



Ausgabe 7 | September 2012

Überschüsse

Was wirklich hinter den vermeintlichen Reserven der gesetzlichen Kassen steckt

Ausgründungen

Einige Privatkliniken rechnen trotz neuer Regelungen weiterhin zu hoch ab

Vielfalt

Privatversicherte kommen aus den verschiedensten sozialen Schichten

PKV publik

Das Magazin des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.



Ein starkes Netzwerk

Das Zentrum für Qualität in der Pflege bündelt Expertenwissen und hat sich in der Szene etabliert

Liebe Leserinnen und Leser,

Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

das vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) neu entwickelte Angebot einer Qualitätspartnerschaft mit besonders guten Krankenhäusern hat sich zu einem Erfolgsmodell entwickelt. Immer mehr Krankenhäuser melden sich bei uns, um Qualitätspartnerschaften zu vereinbaren. So konnten in diesen Tagen wieder mehrere Vertragsverhandlungen abgeschlossen werden, darunter mit dem Dreifaltigkeitskrankenhaus in Wesseling, mit dem Bethlehem Gesundheitszentrum in Stolberg und mit dem Alexianer Krankenhaus in Krefeld (siehe auch Seite 14).

In diesen Qualitätspartnerschaften schließen sich Partner zusammen, die ein gemeinsames Interesse verfolgen: die Behandlung der Patienten auf einem herausragenden Qualitätsniveau. Auch zwei große Klinikketten in Deutschland haben bereits eine Qualitätspartnerschaft mit dem PKV-Verband abgeschlossen: Asklepios und Sana. Ein weiterer großer Klinikverbund wird bald folgen, dort steht bereits ein Verhandlungstermin fest.

Durch die Qualitätspartnerschaften erhalten die Patienten bessere Informationen über Qualität und Service im Krankenhaus. Die teilnehmenden Kliniken werden mindestens einmal jährlich auf die Einhaltung der definierten Qualitätskriterien im medizinischen Bereich und im Service überprüft. Jedes Haus, das die Anforderungen erfüllt, erhält das Gütesiegel des PKV-Verbands.

Grundvoraussetzung für die Ausstellung des Gütesiegels ist eine gute medizinische Qualität der Versorgung. Dazu werden die Qualitätsdaten der Krankenhäuser

nach der Systematik der gesetzlichen Qualitätssicherung herangezogen. Bei vielen Krankenhaus-Partnern werden überdies auch Informationen aus dem Portal „qualitätskliniken.de“ genutzt. So werden neben der Medizinqualität auch Aspekte der Patientensicherheit sowie der Zufriedenheit der Patienten und der einweisenden Ärzte berücksichtigt.

Wenn ein Krankenhaus bei der medizinischen Qualität gute Leistungen vorweisen kann, wird ergänzend das Komfort-Niveau berücksichtigt. Dazu zählen insbesondere die Unterkunft in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie die damit verbundenen weiteren Verpflegungs- und Serviceleistungen.

Wie in jeder guten Partnerschaft entstehen Vorteile für beide Beteiligte. Die PKV kann ihren Versicherten auf diese Weise hervorragende medizinische Versorgung und bestmögliche Serviceleistungen sichern. Und für die Krankenhäuser ist eine Qualitätsvereinbarung durchaus auch wirtschaftlich interessant. Denn insgesamt erzielen sie durch die zusätzliche Vergütung von Komfortleistungen für Privatpatienten jährliche Mehreinnahmen von insgesamt mehr als 3 Milliarden Euro. Zudem ist das Gütesiegel der PKV durchaus auch ein positives Signal für alle Patienten, dass sie im betreffenden Krankenhaus gute Qualität erwarten dürfen.

Volker Leienbach

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bildet einen Knotenpunkt im Netzwerk aus Wissenschaft, Politik, Praxis, Ehrenamt und Selbsthilfe. Drei Jahre nach seiner Gründung hat es sich damit zu einer wichtigen Institution in der Pflege-szene entwickelt.



In dieser Ausgabe

Ein starkes Netzwerk 4

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bündelt Expertenwissen und erzielt hohe Aufmerksamkeit

Je mehr Bewegung desto besser 6

Eine Studie des ZQP hat die Mobilität älterer Menschen untersucht

Unter die Lupe genommen 8

Was steckt wirklich hinter den Milliarden-Überschüssen in der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Schwarze Schafe 10

Überhöhte Privatlinik-Rechnungen beschäftigen weiterhin die Gerichte

Eine bunte Mischung 12

Privatversicherte kommen aus den verschiedensten sozialen Schichten

Meldungen 14

Gastbeitrag 15

Die Medizin von morgen stellt den Patienten stärker ins Zentrum. Von Prof. Dr. med. Werner Schlake



Genau betrachtet: Wie viel sind die GKV-Überschüsse wirklich wert?



Schwarze Schafe: Viele Klinik-Ausgründungen rechnen zu hoch ab



Ein starkes Netzwerk

Das Zentrum für Qualität in der Pflege bündelt Expertenwissen und hat sich in der Szene etabliert

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat sich eine große Aufgabe gesetzt: Die Gestaltung einer lebenswerten Zukunft in einer sich demografisch verändernden Gesellschaft. Um diesem Ziel näher zu kommen, koordinieren neun professionelle Qualitätsentwickler derzeit 31 verschiedene Projekte. Sie bilden den Knotenpunkt eines Netzwerks von Experten aus Wissenschaft, Politik, Praxis, Ehrenamt und Selbsthilfe. So soll Wissen aus Theorie und Praxis zur Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen gebündelt werden.

Wissen nutzbar machen

Dabei vergibt das ZQP auch Studienaufträge an externe wissenschaftliche Einrichtungen. „Wir wollen jedoch keine Forschung im Elfenbeinturm, sondern den Diskurs um eine gute Pflege vorantreiben“, sagt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP. „Die Ergebnisse unserer Arbeit sollen nachhaltig dazu beitragen, die tatsächliche Situation von

pflege- und hilfebedürftigen Menschen zu verbessern.“

Die Ende 2009 durch den Verband der Privaten Krankenversicherung errichtete gemeinnützige Stiftung hat sich knapp drei Jahre nach ihrer Gründung in der Pflege-Szene etabliert und wird in der Öffentlichkeit von vielen Seiten wahrgenommen. Zahlreiche Publikationen sind aufgrund der starken Nachfrage bereits vergriffen. Auch bei Journalisten ist die Expertise des ZQP gefragt.

Ein Schlüssel zum Erfolg sind die so genannten Expertendatenbanken, die das ZQP bereit stellt. Denn in der Pflege wird es bei den umfangreichen Erkenntnissen zunehmend bedeutsam, Wissen dort zur Verfügung zu stellen, wo es gebraucht wird. „Daher freut es uns besonders, dass diese Datenbankdienste auf unserer Internetplattform so großen Zuspruch erhalten“, so Suhr. Neben bereits veröffentlichten Datenbanken, beispielsweise zu Qualitätsindikatoren für die häusliche

Versorgung oder zur Pflegeberatung, arbeitet die Stiftung aktuell an mehreren weiteren Online-Diensten. „Auf unserer Internetplattform bündeln wir so Wissen zu unterschiedlichen Themen – und machen es für Experten aus der Pflegefachszene ebenso nutzbar wie für professionell Pflegenden oder pflegende Angehörige. Einfach und kostenfrei“, so Suhr.

Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen erfassen

Im Fokus der Stiftungsarbeit stehen derzeit verschiedene Projekte rund um das Thema Pflegeberatung. Ziel ist es, die Beratung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen sowie ihrer Angehörigen qualitativ weiterzuentwickeln. Dazu hat die Stiftung ein so genanntes Pflegeberatungs-Inventar (PBI) entwickelt. Die Berater in den Pflegestützpunkten und in der aufsuchenden Beratung können künftig bei Gesprächen auf einen wissenschaftlich basierten, systematischen Fragenkatalog zurückgreifen. Sie erfassen

Drei Jahre nach seiner Gründung hat sich das ZQP zu einer wichtigen Institution in der Pflegeszene entwickelt und erzielt eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit.

damit die Bedürfnisse weitaus gezielter als bisher. Die überwiegend positiven Rückmeldungen aus der Projektphase – von Ratsuchenden, Mitarbeitern der Pflegestützpunkte und der COMPASS Private Pflegeberatung – haben das ZQP nun zu einer Weiterentwicklung veranlasst: In Kürze soll ein Leitfaden ebenfalls in elektronischer Form zur Verfügung stehen. Dieser wird ergänzt um spezifische Empfehlungen zum Umgang mit psychischen Problemlagen.

Gesundheitsförderung für Menschen in sehr hohem Alter

Auch die Gesundheitsvorsorge im Alter gehört zu den zentralen Herausforderungen, denen sich das ZQP stellt. So läuft derzeit beispielsweise ein Präventions-Projekt speziell zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung hochbetagter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Denn trotz ihres oft fragilen körperlichen Zustandes verfügen Menschen in hohem Alter und pflegebedürftige Menschen über gesundheitliche Potenziale, die durch gezielte Aktivitäten – beispielsweise spezielle Koordinations- und Mus-

kelaufbauübungen – gestärkt werden können. Diese Potenziale werden aktuell nur unzureichend genutzt.

Ergebnis des Projekts wird eine systematische Bestandsaufnahme über geeignete gesundheitsfördernde Maßnahmen sein; diese sollen in einer Präventionsdatenbank zusammengefasst werden. Zugleich entwickelt die Stiftung ein Analyseinstrument, welches Pflegeeinrichtungen künftig helfen wird, die Potenziale der Bewohner besser einzuschätzen. Gezielter als bisher können hierdurch geeignete und wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von sehr alten Menschen ergriffen werden.

Ebenfalls in Richtung Prävention zielt eine Untersuchung, die das ZQP gemeinsam mit dem Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart durchgeführt hat. Sie zeigt neue Wege auf, Senioren in ihrer häuslichen Umgebung zu mehr körperlichen Aktivitäten zu motivieren (siehe Artikel auf Seite 5). „Mit Projekten wie diesen wollen wir maßgeblich dazu beitragen, neue Lösungsansätze für eine gute Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen aufzuzeigen – und zu deren Umsetzung beitragen“, sagt Suhr. „Dies ist unser Anspruch und daran wollen wir uns messen lassen.“

Weitere Informationen: www.zqp.de



Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.



Je mehr Bewegung desto besser

Das Zentrum für Qualität in der Pflege hat die Mobilität älterer Menschen untersucht

Die Zahl der Bundesbürger ab 65 Jahren hat sich seit 1990 von rund zwölf auf 17 Millionen erhöht. Inzwischen ist jeder fünfte Deutsche 65 Jahre und älter. Bis 2030 wird der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe auf fast 30 Prozent wachsen. Ein Anstieg der Pflege- und Krankheitskosten bei insgesamt rückläufiger Bevölkerung ist vorprogrammiert und mit großen finanziellen Herausforderungen für die Kostenträger verbunden. Vor diesem Hintergrund rücken Präventionsmaßnahmen zur Gesunderhaltung zunehmend in das Blickfeld der Kranken- und Pflegeversicherungen.

Von zentraler Bedeutung ist dabei die Steigerung der körperlichen Aktivität der Senioren. Längst ist erwiesen, dass Bewegung im Alter entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. „Rüstige“ Rentner sind in der Lage, länger selbstständig und ohne fremde Hilfe zu leben. Gleichzeitig sinken die Kosten für medizinische Leistungen und Pflege.

Doch mehr als 70 Prozent der Senioren bewegen sich zu wenig. Eine Pilotstudie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Klinik für Geriatrie Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart sollte deshalb herausfinden, wie Bundesbürger ab 65 Jahren zur körperlichen Aktivität motiviert werden können und wie sie auf Bewegungsangebote reagieren.

Interesse an Sportgruppen

Insgesamt 86 Personen nahmen an dieser Untersuchung teil – darunter sowohl Senioren ohne große körperliche Einschränkungen als auch Pflegebedürftige. Alle erhielten für sieben Tage einen Bewegungssensor, der am Bein aufgeklebt oder in einem Gürtel am Rücken getragen wurde, um die gesamte Dauer des Gehens aufzuzeichnen. Ergänzend wurden im Rahmen eines Hausbesuchs zu Beginn der Studie die physische Kapazität, also etwa die Beweglichkeit beim

Aufstehen oder Gehen, sowie psychosoziale Umstände der Teilnehmer ermittelt.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Selbst die „rüstigen“ Studienteilnehmer bewegten sich zu wenig. Im Rahmen ihrer körperlichen Fähigkeiten hätten sie wesentlich mehr Aktivitäten zeigen können. Dieses wurde den Teilnehmern in einem anschließenden Beratungsgespräch auch mitgeteilt, verbunden mit individuellen Empfehlungen zur Verbesserung ihrer Ausdauer, Balance und Kraft. 15 Prozent haben ihr Aktivitätsniveau daraufhin erhöht, wie eine Nachbefragung zwei Monate später ergab. Bei einem konkreten Angebot zur Teilnahme an einer Sportgruppe zeigte jeder Dritte Interesse.

Anstoß von außen

Die Studie sowie Praxis-Erfahrungen belegen ein großes Potenzial von Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität. 20 bis 25 Prozent der Senio-

ren sind hochgradig interessiert, sich mehr zu bewegen. Weitere 40 bis 50 Prozent zeigen eine grundsätzliche Bereitschaft dazu. Doch sie schaffen es ohne Unterstützung oft nicht, aktiver zu werden. Hier bedarf es des Anstoßes von außen – durch den Hausarzt, die Kommunen oder die Kranken- und Pflegeversicherungen.

Auch Kostenträger könnten profitieren

„Es handelt sich um die erste Studie dieser Art. Die Informationen geben uns wichtige Hinweise – beispielsweise wie wir willige, aber eher träge Senioren dazu bringen können, mehr als bisher körperlich aktiv zu werden“, so der die Studie durchführende Experte für Prävention und Rehabilitation im Alter, Privatdozent Dr. Clemens Becker vom Robert-Bosch-Krankenhaus. Gerade auch für die Kostenträger könnten sich seiner Ansicht nach Programme unter Einbeziehung des Bewegungssensors empfehlen. So kostete die Messung einer Person einschließlich Hausbesuch und nachfolgender Beratung rund 170 Euro – eine Investition, die sich durch verringerte medizinische Aufwendungen und Pflegekosten in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum rechnen dürfte. Die Aktivitätsmonitore könnten beispielsweise von Apotheken oder Ärzten an die Versicherten ausgegeben werden. Auch bei der Auswertung der Daten bieten sich Kooperationen mit diesen Partnern an. Vorstellbar sei ebenfalls eine Integration in die Pflegeberatung, deren Ansprechpartner in den Regionen zudem über detaillierte Informationen zu Bewegungsangeboten vor Ort verfügen.

„Die Ergebnisse des Pilotprojektes sind vielversprechend“, so Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Qualität in der Pflege. Gleichwohl müsse das Thema der Förderung der körperlichen Aktivität im Alter noch mehr Bedeutung erlangen. Denn: „Die Stärkung vorhandener Mobilitäts-Potentiale älterer oder pflegebedürftiger Menschen ist vor allem eines: ein entscheidender Beitrag zum Erhalt der Selbstbestimmtheit und zur Verbesserung der Lebensqualität“, so Suhr.

„Bewegung bedeutet mehr Lebensqualität“

Warum ist körperliche Aktivität im Alter so wichtig?

Dr. Becker: Studien belegen eindeutig den Zusammenhang von Bewegung und Gesundheitszustand. Körperliche Aktivität senkt das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes mellitus. Eine präventive Wirkung kann außerdem auf die Entstehung von Brust- und Dickdarmkrebs nachgewiesen werden. Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen treffen körperlich aktive Senioren deutlich seltener. Zudem zeigt sich durch Bewegung eine Förderung der alterssensitiven kognitiven Funktionen.

Was verstehen Sie unter körperlicher Aktivität im Alter – Gewichte stemmen im Fitnessstudio zum Beispiel?

Dr. Becker: Ältere Leute müssen keine Gewichte stemmen, um fit zu bleiben. Hier geht es nicht um sportliche Aktivitäten wie den Besuch im Fitnessstudio, sondern um Bewegung allgemein. 80 bis 90 Prozent unserer Aktivitäten sind Alltagsaktivitäten. Wenn eine Seniorin regelmäßig tagsüber die Enkelkinder betreut, ist sie körperlich deutlich aktiver als ein berufstätiger Mann, der den ganzen Tag im Büro vor dem Computer sitzt und lediglich zweimal wöchentlich im Park joggt. Viele Menschen können jedoch nicht einschätzen, wie viel sie sich insgesamt bewegen. Deshalb ist die Unterstützung durch einen Sensor wichtig. Erst mit seinen Daten wird die körperliche Aktivität transparent.

Was hält ältere Menschen davon ab, sich mehr zu bewegen?

Dr. Becker: Senioren haben oft ein geringeres Selbstvertrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten und Angst vor Verletzungen. Sie trauen sich nicht, gleichzeitig fehlt ihnen der Anstoß von außen. Hier sollten insbesondere auch Versicherungen ansetzen und mit Informationen Unterstützung leisten. Insgesamt bewegen sich aber nicht nur Senioren, sondern Menschen aller Altersgruppen zu wenig. Bei den über 65-Jährigen ist die Quote jedoch noch etwas höher.

Bringt es denn überhaupt noch etwas, körperliche Aktivitäten bei Senioren zu fördern, die sich ihr Leben lang zu wenig bewegt haben?

Dr. Becker: Ganz eindeutig: Ja! Körperliche Aktivität im Alter bedeutet für die Senioren mehr Lebensqualität. Sie sind und fühlen sich gesünder, gewinnen wieder mehr Vertrauen in ihren Körper und zeigen eine größere seelische Stabilität.



Dr. Clemens Becker

ist Chefarzt der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart.



Unter die Lupe genommen

Die Diskussion um vermeintliche „Milliarden-Überschüsse“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist irreführend

■ Es klingt nach etwas ganz Großem. Doch die in den Medien viel zitierten Rekord-Überschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entpuppen sich bei näherem Hinsehen als Strohfeuer. Denn jene rund 20 Milliarden Euro entsprechen gerade mal knapp anderthalb Monatsausgaben der GKV. Die GKV-Jahresausgaben 2011 betragen 179,6 Milliarden Euro, das entspricht etwa 14,97 Milliarden pro Monat. Hinzu kommt, dass diese Mehreinnahmen der GKV ein einmaliger und vorübergehender Effekt sind.

Die Private Krankenversicherung (PKV) hingegen erzielt jedes Jahr Überschüsse in der Größenordnung von anderthalb Monatsausgaben. Und während in der Politik immer wieder lautstark darüber gestritten wird, wie die Mehreinnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung verwendet werden sollen, werden die in der PKV erzielten Überschüsse immer zu Gunsten der Versicherten bei-

tragsmindernd eingesetzt und münden in die alljährlichen Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB).

Die Zuführungen zu den RfB erreichten 2010 (neueste verfügbare Zahl) insgesamt 3,4 Milliarden Euro. Damit betragen sie umgerechnet 1,92 Monatsausgaben der PKV (Versicherungsleistungen 2010: insgesamt 21,22 Milliarden Euro, also 1,768 Milliarden Euro im Monat). Im Jahr 2009 betragen die Zuführungen zu den RfB umgerechnet 1,53 Monatsausgaben der PKV.

Die Fakten zu den Überschüssen in der Privaten Krankenversicherung und deren Verwendung sind indes selbst führenden Funktionären der Gesetzlichen Krankenversicherung oft nicht klar. So behauptete die Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer: „Anders als in der Privaten Krankenversicherung gehen Überschüsse zum Beispiel nicht als Gewinne in die Taschen von

Aktionären.“ (Stuttgarter Nachrichten vom 21.6.2012)

Dabei klärt ein Blick ins Gesetz die Tatsachen schnell: Nach gesetzlichen Vorgaben (§ 81d VAG und § 341e Abs. 2 Nr. 2 HGB) muss das Versicherungsunternehmen von seinem gesamtversicherungstechnischen Überschuss mindestens 80 Prozent den Versicherten zu Gute kommen lassen. Dieses Geld fließt in der Regel in die RfB.

Im Jahr 2010 betrug die Überschussverwendungsquote sogar 88,38 Prozent, sodass die PKV-Unternehmen die gesetzliche Quote freiwillig übererfüllen. Sie verwendeten 8,38 Prozent des Überschusses mehr für ihre Versicherten, als sie es müssten.

Hinzu kommen die eigentlichen Alterungsrückstellungen der PKV. Sie werden Jahr für Jahr um die Größenordnung von rund sechs Monatsausgaben

Rund 20 Milliarden Euro Überschuss hat die Gesetzlichen Krankenversicherung im vergangenen Jahr erzielt. Das entspricht gerade einmal anderthalb Monatsausgaben.

aufgestockt (s. Abbildung). So wurden den Alterungsrückstellungen allein im Jahr 2011 10,53 Milliarden Euro zugeführt. Das entspricht bei Gesamtausgaben von 22,01 Milliarden Euro 5,74 Monatsausgaben.

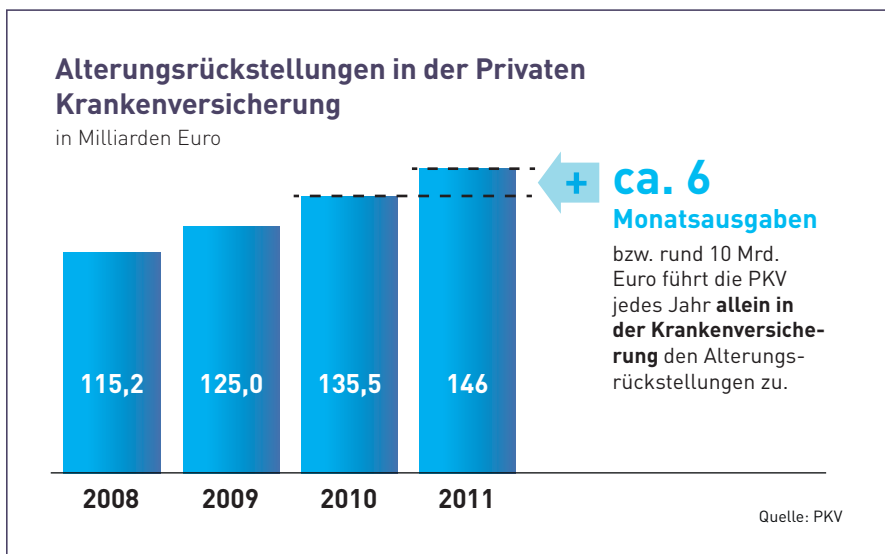
Wie irreführend die Diskussion über vermeintliche „Reserven“ der GKV ist, wird umso deutlicher, wenn man sie in Bezug zur Größenordnung der demografischen Herausforderungen der GKV-Umlagefinanzierung setzt. Das zeigt schon eine schlichte Vergleichsrechnung: Die 9 Millionen Krankenvollversicherten in der PKV haben Alterungsrückstellungen in Höhe von rund 150 Milliarden Euro gebildet. Das sind echte Reserven, die diesen Namen verdienen. Hochgerechnet auf die knapp 70 Millionen gesetzlich Versicherten entspräche das theoretisch einer Summe von rund 1,2 Billionen (1.200 Milliarden) Euro. Doch die GKV bildet eben keine Rückstellungen. Sie baut allein auf die Umlagefinanzierung über Beiträge und steuerfinanzierte Zuschüsse.

Bei jenen 20 Milliarden Euro in der GKV handelt es sich um rein konjunkturbedingte Überschüsse. Allein im Jahr 2012 benötigt die GKV 14 Milliarden Euro Staatszuschuss aus Steuergeldern, die

man eigentlich davon noch abziehen muss. Der Gesundheitsökonom Professor Günter Neubauer erklärte dazu, die GKV-Überschüsse seien nicht „erwirtschaftet“, sondern das Ergebnis staatlicher Fehlplanung und Überregulierung. Spätestens in drei Jahren müsse wieder mit Defiziten gerechnet werden (Ärztezeitung vom 31.7.2012).

Bemerkenswert ist überdies, dass in der Politik sofort die Diskussion losgebrochen ist, wie der Staat auf diese GKV-Gelder zugreifen kann. Spätestens jetzt

muss jedem klar sein: Finanzielle Rücklagen sind bei der GKV nicht sicher vor Zweckentfremdung. Dagegen ist der Kapitalstock der PKV-Versicherten als privates Eigentum verfassungsrechtlich geschützt. Er umfasst für die Kranken- und Pflegeversicherung bereits 170 Milliarden Euro als Vorsorge für eine generationengerechte Finanzierung. Das trägt beträchtlich zur Stabilisierung unseres gesamten Gesundheitssystems bei. Je mehr Kapitaldeckung, desto besser für die Bewältigung der bevorstehenden demografischen Probleme.





Schwarze Schafe

Überhöhte Privatklinik-Rechnungen beschäftigen weiterhin die Gerichte

Der Gesetzgeber hat es eigentlich klar formuliert: Seit Januar 2012 ist jede „Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem öffentlichen Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist“, grundsätzlich an das Krankenhausentgeltrecht gebunden (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG). Seitdem dürfen solche Einrichtungen keine höheren Gebühren für medizinische Leistungen mehr von ihren privatversicherten Patienten verlangen als im verbundenen öffentlichen Krankenhaus.

Soweit das Gesetz. Doch immer noch sehen sich Privatversicherte in einigen der betroffenen Privatkliniken mit deutlich überhöhten Abrechnungen konfrontiert. So hat etwa eine Einrichtung in Norddeutschland ihre Behandlungspreise zwar im Sinne des Gesetzes auf die des öffentlichen Krankenhauses gesenkt. Seitdem steht bei Privatversicherten allerdings plötzlich ein „Investitionskostenzuschlag“ von über 700 Euro auf der Rechnung.

Unterlaufen wird damit die Absicht des Gesetzgebers, ein fragwürdiges Ge-

schäftsmodell zu stoppen und einen effektiven Patientenschutz sicherzustellen. Der private Krankenversicherungsschutz deckt zwar anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel neben der Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern (so genannte Plankrankenhäuser) auch die Behandlung in Privatkliniken ab. Doch Privatklinik ist nicht gleich Privatklinik: Üblicherweise verbindet man mit dem Begriff eine rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Einrichtung, die außerhalb der staatlichen Krankenhausförderung steht und den Patienten eigenständig stationäre Leistungen anbietet. Diese Privatkliniken können ihre Preise nach wie vor weitgehend frei gestalten.

In den vergangenen Jahren haben jedoch auch über hundert öffentliche Krankenhäuser eigene „Privatklinik“-Bereiche ausgegründet und betrieben diese parallel zum öffentlichen Krankenhaus. Diese Einrichtungen bestehen oft nur aus einer Station oder mehreren Zimmern des jeweiligen Mutterhauses oder befinden sich in dessen Nähe. Ihre Leistungen entspre-

chen ganz oder zumindest weitgehend denen des Mutterhauses.

Gesetzgeber verbietet höhere Entgelte für gleiche Leistungen

Doch obwohl die Ausgründungen medizinische und personelle Ressourcen des Mutterhauses nutzen und die gleichen medizinischen Leistungen erbringen wie dieses, konnten sie ihren Patienten vor der Gesetzesreform erheblich höhere Abrechnungssätze in Rechnung stellen. Als privatrechtliche Gesellschaften (GmbH) fühlten sie sich nicht an die gesetzliche Vorgabe gebunden, dass öffentliche Krankenhäuser bei medizinischen Leistungen keine Preisunterschiede für privat und gesetzlich Versicherte machen dürfen (Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte). Stattdessen mussten Privatversicherte und Selbstzahler dort deutlich mehr bezahlen als im Mutterhaus derselben Klinik – und das für die gleiche medizinische Behandlung.

Um Millionen Versicherte vor diesen ungerechtfertigten Mehrkosten zu schüt-

Viele Privatklinik-Ausgründungen setzen sich über die seit Jahresbeginn geltende Entgeltbegrenzung hinweg. Was Versicherte beachten müssen.

zen, hatte der Verband der Privaten Krankenversicherung mehrere Klagen gegen das Geschäftsmodell von Privatklinik-Ausgründungen eingereicht. Damit wurde schließlich auch der Gesetzgeber auf das Thema aufmerksam. Der Bundestag schob der künstlichen Kostensteigerung zu Lasten der Privatpatienten per Gesetzesbeschluss einen Riegel vor.

PKV-Unternehmen bieten Versicherten Beratung an

Damit müssten die Rechnungen der aus-gegründeten Privatkliniken eigentlich denen im Mutterhaus entsprechen. Die Wirklichkeit sieht allerdings oft noch anders aus. So rechnen beispielsweise viele Ausgründungen zwar nach dem Krankenhausentgeltrecht ab, stellen aber zusätzlich eine Mehrwertsteuer auf ihre Leistungen in Rechnung. Eine solche für die Patienten nachteilige Gesetzesauslegung mag noch argumentierbar sein. Unzulässig ist es hingegen jedenfalls, wenn manche Einrichtungen die Rechnung mit so genannten Investitionskostenzuschlägen verteuern. Ein solcher Aufpreis ist nach dem Gesetz verboten. Andere Einrichtungen wiederum argumentieren entgegen ihrem tatsächlichen Erscheinungsbild dahingehend, dass sie gar nicht

mit dem Mutterhaus organisatorisch verbunden seien und deshalb nach wie vor als Privatklinik höhere Sätze in Rechnung stellen dürften.

Zuweilen geschieht das durchaus mit Dreistigkeit. Ein Beispiel dafür ist eine Privatklinik für Orthopädie im süddeutschen Raum. Noch vor der gesetzlichen Neuregelung hat das Landgericht Heilbronn dieser Klinik eine so große gesellschaftsrechtliche, organisatorische, personelle und räumliche Verflechtung mit dem Mutterkrankenhaus attestiert, dass „für einen Außenstehenden eine Unterscheidung der Kliniken kaum möglich ist“. Doch die Erwartung, dass die Einrichtung nun im Zuge der Gesetzesänderung zum Krankenhausentgeltrecht zurückkehren würde, erfüllte sich nicht. Trotz der deutlichen Worte des Landgerichts behauptet die Privatklinik nach wie vor, sie sei eindeutig vom Mutterhaus abgegrenzt. Die Folge für die ahnungslosen Patienten: weit überhöhte Abrechnungen.

Was Versicherte tun sollten

Um zu erreichen, dass sich solche „schwarzen Schafe“ sich gesetzestreu verhalten, hat der Verband der Privaten Kranken-

versicherung inzwischen zahlreiche neue Verbandsklageverfahren eingeleitet.

Für die einzelnen Versicherten sind die komplizierten Zusammenhänge natürlich nur schwer zu überblicken. Sie sollten sich in normalen Plankrankenhäusern nicht vorschnell in deren „Privatklinik“ umleiten lassen, wo in der Regel keine anderen medizinischen Leistungen erbracht werden als im Mutterhaus. Im Plankrankenhaus sind die Patienten medizinisch ebenso gut aufgehoben. Dort können sie sich in einer normalen Privatstation behandeln lassen, wo sie die Vorzüge von Chefarztbehandlung sowie Einbett- oder Zweibettzimmer ebenso nutzen können. Hier darf das Krankenhaus nur die Zimmerzuschläge und gegebenenfalls die Chefarztbehandlung zusätzlich in Rechnung stellen – zudem ohne Umsatzsteuer, was zu deutlich geringeren Kosten führt.

Sollten die Versicherten eine ausgegründete „Privatklinik“ nutzen wollen, empfiehlt es sich, vor der Behandlung beim eigenen Versicherungsunternehmen Informationen über die Abrechnungsvorgaben der Privatklinik einzuholen. So lässt sich Streit über die Höhe der abrechenbaren bzw. zu erstattenden Entgelte von vornherein vermeiden.



Bunte Mischung

Die Privatversicherten kommen aus den verschiedensten sozialen Schichten

„Ach, die Private Krankenversicherung. Da versichern sich ja nur die zahlungskräftigen Besserverdienenden“ – so oder ähnlich lautet ein gängiges Vorurteil, dem Privatversicherte häufig begegnen. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zeigt nun, dass es sich bei der Versichertengemeinschaft nicht um einen Klub der Reichen handelt. Richtig ist: Die Privatversicherten kommen aus allen sozialen Schichten und haben unterschiedlichste Einkommensniveaus. Sie bilden also eine höchst heterogene Gruppe.

Viele Bürger glauben, dass der „typische“ Privatversicherte stets oberhalb der gesetzlichen Einkommensgrenze verdient, ab der Arbeitnehmer aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die PKV wechseln können. Tatsache ist jedoch, dass der Anteil der Angestellten an allen Privatversicherten lediglich 11,6 Prozent beträgt. Nur für diese Gruppe gilt, dass sie ein Einkommen über der Jahresar-

beitsentgeltgrenze von zurzeit 50.850 Euro pro Jahr verdienen muss, bevor eine Versicherung in der Privaten Krankenversicherung möglich ist. Bei Selbstständigen spielt die Einkommenshöhe hingegen keine Rolle. Ihr Anteil liegt bei 15,7 Prozent. Die größte Gruppe bei den Privatversicherten bilden mit 42,2 Prozent Beamte und Pensionäre. Weitere Gruppen sind die Rentner (7,5 Prozent), Studenten (2,9), Arbeitslose (0,2) und sonstige Nichterwerbstätige (19,9), zu denen beispielsweise Kinder zählen.

Beeindruckend widerlegt die Untersuchung damit die verbreitete Meinung, in der Privaten Krankenversicherung seien nur Besserverdiener versichert. Als Besserverdiener versteht die Studie alle Versicherten, die ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze beziehen. Zwar ist diese Einkommensgrenze versicherungs-

rechtlich nur für Angestellte relevant. Sie gilt jedoch in der gesellschaftspolitischen Diskussion häufig auch als Abgrenzung zwischen besser und weniger gut verdienenden Personen sowie als Marktabgrenzung zwischen der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung.

Tatsächlich beziehen lediglich 19,6 Prozent der Privatversicherten ein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze. In diesem Wert sind nicht nur Angestellte, sondern auch Selbstständige und Beamte enthalten. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass die Große Mehrheit der Privatversicherten ein Einkommen *unter* der Jahresarbeitsentgeltgrenze bezieht. Selbst wenn man alle Kinder, die naturgemäß über kein eigenes Einkommen verfügen, heraus rechnet, liegen noch immer rund 78 Prozent der Versicherten in der PKV

80 Prozent der Versicherten haben ein Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze

78 Prozent der Versicherten in der PKV

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat die Struktur der PKV-Versicherten untersucht. Das Ergebnis bestätigt, dass es sich bei den Privatversicherten um eine sehr heterogene Gruppe handelt.

mit ihrem Einkommen unterhalb von 50.850 Euro pro Jahr.

Vermutlich würden sich sogar noch deutlich mehr Menschen mit einem geringeren Einkommen in der PKV versichern, wenn die Versicherungspflichtgrenze gesenkt würde.

Bei anderen sozialen Merkmalen, die von der WIP-Studie erfasst werden, zeigt sich ein ähnlich gemischtes Bild. So sind etwa unter den PKV-Versicherten alle Schul- und Ausbildungsabschlüsse vertreten. Eine Analyse des Familienstandes der Versicherten zeigt, dass eine Mehrheit von rund zwei Dritteln verheiratet ist. Die zweitstärkste Gruppe bilden die Ledigen mit rund 20 Prozent, gefolgt von Geschiedenen (7,2) oder Verwitweten (3,9).

Die Untersuchung des WIP basiert auf den Daten des Statistischen Bundesamtes aus der aktuellen Einkommens- und Verbraucherstichprobe (EVS) des Jahres 2008. Dabei handelt es sich um eine repräsentative amtliche Statistik über die wirtschaftliche Situation privater Haushalte in Deutschland. Im fünfjährigen Turnus werden rund 0,2 Prozent aller privaten Haushalte in Deutschland

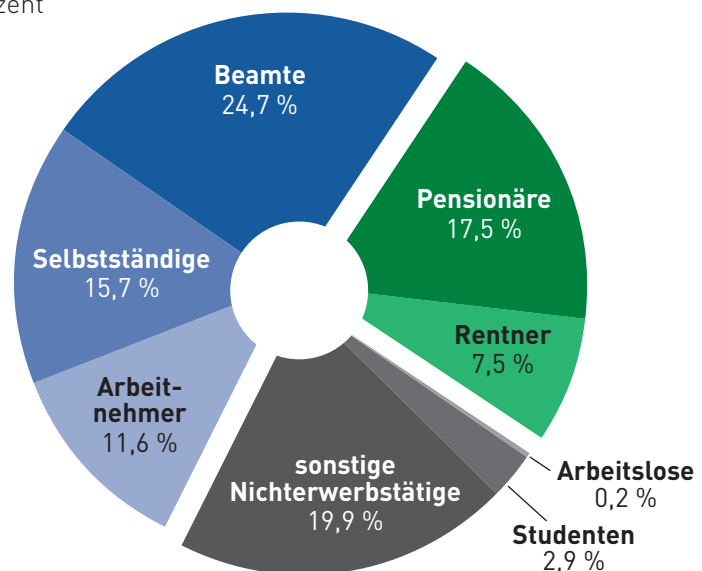
befragt. Die EVS ist damit die größte Erhebung dieser Art innerhalb der Europäischen Union. Da die Haushalte aller sozialen Gruppierungen einbezogen werden, zeichnet die EVS ein weitgehend repräsentatives Bild der Lebenssituation der Gesamtbevölkerung in Deutschland.

Für die Analyse der sozioökonomischen Struktur der Privatversicherten hat das WIP die ausschlaggebenden Merkmale aus der EVS ausgewertet.

Die Studie des WIP kann im Internet unter www.wip-pkv.de heruntergeladen werden.

Anteil der PKV-Versicherten nach sozialer Stellung im Jahr 2008

in Prozent



Quelle: WIP

Weiterhin hohes Interesse an Qualitätspartnerschaften



Der Geschäftsführer des St. Bethlehem Krankenhauses, Thomas Schellhoff, und PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach mit dem Qualitätssiegel der Privaten Krankenversicherung.

Der PKV-Verband freut sich über das nach wie vor hohe Interesse vieler Krankenhäuser an einer Qualitätspartnerschaft. So konnten entsprechende Verträge kürzlich mit dem St. Bethlehem Krankenhaus in Stolberg und dem Dreifaltigkeitskrankenhaus in Wesseling unterzeichnet werden. Darüber hinaus gibt es mit dem Alexianer Krankenhaus in Krefeld bereits einen Termin für eine Vertragsunterzeichnung. Außerdem hat bereits eine weitere große Klinikette ihr Interesse bekundet.

Alle Häuser, mit denen eine Partnerschaft besteht, zeichnen sich durch eine hervorragende Qualität sowohl im medizinischen Bereich als auch bei den Wahlleistungen Unterkunft aus. Der PKV-Verband bestätigt dies jeweils mit einem Gütesiegel.

Projektleiter und Ansprechpartner für die Qualitätsvereinbarungen im PKV-Verband ist Herr Willi Roos: willi.roos@pkv.de

PKV-Designwettbewerb zum Welt-Aids-Tag 2012

Anlässlich des diesjährigen Welt-Aids-Tags am 1. Dezember ruft der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) gemeinsam mit der Berliner Aids-Hilfe und in Kooperation mit der renommierten Galerie C|O Berlin zu einem ganz besonderen Designwettbewerb auf: Grafisch gestaltet werden soll die Vorderseite einer Kondomverpackung. Die überzeugendsten Ideen werden im Rahmen einer Ausstellung vom 1. bis 5. Dezember 2012 in den Räumen der Galerie gezeigt.

Teilnahmeberechtigt sind alle Studierenden sowie Schülerinnen und Schüler, die ihren Entwurf bis zum 1. November 2012 einsenden. Den besten drei Einsendern winkt ein attraktives Preisgeld. Darüber hinaus wird der Gewinner-Entwurf, das „PKV-Kondom des Jahres 2013“, mit einer Auflage von 100.000 Stück produziert und auf Präventionsveranstaltungen

gen sowie allen Christopher-Street-Days des kommenden Jahres im gesamten Bundesgebiet verteilt.



Eine Jury, bestehend aus Fachleuten in den Bereichen Design und Prävention, wird die eingesandten Entwürfe bewerten. Bereits für die Jury zugesagt haben Fons Hickmann, Professor für Visuelle

Kommunikation an der Universität der Künste in Berlin, sowie Michael Gais, Professor für Typografie und Layout an der Köln International School of Design. Beide wurden für ihre eigenen Arbeiten vielfach ausgezeichnet. Zwei weitere Jurymitglieder werden seitens der Privaten Krankenversicherung und der Berliner Aids-Hilfe nominiert.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung engagiert sich seit über 25 Jahren für die Aids-Prävention sowie für bessere Lebensbedingungen von HIV-Infizierten und ist unter anderem Hauptunterstützer der Aids-Präventionskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Mach's mit – Gib Aids keine Chance!)

Details zum Wettbewerb ab sofort unter: www.pkv.de/designwettbewerb



Medizin von morgen: Der Patient im Zentrum

Bei der Medizin von morgen wird die Behandlung mehr und mehr als Gesamtkomplex gesehen. Teamarbeit am Patienten über Fächer- und Sektorengrenzen hinweg – das hat bereits Vorläuferstrukturen, die Mut machen. Hier liegt das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzial der Zukunft.

Von Prof. Dr. med. Werner Schlake

Beispiel Tumormedizin: Die Behandlung ist in diesem Bereich komplex. Jährlich erkranken in Deutschland ca. 400.000 Menschen neu. Hier haben sich regional Organkrebs- bzw. Tumorzentren herausgebildet. Interdisziplinär entwickelte Leitlinien und Anforderungskataloge bilden die Grundlage der Kooperation der Ärzte (und weiterer Professionen) im ambulanten und stationären Bereich. Das Spezialwissen der einzelnen Fachdisziplinen wird unter dem Aspekt der gemeinsamen Krankenbehandlung gebündelt. „PatientIn im Zentrum“ ist hier in doppelter Bedeutung zu verstehen.

Die eher unverbundene Parallelbehandlung vieler Fachdisziplinen wurde zugunsten der Patienten von einem Konzept des gemeinsamen und koordinierten Vorgehens abgelöst. Sichtbarer Ausdruck der interdisziplinären Zusammenarbeit ist die zwingende Vorgabe der Tumorkonferenz. Hier werden die Krebserkrankungen der Patienten wöchentlich interdisziplinär besprochen. Diskrepanzen werden abgeglichen. Hier fällt die gemeinsame Entscheidung über die weitere Therapie. Patientenpfade gelten für alle Beteiligten. In regelmäßigen Audits wird deren Einhaltung geprüft. Die zielgenaue Bündelung der Kompetenzen hilft ÄrztInnen wie PatientInnen. Das Krebszentrum ist eine Art „virtueller Gesamtarzt“.

Diese Strukturen, die mittlerweile für mehr als 800 Zentren gelten, gibt es eigentlich im Sozialgesetzbuch nicht. Der Gesetzgeber hat gerade mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) zum 1. Januar 2012 über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) einen Schritt in diese Richtung gemacht. Bei den Zentren hat die ärztliche Profession – mit der Deutschen Krebsgesellschaft als ordnender Macht im Hintergrund – bewiesen, dass sie Gesundheitsversorgung selbst gestalten kann. Respekt vor den vielen ÄrztInnen, die dies in mehr als

einem Jahrzehnt freiwilliger Arbeit entwickelt und zur Funktionsreife gebracht haben.

Es ist eine Skizze für neue Versorgungslandschaften: Die Behandlung eines Versicherten ist mehr und mehr als Gesamtkomplex zu sehen, als Teamarbeit mehrerer Fachgebiete, am besten über die Sektorengrenzen hinweg, orientiert an Vorgaben mit hoher Evidenz, z.B. Leitlinien, in gemeinschaftlichen Strukturen: Das wird die Medizin von morgen sein.



Prof. Dr. med. Werner Schlake

ist Präsident des Bundesverbandes Deutscher Pathologen



Das Sparschwein Ihres Kindes würden Sie doch auch nicht plündern, oder?

Immer mehr Alte, immer weniger Junge: Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Wenn die wenigen Jüngeren auch noch die Krankheitskosten der vielen Älteren tragen müssen, wird es eng. Privatversicherte schonen die Sparschweine unserer Kinder. Sie sorgen für ihre höheren Gesundheitsausgaben im Alter vor und entlasten so kommende Generationen. Erfahren Sie mehr unter www.pkv.de



Verband der Privaten
Krankenversicherung