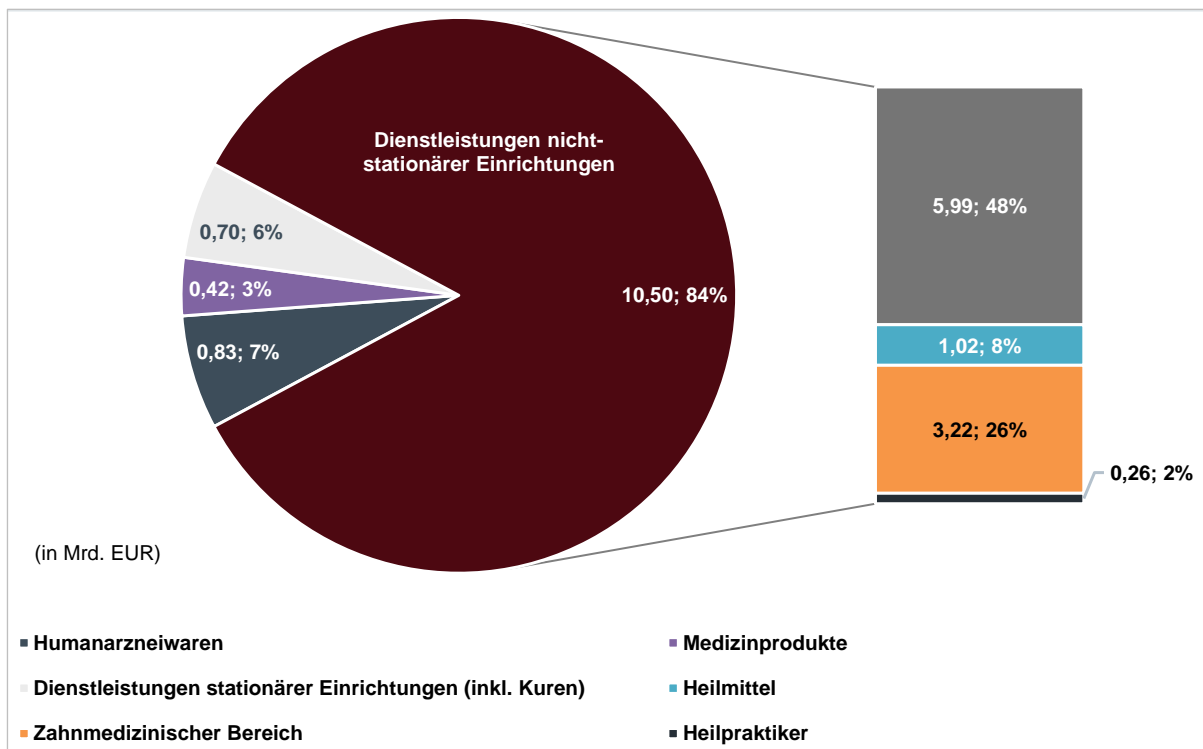
²² Ebd., S. 5f.

²³ Einheitlicher Bewertungsmaßstab.

²⁴ Gebührenordnung für Ärzte.

²⁵ Heilpraktikerleistungen (und Kuren) werden in der Datenquelle (Wild 2016b) ihrem Anteil nach unbestimmt unter „sonstigen Mehrumsätzen“ subsumiert. Dem Güterzuordnung der GGR entsprechend werden Heilpraktikerleistungen für die folgende Analyse in der im PKV Zahlenbericht (PKV 2016) ausgewiesenen Höhe von 0,264 Mrd. Euro den Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen zugerechnet. Die Restsumme von 0,014 Mrd. Euro wird analog auf die in stationären Einrichtungen anfallenden Mehrumsätze umgelegt.

Abbildung 4: Mehrumsätze der PKV im Jahr 2014 nach GGR-Gütersystematik



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Wild (2016b).

Für die Arzneimittelversorgung, die auch Impfstoffe, Praxisbedarf und Eigenanteile umfasst, ergab sich 2014 ein Mehrumsatz von 0,83 Mrd. Euro. Gerade im Bereich der Arzneimittel verfügt die GKV im Gegensatz zur PKV über erhebliche regulatorische Instrumente, um die Ausgabenlast zu senken. Eine signifikante Rolle spielen hier z.B. die Einsparungen durch die Verabreichung von Generika, die Möglichkeit der Regressforderung gegenüber Kassenärzten, deren Verschreibungsverhalten eine an Fachgruppenniveaus orientierte Richtgröße überschreitet, und eine erhebliche Marktmacht bei der Aushandlung von Rabattverträgen mit Arzneimittelherstellern.²⁶ Die PKV hat kaum solche weitreichenden regulatorischen Möglichkeiten, was durch das zugrundeliegende Prinzip der Kostenerstattung – im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip der GKV – begründet ist.²⁷ Damit summiert sich der Gesamtbetrag der Mehrumsätze, der in der vorliegenden Arbeit auf seine gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen untersucht wird, auf 12,453 Mrd. Euro.

²⁶ Vgl. Bündler, H. (2012).

²⁷ Vgl. Asdecker, T. (2015), S. 21.

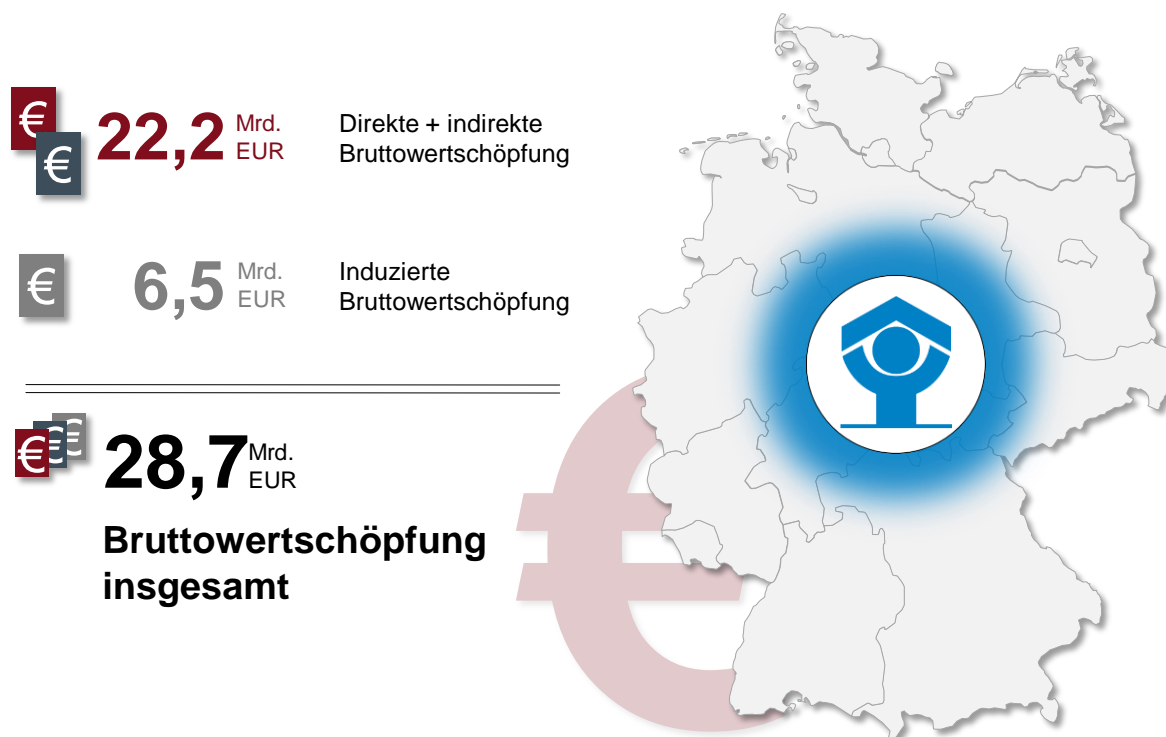
4. Analyse des ökonomischen Fußabdrucks der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen

Die Darstellung und Analyse der PKV innerhalb der GGR ermöglicht erstmals die Bemessung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der PKV als Wirtschaftsakteur und darüber hinaus als Finanzier. Ausgehend von den in Kapitel 3 erläuterten PKV-Gesundheitsausgaben wird nachfolgend die ökonomische Ausstrahlung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen dargestellt. Diese Ergebnisse können als additive Effekte zum ökonomischen Fußabdruck als Wirtschaftsakteur betrachtet werden.

4.1 Direkte, indirekte und induzierte Bruttowertschöpfungseffekte

In der nachfolgenden Abbildung sind die direkten und indirekten sowie die damit verbundenen induzierten Effekte der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen mit ihrer Bedeutung für das gesamtwirtschaftliche Wachstum dargestellt. Dazu wird wiederum die Bruttowertschöpfung als zentrale Kennzahl herangezogen. Mit ihr kann auf makroökonomischer Ebene die wirtschaftliche Größe, aber auch Leistungsfähigkeit von Branchen, Unternehmen und Organisationen bestimmt werden. In diesem Fall wird erstmals die resultierende direkte, indirekte und induzierte Bruttowertschöpfung aus den Leistungsausgaben der PKV in Deutschland ermittelt. Wie in Kapitel 3.2 ausführlich dargelegt, wird für das Jahr 2015 ein Ausgangswert von 26,859 Mrd. Euro an PKV-Versicherungsausgaben zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen angenommen.

Abbildung 5: Wachstumspolitische Bedeutung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen

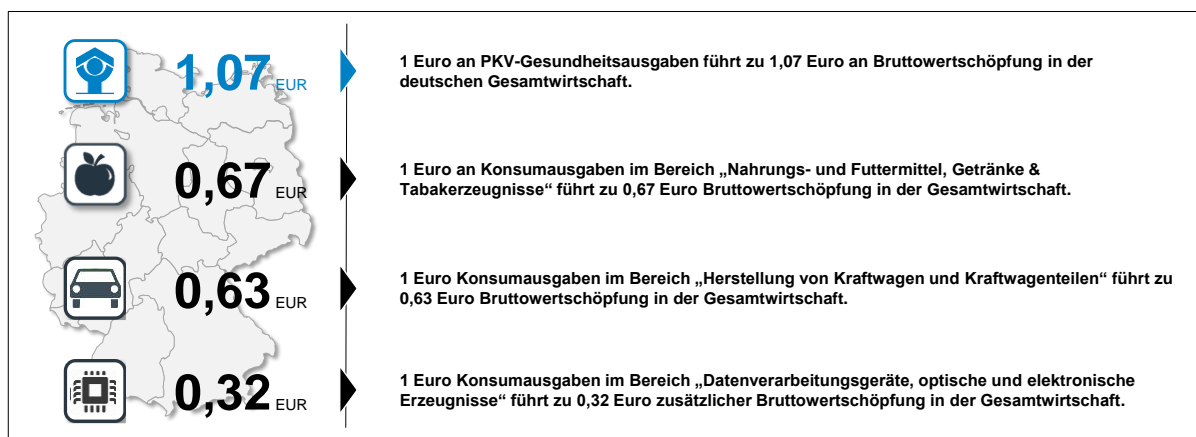


Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016).

Im Jahr 2015 entstand durch die Ausgaben der PKV für Gesundheitsleistungen eine direkte und indirekte Bruttowertschöpfung in Summe²⁸ von 22,2 Mrd. Euro. Eine direkte Bruttowertschöpfung entsteht beispielsweise durch die Behandlung bei einem Haus- oder Facharzt, die (als Rechnung) vom Versicherten bei der PKV zur Kostenerstattung eingereicht wird. Indirekte Bruttowertschöpfung ergibt sich hingegen dem Beispiel folgend bei den Vorleistungen des Arztes, z.B. dem Hersteller eines medizinischen Desinfektionsmittels oder den Reinigungskräften in der Praxis des Arztes. Ergänzend zu den direkten und indirekten Effekten können mithilfe des ökonomischen Fußabdrucks auch die induzierten Ausstrahleffekte der PKV-Ausgaben auf die Gesamtwirtschaft quantifiziert werden. Durch die Berücksichtigung induzierter Effekte werden auf diese Weise auch die Auswirkungen durch die Wiederverausgabung von Arbeitnehmerentgelten sichtbar, z.B. durch die Verausgabung des Arzthonorars oder der Löhne von Reinigungskräften im Krankenhaus für Lebensmittel im Einzelhandel. Diese machen nochmals einen Betrag von rund 6,5 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung aus. Insgesamt sorgen die PKV-finanzierten Gesundheitsleistungen für einen BIP-Beitrag von 28,7 Mrd. Euro, wobei 22,2 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung direkt und indirekt am deutschen Wirtschaftsstandort durch die PKV Leistungsausgaben finanziert werden. Zur Einordnung der Ausgabeneffekte und ihrer Abgrenzung von ökonomischen Effekten eines Wirtschaftsakteurs bietet sich auch die Gegenüberstellung in Abbildung 1. an.

Greifbarer werden diese Befunde, wenn sie mit Hilfe von sogenannten Multiplikatoren dargestellt werden. Mit einem Euro Leistungsausgaben der PKV gehen 1,07 Euro Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft einher. Aus ökonomischer Perspektive stellen die Ausgaben der Privatversicherten für Gesundheitsleistungen (und die damit einhergehende Kostenerstattung durch die PKV) somit Konsumausgaben privater Haushalte dar. Für die bessere Einordnung des PKV-spezifischen Bruttowertschöpfungsmultiplikators bietet sich daher ein Vergleich mit den Bruttowertschöpfungseffekten anderer Konsumausgaben privater Haushalte an.

Abbildung 6: Vergleich des PKV-spezifischen Ausgabenmultiplikators mit anderen Branchen



Quelle: Eigene Berechnungen, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2015b).

So entstehen durch einen Euro privater Ausgaben für Nahrungsmittel²⁹ 0,67 Euro an Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesamtwirtschaft. Mit dem Kauf eines Kraftwagens³⁰

²⁸ In diesem Fall lassen sich der direkte und der indirekte Effekt nicht einzeln ausweisen, siehe dazu auch Kapitel 3.1.

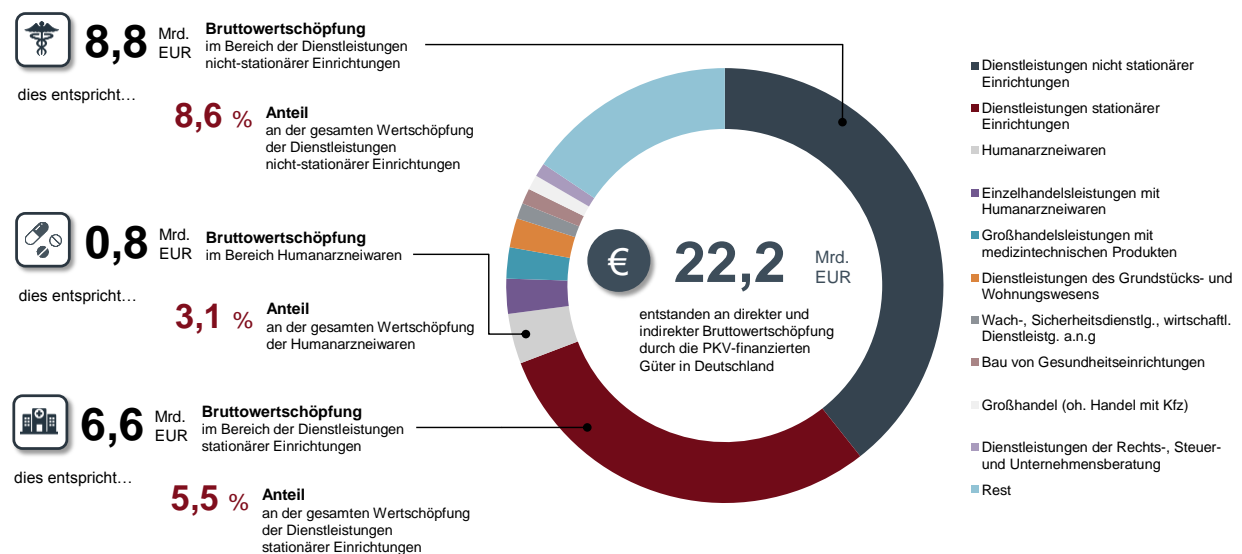
²⁹ Hinweis: Amtliche Grundlage bilden die Gütergruppen 10 bis 12 „Nahrungs- und Futtermittel, Getränke & Tabakerzeugnisse“.

³⁰ Hinweis: Amtliche Grundlage bildet die Gütergruppe 29 „Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen“.

gehen je Euro weitere 0,63 Euro an Bruttowertschöpfung in Deutschland einher, wohingegen jeder privat verausgabte Euro für Geräte der Datenverarbeitung³¹ (z.B. Computer) 0,32 Euro Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft nach sich zieht.³² Als Erklärung für die unterschiedlichen Multiplikatoren kann u.a. der Grad der internationalen Verflechtung der betreffenden Branchen angeführt werden. Die Leistungsausgaben der PKV entfalten ihre ökonomische Wirkung u.a. durch den ausgeprägten Dienstleistungscharakter, der sich in hohem Maße im Inland entfaltet. Bei anderen Branchen, wie z.B. der Automobilindustrie liegt aufgrund bestehender Importabhängigkeiten die Vermutung nahe, dass durch die Konsumausgaben in Deutschland Wertschöpfungseffekte in verhältnismäßig stärkerem Maße außerhalb Deutschlands entstehen. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass auch bei der PKV nur ein Teil der Leistungsausgaben für ökonomische Impulse im Inland sorgen. Insbesondere Medizinprodukte und Medizintechnik sowie Arzneimittel, aber auch andere gesundheitsrelevante Güter, werden teilweise aus dem Ausland importiert.³³ Die Wertschöpfung, die bei der Herstellung dieser importierten Waren generiert wird, fällt dabei im Ausland an und ist somit nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Die folgende Darstellung zeigt, in welchen Bereichen der deutschen Volkswirtschaft die von der PKV finanzierten Gesundheitsleistungen wirtschaftliche Impulse auslösen.

Abbildung 7: Verteilung der Bruttowertschöpfungseffekte nach GGR-Gütergruppen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016).

Mit 8,8 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung entfiel der größte Anteil von 39,4 Prozent auf die Gesundheitsleistungen nicht-stationärer Einrichtungen. Dies entspricht 8,6 Prozent der direkten und indirekten Bruttowertschöpfung von nicht-stationären Einrichtungen in Deutschland. Den zweitgrößten Anteil an den durch PKV-finanzierte Gesundheitsgüter geschaffenen Wertschöpfungseffekten beanspruchen die Dienstleistungen stationärer Einrichtungen, die 6,6 Mrd. Euro, bzw. 29,8 Prozent betragen, und damit 5,5 Prozent der direkten und indirekten Bruttowertschöpfung aller stationärer Einrichtungen in Deutschland ausmachen. Auf diese folgen die Humanarzneimitteln mit einem Anteil von 3,7 Prozent an der

³¹ Hinweis: Amtliche Grundlage bildet die Gütergruppe 26 „Datenverarbeitungsgeräte, optische und elektronische Erzeugnisse“.

³² Eigene Berechnungen, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2015b).

³³ Die Gesundheitswirtschaft trägt mit 6,7 Prozent zum gesamtwirtschaftlichen Import Deutschlands bei (Vgl. BMWi (2016b)).

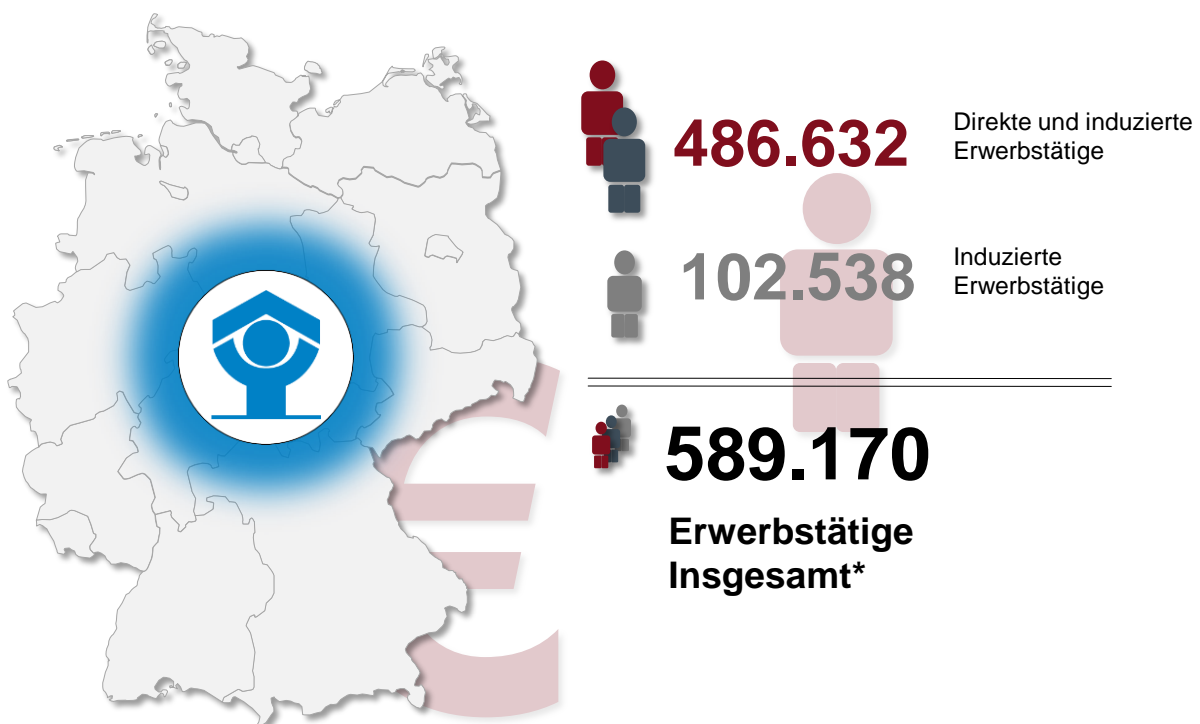
direkten und indirekten Bruttowertschöpfung durch PKV-finanzierte Gesundheitsgüter, was 0,8 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung oder 3,1 Prozent der deutschen Bruttowertschöpfung mit Humanarzneiwaren entspricht.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass die PKV wesentliche Teilbereiche der wertschöpfungskettenübergreifenden Gesundheitsversorgung in Deutschland finanziert. Nachfolgend wird analysiert, wie viele Arbeitsplätze in Deutschland von der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen abhängen.

4.2 Direkte, indirekte und induzierte Erwerbstätigeneffekte

Neben der Bruttowertschöpfung sind die Anzahl der Erwerbstätigen und in weiterer Folge ihr Anteil am Arbeitsmarkt zusätzliche zentrale volkswirtschaftliche Kenngrößen zur Beschreibung der ökonomischen Bedeutung einer Branche. Aus der nachfolgenden Darstellung wird ersichtlich, dass 2015 mit der Rolle der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen 486.632 direkte und indirekte Erwerbstätigenverhältnissen in der Gesamtwirtschaft (z.B.: im Bereich der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung sowie auch in Branchen außerhalb der Gesundheitswirtschaft) einhergehen. Durch dabei wiederverausgabte Arbeitnehmerentgelte bestehen weitere 102.538 induzierte Erwerbstätigenverhältnisse, was in Summe einem Erwerbstätigeneffekt von 589.170 entspricht.

Abbildung 8: Beschäftigungspolitische Bedeutung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen



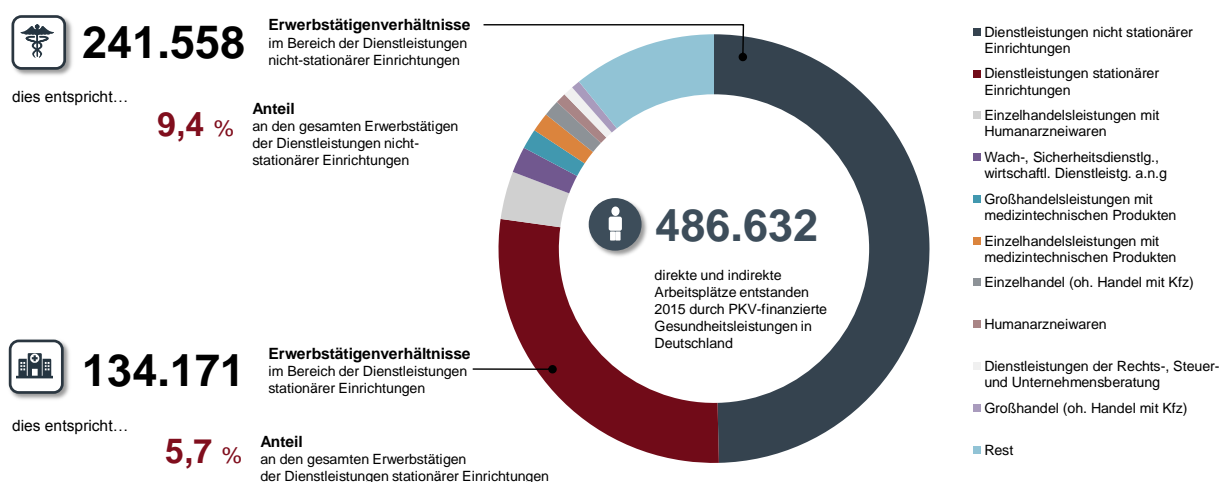
Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016).

Von den 486.632 direkten und indirekten Erwerbstätigenverhältnissen entfällt der größte Anteil von 49,6 Prozent auf den Bereich der Dienstleistungen im nicht-stationären Sektor, was absolut 241.558 Erwerbstätigenverhältnissen entspricht. Ihr Anteil an den direkten und

indirekten Erwerbstätigenverhältnisse der nicht-stationären Einrichtungen in Deutschland beträgt 9,4 Prozent. Der Anteil des stationären Sektors am Arbeitsmarkimpuls der PKV-finanzierten Gesundheitsgüter beläuft sich auf 27,6 Prozent oder 134.171 Erwerbstätigenverhältnisse.

Damit verteilen sich die direkten und indirekten Erwerbstätigeneffekte stark zugunsten des Versorgungssektors, der über drei Viertel aller direkten und indirekten Erwerbstätigenverhältnisse abdeckt, die durch PKV-finanzierte Gesundheitsgüter verursacht werden. Schon mit deutlichem Abstand folgt an dritter Stelle der Einzelhandel mit Arzneimitteln, der mit 17.600 Erwerbstätigenverhältnissen vom wirtschaftlichen Impuls der PKV-finanzierten Gesundheitsgüter profitiert, was einem Anteil von 3,6 Prozent an den gesamten direkten und indirekten Beschäftigungseffekten entspricht.

Abbildung 9: Beschäftigungseffekte durch PKV-finanzierte Gesundheitsleistungen nach Gütergruppen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016).

Die in Abschnitt 4.1 und 4.2 beschriebenen Effekte zeigen, welche Impulswirkungen von der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen auf das deutsche Wirtschaftswachstum und den deutschen Arbeitsmarkt ausgehen. Ohne Vergleichsgröße stellt sich der ökonomische Fußabdruck der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen jedoch wenig greifbar dar. Weil im deutschen Gesundheitssystem insbesondere auch die GKV als relevanter Finanzier von Gesundheitsleistungen auftritt, scheint ein Vergleich mit dieser sinnvoll, ist jedoch - da es keine Zahlen zum ökonomischen Fußabdruck der GKV gibt - nur auf indirektem Wege möglich. Um einen aussagekräftigen Vergleich zur GKV herzustellen, können die ökonomischen Effekte der sogenannten **Mehrumsätze** quantifiziert werden. Diese Mehrumsätze entstehen, unter anderem bei den medizinischen Leistungserbringern nur deshalb, weil Privatpatienten privat und nicht gesetzlich versichert sind.

4.3 Ökonomische Effekte durch PKV-spezifische Mehrumsätze

Das duale Gesundheitssystem in Deutschland besteht aus zwei grundsätzlich unterschiedlichen Versicherungssystemen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) folgt einem Sachleistungsprinzip und finanziert sich in einem Umlageverfahren über einkommensabhängige Beiträge. Das Sachleistungsprinzip erlaubt der GKV den Umfang der Versorgung mitzubestimmen. Dies geschieht zum Beispiel über Rabattverträge mit

Arzneimittelherstellern, Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten oder durch die Inanspruchnahme der Aut-Idem-Regelung, die Apotheker im Regelfall dazu verpflichtet, günstigere wirkstoffgleiche Medikamente an GKV-Mitglieder abzugeben. Dabei profitieren einzelne Krankenkassen regional von einer erheblichen Marktmacht und Marktkonzentration.³⁴

In der kapitalgedeckten PKV wiederum gilt das Prinzip der Kostenerstattung. Dabei sind die Beiträge risikoäquivalent bei Versicherungsbeginn kalkuliert. Anders als in der GKV sind Leistungen weder budgetiert noch begrenzt. Die PKV zahlt für Leistungen in der Regel deutlich mehr, weil die Preise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) deutlich oberhalb der Gebührenordnungen für die GKV liegen beziehungsweise die PKV unter anderem keine Festbetragsregelungen für Medikamente oder Verordnungsrestriktionen kennt. Im Ergebnis führen diese strukturellen Unterschiede zwischen GKV und PKV zu Mengen- und Preiseffekten.

Unter der fiktiven Annahme, sämtliche PKV-Versicherten wären in der GKV versichert, würde dem Gesundheitssystem ein relevanter Leistungsbeitrag entzogen werden. Dieser (hypothetische) Differenzbetrag ist der Mehrumsatz der Privatpatienten. Im Rahmen dieser Untersuchung sind die beschriebenen Mehrumsätze deshalb relevant, weil von ihnen erhebliche volkswirtschaftliche Impulse ausgehen. Zusatzdienstleistungen für PKV-Versicherte, Abrechnung ärztlicher Leistungen über die GOÄ und die Verabreichung von Originalpräparaten statt Generika haben somit auch Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung, zu aller erst natürlich für die Leistungserbringer, in einer umfassenden Betrachtung aber indirekt und induziert auch für die gesamte Volkswirtschaft.

Da Mehrumsätze schwierig zu prognostizieren sind und für das Jahr 2015 aktuell noch keine Zahlen zu den Mehrumsätzen vorliegen, bezieht sich dieses Kapitel auf das Berichtsjahr 2014. Die Summe der von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze, deren ökonomische Effekte hier analysiert werden, lag im Jahr 2014 bei 12,453 Mrd. Euro.

Der Mehrumsatz mit **Humanarzneiwaren** belief sich im Jahr 2014 auf 0,828 Mrd. Euro.³⁵ Durch Herstellung und den Bezug von Vorleistungen ergeben sich dabei direkte und indirekte Bruttowertschöpfungseffekte in Höhe von 0,274 Mrd. Euro. Daneben existieren induzierte Effekte, die bei der Wiederverausgabung von Arbeitnehmerentgelten entstehen und für 0,053 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung verantwortlich sind. Über einen Bruttowertschöpfungsmultiplikator ausgedrückt bedeutet dies, dass mit einem Mehrumsatz von einem Euro für Humanarzneiwaren 39 Cent Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft einhergehen. Beschäftigungsseitig fallen 2.133 direkte und indirekte Erwerbstätigenverhältnisse durch Herstellung und Vorleistungsbezüge an, zuzüglich 837 induzierter Erwerbstätigenverhältnisse führen die Mehrumsätze von Humanarzneiwaren im Jahr 2014 in Summe zu 2.970 Erwerbstätigenverhältnisse in der Gesamtwirtschaft.

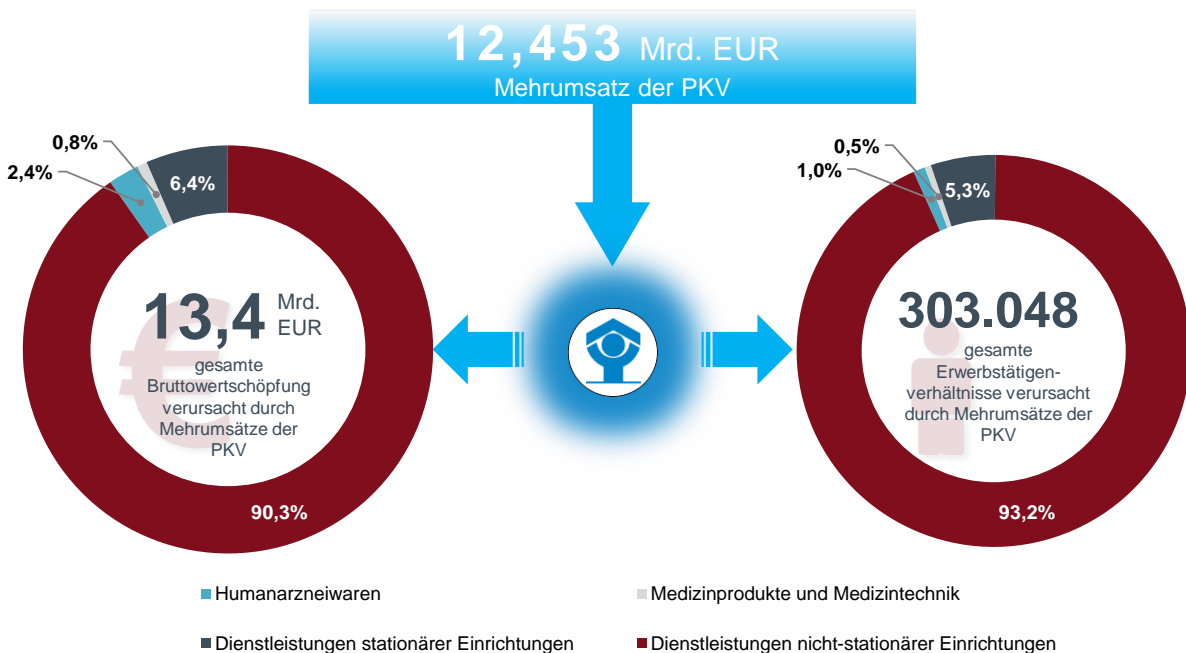
Hilfsmittel fallen in der GGR in die Gütergruppe der **Medizintechnischen Produkte**. Darunter versteht man z.B. Sehhilfen oder Hörgeräte. Im Jahr 2014 wurden von der PKV ein Mehrumsatz von 0,420 Mrd. Euro für Hilfsmittel geleistet. Daraus resultieren direkte und indirekte Bruttowertschöpfungseffekte in Höhe von 0,082 Mrd. Euro. Mit den induzierten Effekten von 0,023 Mrd. Euro beläuft sich die gesamte Bruttowertschöpfung, die durch den Mehrumsatz für Hilfsmittel verursacht wird, auf 0,105 Mrd. Euro. Ein Euro Mehrumsatz für

³⁴ Vgl. Niehaus (2015).

³⁵ Vgl. Wild (2016b), S. 22.

Medizintechnische Produkte führt somit zu 25 Cent Bruttowertschöpfung in der Volkswirtschaft. Der Beschäftigungsimpuls der Mehrumsätze mit Medizintechnischen Produkten belief sich auf 1.207 direkte und indirekt sowie 372 induziert verursachte Erwerbstätigenverhältnisse.

Abbildung 10: Ausstrahleffekte der PKV-Mehrumsätze differenziert nach verursachenden Gütergruppen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016); Wild (2016b).

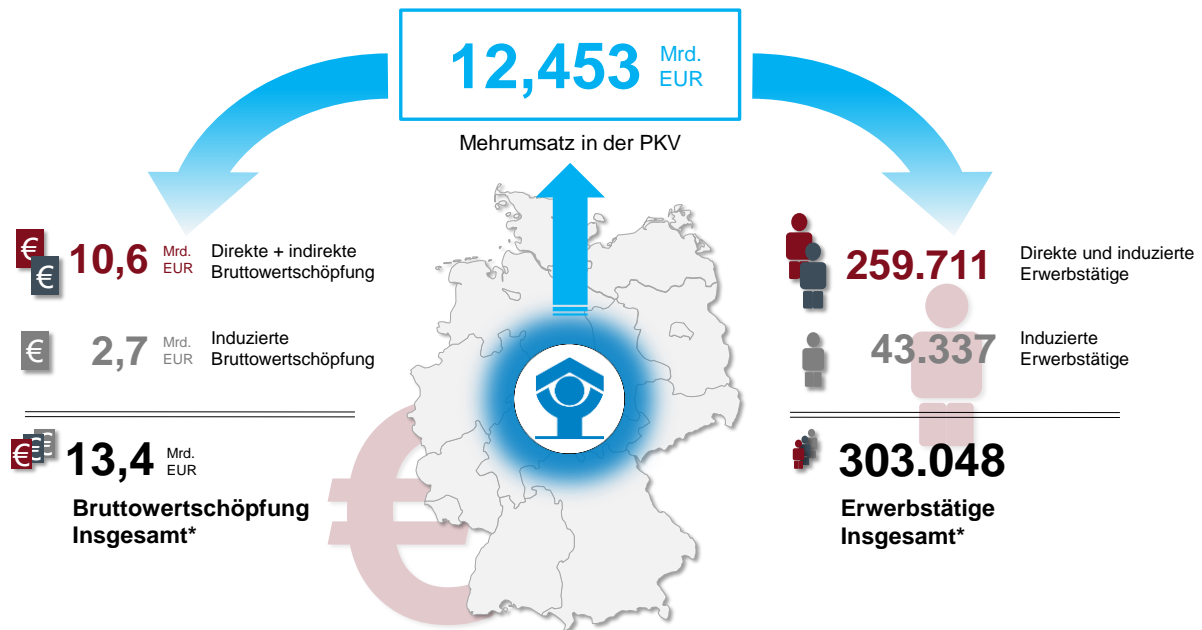
Der **stationären Versorgung** ließen sich 2014 Mehrumsätze in Höhe von 0,703 Mrd. Euro zurechnen.³⁶ Diese Ausgaben führten in der Gesamtwirtschaft zu 0,634 Mrd. Euro direkter und indirekter Bruttowertschöpfung sowie 0,227 Mrd. Euro induzierter Bruttowertschöpfung. Mit einem Euro Mehrumsatz im stationären Sektor sind 1,23 Euro Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft verbunden. Damit verfügt die stationäre Versorgung über den höchsten Wachstumsimpuls unter den untersuchten Mehrumsatzposten. Dies kann unter anderem auf einen eher geringeren Vorleistungsbezug bzw. den ausgeprägten Dienstleistungscharakter dieses Bereichs zurückgeführt werden. Dieser spiegelt sich auch in einem relativ hohen Beschäftigungseffekt wieder. Insgesamt gehen 16.069 Erwerbstätigenverhältnisse mit den stationären Mehrumsätzen einher.

In den Publikationen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) werden die Mehrumsätze des **nicht-stationären Sektors** nach der ambulanten ärztlichen Versorgung, Heilmitteln und dem zahnmedizinischen Bereich differenziert. Ergänzend findet eine Zurechnung der Heilpraktikerleistungen, die den Großteil der *sonstigen Mehrumsätze* ausmachen, statt. In der Nomenklatur der GGR werden alle diese Posten unter Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen zusammengefasst. Die 10,502 Mrd. Euro Mehrumsätze in nicht-stationären Einrichtungen stellen dabei rund 84 Prozent der gesamten Mehrumsätze dar. Ihre wachstumspolitischen Auswirkungen beziffern sich auf eine direkte und indirekte Bruttowertschöpfung in Höhe von 9,646 Mrd. Euro. Des Weiteren beträgt die induzierte

³⁶ Der für die vorliegende Berechnung genutzte Wert weicht geringfügig von dem in Wild 2016b ab, da Kuren als Teil der sonstigen Mehrumsätze hier Berücksichtigung finden.

Bruttowertschöpfung 2,430 Mrd. Euro, sodass sich der Wachstumseffekt der Mehrumsätze im nicht-stationären Sektor insgesamt auf 12,076 Mrd. Euro summiert. Das wiederum bedeutet, dass mit einem Euro Mehrumsatz im nicht-stationären Sektor 1,15 Euro Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft einhergehen. Gleichermaßen ist ein Beschäftigungsimpuls von 282.429 direkten, indirekten und induzierten Erwerbstätigenverhältnissen mit den nicht-stationären Mehrumsätzen verknüpft.

Abbildung 11: Bruttowertschöpfung und Arbeitsplätze in Deutschland durch Mehrumsätze der PKV



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016); Wild (2016b).
*Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.

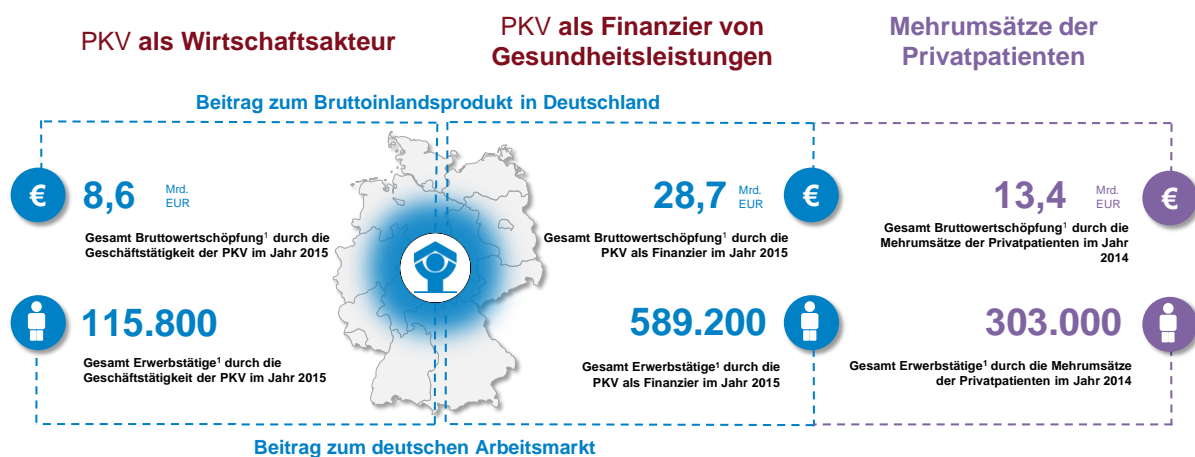
Der Mehrumsatz im Bereich der nicht-stationären Einrichtungen macht ca. 84 Prozent der gesamten Mehrumsätze aus. Zum nicht-stationären Bereich gehören ambulant tätige Ärzte, Zahnärzte, Hebammen, Heilpraktiker und Heilmittelerbringer. Betrachtet man die Bruttowertschöpfungseffekte, macht der nicht-stationäre Bereich 90 Prozent aller mit Mehrumsätzen einhergehende Bruttowertschöpfungseffekte aus, bei den Beschäftigungseffekten liegt der Anteil wegen des relativ hohen Beschäftigungsmultiplikators bei 93 Prozent. Insgesamt beläuft sich der ökonomische Fußabdruck aller Mehrumsätze der PKV im Jahr 2014 auf 13,369 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung und 303.048 Erwerbstätigenverhältnisse.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Aufbauend auf den Vorarbeiten im Auftrag des BMWi zur GGR und der Publikation zum ökonomischen Fußabdruck der PKV als Wirtschaftsakteur wurde im Rahmen dieser Forschungsarbeit die wachstums- und beschäftigungspolitische Bedeutung der PKV als Finanzier von Gesundheitsleistungen in Deutschland analysiert. Damit wurde erstmals ein Finanzierungsträger innerhalb der Gesundheitswirtschaft anhand von volkswirtschaftlichen Kennzahlen auf seine umfassende ökonomische Bedeutung hin untersucht. Als Basis der Analyse diente das Leistungsvolumen der PKV als Anfangsimpuls, welcher in das bestehende PKV-spezifische Satellitensystem integriert wurde.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die PKV neben ihrer ökonomischen Wirkung als Wirtschaftsakteur auch hohe Wachstums- und Beschäftigungsimpulse sowie Ausstrahlwirkungen als Finanzier von Gesundheitsleistungen auf die deutsche Volkswirtschaft besitzt. So lässt sich konstatieren, dass neben den rund 8,6 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung, die direkt, indirekt und induziert durch die Geschäftstätigkeit der PKV entstehen, weitere 28,7 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung durch die PKV als Finanzier in Deutschland generiert werden. Dies ist gleichbedeutend damit, dass der PKV als Wirtschaftsakteur und Finanzier ca. 37,3 Mrd. Euro an direkter, indirekter und induzierter Bruttowertschöpfung in Deutschland zuzurechnen sind. Hinsichtlich des Arbeitsmarktes entspricht dies rund 115.900 Erwerbstätigenverhältnissen, die von den wirtschaftlichen Aktivitäten der PKV als Versicherer abhängig sind und rund 589.170 Arbeitsplätzen in Deutschland, die durch die Finanzierung der Gesundheitsleistungen der PKV gesichert werden. Folglich unterstützt die PKV ca. 705.000 Arbeitsplätze in Deutschland.

Abbildung 12: Übersicht über den ökonomischen Fußabdruck der PKV in der Betrachtung als Versicherer und als Finanzier von Gesundheitsleistungen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Gesundheitsausgabenrechnung (2016); BMWi, Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (2016).

¹ Umfasst die direkten, indirekten und induzierten Effekte

Die Modellierung dieser Kennzahlen im PKV-spezifischen Satellitensystem berücksichtigt dabei sowohl die resultierenden wirtschaftlichen Impulse in den Vorleistungsbereichen der PKV als auch die Effekte, die aus der Wiederverausgabung von generierten Einkommen resultieren (Multiplikatoreffekte).

Der innovativen Methodik dieser Arbeit, Ausgaben in den Mittelpunkt des ökonomischen Fußabdrucks zu stellen, ist es geschuldet, dass aktuell kaum belastbare

Vergleichsmöglichkeiten bestehen. Insbesondere für den Bereich der Versicherungsleistungen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems würde sich hierzu ein Vergleich mit der GKV anbieten. Da vergleichbare ökonomische Analysen für die GKV nicht vorliegen, wird mit der Ermittlung des ökonomischen Fußabdrucks der PKV-spezifischen Mehrumsätze ein indirekter Ansatz der Vergleichbarkeit verfolgt. Dabei haben die Mehrumsätze gleichzeitig eine politische Relevanz. Im Zuge der Diskussion um eine Veränderung des Krankenversicherungssystems in Deutschland und dem Modell eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes werden die PKV-spezifischen Mehrumsätze der Privatpatienten zum Teil offen in Frage gestellt.

Die Mehrumsätze der Privatpatienten im Jahr 2014 summieren sich auf 12,453 Mrd. Euro.³⁷ Diese Ausgaben korrespondieren nach der Methode des ökonomischen Fußabdrucks mit rund 13,4 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung und 303.000 Erwerbstätigenverhältnissen in der deutschen Volkswirtschaft. Besonders bedeutsam sind die Mehrumsätze für die nicht-stationäre Gesundheitsversorgung, welche allein 90 Prozent der Bruttowertschöpfungseffekte und 93 Prozent der Beschäftigungseffekte auf sich vereint.

Im Falle der Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes (Bürgerversicherung) ohne die Private Krankenversicherung als Vollversicherung (und der dazugehörigen Beihilfe für privatversicherte Beamte mit Angehörigen) stellt sich aus volkswirtschaftlicher Perspektive daher die Frage nach der (weiteren) Finanzierung sowohl einer Bruttowertschöpfung in Höhe von – im äußersten Fall – rund 13,4 Mrd. € sowie einer Finanzierung rund 303.000 Erwerbstätigenverhältnisse, die in der Gegenwart mit den Mehrumsätzen der Privatpatienten verbunden sind. Da die Befürworter der Bürgerversicherung eine vollständige Kompensation der Mehrumsätze zum Teil ausschließen, könnte ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt nach dem Vorbild der GKV unmittelbare Auswirkungen auf die Ausstattung der Praxen und Krankenhäuser sowie auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland insgesamt haben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die PKV nicht nur als Wirtschaftsakteur, sondern insbesondere auch als Finanzier eine hohe volkswirtschaftliche Bedeutung in Deutschland einnimmt. Mit diesem wissenschaftlichen Beitrag soll daher die Relevanz der PKV für die deutsche Volkswirtschaft, die Gesundheitswirtschaft sowie letztendlich auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland verdeutlicht werden. Um ein vollständiges Bild von der wirtschaftspolitischen Bedeutung der PKV zu zeichnen, sollte in zukünftigen Analysen auch einer weiteren Besonderheit der PKV Rechnung getragen werden, indem die volkswirtschaftliche Bedeutung der PKV als Investor – aufgrund der umfangreichen Altersrückstellungen – modellhaft im PKV-spezifischen Satellitensystem abgebildet wird. Darüber hinaus bietet es sich auch an, die Wirkungen der Finanzierung von medizinischen Innovationen durch die PKV zu quantifizieren. Einen möglichen Ansatz bietet hierfür das Konzept des sog. Social Impacts.³⁸ Ebenso wie die Ermittlung eines ökonomischen Fußabdrucks ist dies ein Ansatz, die Gesundheitswirtschaft evidenzbasiert zu beschreiben und leistet somit einen Beitrag dazu, die Öffentlichkeit und betroffene Akteure transparent und nachvollziehbar darüber zu informieren, welche ökonomischen Folgen Änderungen im Gesundheitssystem verursachen können und welche Bedeutung einzelnen Teilbereichen beizumessen ist. Beispielhaft könnte der Social Impact für bestimmte Krankheitsbilder in Deutschland bemessen werden, in denen in den letzten Jahren durch medizinische

³⁷ Vgl. Wild (2016b).

³⁸ Vgl. Ostwald et al. (2016).

Innovationen zusätzliche Lebensjahre bzw. eine erhöhte Lebensqualität für die Patienten ermöglicht wurden. Auf Basis von Sekundärstatistiken könnte in einem weiteren Schritt bestimmt werden, welcher Anteil des Social Impacts der PKV aufgrund ihrer innovationsfreundlichen Finanzierungstätigkeit zuzuschreiben ist.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Möllenkamp, M., Nolting, H.-D., Hildebrandt, S. (2016): Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung – Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen, Hans-Böckler-Stiftung, Study Nr. 332, Düsseldorf.
- Augurzky, B., Felder, S. (2013): Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, RWI-Materialien 75, Essen.
- Asdecker, T. (2015): Quersubventionierung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Quantitative Bewertung für Arztpraxen und Ableitung eines Entwicklungsszenarios, Springer Gabler, Wiesbaden.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) (2015): Statistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Erstversicherungsunternehmen und Pensionsfonds (Erstversicherungsstatistik 2014), Bonn/Frankfurt am Main.
- BioCon Valley (2005): Konferenzbericht. Nationale Branchenkonferenz Gesundheits-wirtschaft, Rostock.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015): Themen – Gesundheitswesen – Gesundheitswirtschaft – Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html> [zuletzt aufgerufen: 14. November 2016, 08.43 Uhr].
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2013): Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Hauptergebnisse des Forschungsprojekts des BMWi „Nutzung und Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos (GSK) zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamt-rechnung (GGR), Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2015a): Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland, Zusammenfassung des Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2015b): Gesundheitswirtschaft. Fakten und Zahlen, Ausgabe 2014, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2016a): Themen – Wirtschaft – Branchenfokus, <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Wirtschaft/branchenfokus,did=221418.html> [zuletzt aufgerufen: 14. November 2016, 08.36 Uhr].
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2016b): Gesundheitswirtschaft. Fakten und Zahlen, Ausgabe, 2015, Berlin.
- Bünder, H. (2012): Im Gespräch: Kartellamtspräsident Mundt: „Krankenkassen dürfen nicht zu mächtig werden“, Frankfurter Allgemeine Zeitung. http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/im-gespraech-kartellamtspraesident-mundt-krankenkassen-duerfen-nicht-zu-maechtig-werden-11797999.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2 [zuletzt aufgerufen: 10.02.2017].
- Eurostat (2008): NACE Rev. 2, Statistical classification of economic activities in the European Community, Statistical classification of economic activities in the European Community, Luxemburg.

- Finkenstädt, V., Niehaus, F. (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, WIP-Studie, Köln.
- Henke, K.-D., Neumann, K.; Schneider, M., et. al. (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Nomos, Baden-Baden.
- Henke, K.-D., Cobbers, B., Georgi, A., Schreyögg, J. (2006): Die Berliner Gesundheitswirtschaft – Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, Berlin.
- Hesse, S. (2013): Input und Output der Gesundheitswirtschaft - Eine Stabilitätsanalyse der Gesundheitswirtschaft in Bezug auf die gesamtwirtschaftliche Bedeutung in den Jahren der Finanz- und Wirtschaftskrise, PL Academic Research Verlag, Frankfurt, M.
- Holub, H.W., Schnabl, H. (1994): Input-Output-Rechnung: Input-Output-Analyse, Oldenbourg Verlag, München.
- Hilbert, J., Fretschner, R., Dülberg, A. (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft, Gelsenkirchen.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2012): Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern, Leit- und Zukunftsbranche für den Arbeitsmarkt, Nürnberg.
- ISA Consult (2004): Gesundheitswirtschaft in der Grenzregion Brandenburg - Lubuskie Branchenreport, Hamburg.
- Leontief, W. (1966): Essays in Economics: Theories and Theorizing. New York: Oxford University Press.
- Lüken, S. (2012): Die deutsche Erwerbstätigenrechnung für Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen und Arbeitsmarktstatistik Erfahrungen und Erkenntnisse aus sechs Jahrzehnten, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Mai 2012, Wiesbaden.
- Niehaus, F. (2015): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013. WIP-Diskussionspapier 02/15, Köln.
- OECD, Eurostat, WHO (2011): A System of Health Accounts, OECD Publishing, Paris.
- Ostwald, D. A. (2008): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Dissertation, MWV Verlag, Berlin.
- Ostwald, D. A., Gerlach, J., Hofmann, S., Müller, M. (2016): Der „Social Impact“ medizinischer Innovationen – Fallstudie zu gesundheitlichen, sozioökonomischen und institutionellen Wirkungsmechanismen im Indikationsbereich Herzinsuffizienz, Darmstadt.
- Ostwald D. A., Henke, K.-D., Kim, Z.-G. et al. (2014): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung: Abschlussbericht, Nomos, Berlin.
- Ostwald, D. A., Legler, B., Schwärzler, M. C. (2016): Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland, Darmstadt/Berlin.
- Otte, C., Ostwald, D. A.; Henke, K.-D. (2013): „Ökonomischer Fußabdruck“ ausgewählter Unternehmen der industriellen Gesundheitswirtschaft für den deutschen Wirtschaftsstandort, Berlin.

- Paquet, R. (2013): Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 284, Düsseldorf.
- Peters, S., Brühl R., Stelling, J. (2005): Betriebswirtschaftslehre. Einführung, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.
- Prognos (2013): Die Bedeutung der Versicherungswirtschaft für den Wirtschaftsstandort Deutschland – Auswirkungen auf die ökonomische Aktivität einer modernen Gesellschaft, Studie im Auftrag des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. GDV, Berlin.
- Ranscht, A. (2009): Quantifizierung regionaler Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft – am Beispiel ausgewählter Metropolregionen, Dissertation, MWV Verlag, Berlin.
- Schneider, M., Karmann, A., Braeseke, G. (2014): Produktivität der Gesundheitswirtschaft, Gutachten für das Bundeswirtschaftsministerium, Springer Gabler Verlag, Heidelberg.
- Schneider, M., Ostwald, D. A., Karmann, A., Henke, K.-D., Braeseke, G. (2016): Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014, Nomos, Berlin.
- Schönfelder, B., Wild, F. (2013): Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung : ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Schwärzler, M. C., Legler, B. (2016): Der ökonomische Fußabdruck der Gesundheitswirtschaft in Deutschland nach ESGV 2010, Darmstadt/Berlin.
- Sinn, H-W (2005): Die Basar-Ökonomie. Deutschland: Exportweltmeister oder Schlusslicht?, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2016a): Gesundheit – Ausgaben, Fachserie 12 Reihe 7.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016b), Fachserie 18 Reihe 1.4: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsproduktberechnung Detaillierte Jahresergebnisse 2015, Veröffentlichungsstand Mai 2016, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016c): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen - Wichtige Zusammenhänge im Überblick, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016d): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Input-Output-Rechnung, Fachserie 18 Reihe 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Fachserie 18 Reihe 1.4: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsproduktberechnung Detaillierte Jahresergebnisse 2014, Veröffentlichungsstand Mai 2015, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015b): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Input-Output-Rechnung, Fachserie 18 Reihe 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007): Fachserie 18 Reihe S.22: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsprodukt nach ESGV 1995, Methoden und Grundlagen, Wiesbaden.
- Ulrich, V., Pfarr, C. (2013): Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV, Universität Bayreuth, Bayreuth.

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

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

vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (2016): Information - Lohnzusatzkosten – die Bedeutung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV, München.

Wild, F. (2016a): Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014. Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Köln.

Wild, F. (2016b): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV. WIP-Diskussionspapier 1/16, Köln.

Autoren und Ansprechpartner

Dr. Dennis A. Ostwald

Geschäftsführer

WifOR

Rheinstraße 22

64283 Darmstadt

Benno Legler

Forschungsleiter Gesundheitswirtschaft

WifOR Berlin

Joseph-Haydn-Straße 1

10557 Berlin

benno.legler@wifor.com

Andreas Haaf

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

WifOR

Rheinstraße 22

64283 Darmstadt

andreas.haaf@wifor.com

Marion Cornelia Schwärzler

Senior Researcher

WifOR

Rheinstraße 22

64283 Darmstadt

marion.schwaerzler@wifor.com