

Ausgabe 1 | Februar 2010

### Deckungslücke

Durch die geltende Rechtslage werden viele Hilfebedürftige im Basistarif benachteiligt

### Interview

Dr. Michael Philippi, Chef der Sana Kliniken, über neue Angebote für Patienten

### Organspende

In Deutschland sind noch immer viel zu wenig Menschen bereit, ihre Organe zu spenden

# PKV publik

Das Magazin des  
Verbandes der privaten  
Krankenversicherung e.V.

## Kalt erwischt

Nach der Kinderbetreuung werden viele Eltern wieder in die gesetzliche Krankenversicherung gezwungen



**Liebe Leserinnen und Leser,**

Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

der Wechsel des stellvertretenden PKV-Verbandsdirektors Christian Weber als Abteilungsleiter für Grundsatzfragen ins Bundesgesundheitsministerium hat in den vergangenen Tagen in Politik und Medien große Aufmerksamkeit gefunden (siehe Seite 14). Es ist natürlich das gute Recht der Opposition, die Personalpolitik der Regierung zu kritisieren; doch die von einigen Oppositionspolitikern verbreitete Parole, mit Herrn Weber werde die Gesundheitspolitik nun quasi von der PKV gesteuert, ist ebenso plump wie falsch.

Denn Webers enorme Sachkunde ist bis weit hinein in die gesetzlichen Krankenkassen seit Jahren anerkannt. Es gibt nicht viele Experten mit vergleichbar großer Kenntnis des deutschen Gesundheitswesens. Zudem ist Herr Weber seit vielen Jahren FDP-Mitglied und engagiert sich seit langem im gesundheitspolitischen Fachausschuss der Partei. Dass ein Minister aus der FDP auf einen solchen Mann seines Vertrauens setzt, ist keineswegs verwunderlich und durch das Wahlergebnis demokratisch überzeugend legitimiert.

Fraglos gilt die volle Loyalität von Herrn Weber seinem neuen Dienstherrn, also dem Minister und dessen Verfassungsauftrag, dem Wohle des ganzen deutschen Volkes zu dienen. Das gehört zur selbstverständlichen Berufsehre – wie bei einem Bundesligastürmer, der vom 1. FC Köln zu Bayern München wechselt und natürlich im nächsten Spiel möglichst viele Tore für seinen neuen Verein schießen möchte.

Nachweislich falsch ist der von einigen Politikern und Medien erweckte Eindruck, die PKV habe seit Amtsantritt der neuen

Bundesregierung irgendwelche politischen „Geschenke“ bekommen. Fakt ist, dass bisher keinerlei Regelung zu Gunsten der PKV getroffen worden ist. Die erste Amtshandlung des Ministers war vielmehr ein zusätzlicher Staatszuschuss in Höhe von 3,9 Milliarden Euro an die gesetzlichen Krankenkassen. Insgesamt erhalten sie in diesem Jahr die Rekordsumme von 15,7 Milliarden Euro aus der Staatskasse – wovon ein beträchtlicher Teil überdies mit Schulden finanziert wird. Diese Zuschüsse auf Kosten der Steuerzahler (übrigens auch der privatversicherten Steuerzahler) entsprechen einer zehnjährigen Erhöhung der Krankenkassen-Beiträge von derzeit 14,9 auf rund 16,4 Prozent des Bruttoeinkommens. So werden mit Hilfe von Steuergeldern die wahren Kosten des Gesundheitswesens vernebelt.

Die PKV wartet unterdessen auf Einlösung der Versprechen aus dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP. Demnach will die Koalition z.B. die unter SPD-Ministerin Ulla Schmidt eingeführte Verdreifachung der Wartezeit vor einer Erlaubnis zum Wechsel in die PKV beenden und den alten Rechtszustand wieder herstellen. Dies wäre gesetzestechisch mit einem Federstrich zu schaffen. Dazu müsste man auch keine Regierungskommission abwarten, denn Union und FDP waren sich in dieser Sache ausdrücklich einig.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Volker Leienbach



4

Viele Eltern arbeiten nach der Kinderbetreuung in Teilzeit. Sie würden gerne in der privaten Krankenversicherung bleiben. Eine Regelung im Sozialgesetzbuch V macht das unmöglich.

## In dieser Ausgabe

### **Krankenversicherung nach der Elternzeit** 4

Privatversicherte Mütter und Väter werden nach der Kinderbetreuung ins gesetzliche System gezwungen

### **Deckungslücke im Basistarif** 8

Trotz mehrerer richterlicher Entscheidungen werden die ärmsten Privatversicherten weiter benachteiligt

### **Interview** 10

Dr. Michael Philippi, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken, im Gespräch über neue Angebote für Patienten

### **Kassenbeiträge auf Privatrenten** 12

Die gesetzliche Krankenversicherung darf von ihren freiwilligen Mitgliedern mehr Beiträge kassieren

### **Organspende** 13

Die Zahl der Organspender war auch im Jahr 2009 alarmierend gering

### **Meldungen** 14

### **Zufriedenheit trotz Beitragsanpassung** 15

Eine Studie zeigt, wie die Kundenbindung in der PKV erhöht werden kann. Ein Beitrag von Torben Tietz



8

Hängepartie im Basistarif. Wird die Deckungslücke geschlossen?



10

Dr. Michael Philippi stellt neue Projekte der Sana Kliniken vor



# Kalt erwischt

Wer sich für Familie und Beruf entscheidet, muss oft in die gesetzliche Krankenversicherung zurück



Sandra Meyer\* hat genau das getan, was die Familienpolitik der Bundesregierung erklärtermaßen fördern will: Sie hat ein Kind geboren, ist in den ersten drei Jahren nach der Geburt aus ihrem Beruf als Steuerberaterin ausgestiegen, um das Baby zu betreuen, und danach auf Teilzeitbasis wieder in den Job eingestiegen, um Familie und Beruf miteinander zu kombinieren. Doch aus Sicht der Sozialversicherung war das offenbar ein Fehler, der bestraft wird.

Als Folge der Elternzeit hat Sandra Meyer nämlich ihren Status als Privatversicherte verloren – gegen ihren Willen und ohne jede Vorwarnung, sogar rückwirkend. Mit üblen finanziellen Folgen, denn plötzlich ist sie wieder gesetzlich pflichtversichert und muss nun als Teilzeit-Angestellte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen höheren Beitrag zahlen als vorher während ihrer Vollzeit-Beschäftigung in der PKV.

Die Lohnbuchhaltung ihrer Firma hat erst mit einem Jahr Verspätung gemerkt, dass Sandra Meyer wegen der vorangegangenen Elternzeit den Anspruch verloren hat, sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien zu lassen, damit sie auch mit einem reduzierten Teilzeit-Einkommen in der PKV bleiben kann. Dies hat zur Folge, dass ihre Firma auch noch die GKV-Beiträge für ein Jahr nachzahlen muss, obwohl sie in dieser Zeit ja bereits für einen lückenlosen privaten Versicherungsschutz bezahlt hat.

Ihre drei Jahre Elternzeit hatte sie ab 2005 genommen, als es noch kein Elterngeld gab. „Als ich in der Elternzeit keinerlei eigenes Einkommen hatte, da durfte ich schön den PKV-Beitrag für mein Kind und mich selbst bezahlen. Und jetzt, wo

ich ein Teilzeit-Einkommen habe und weiter privatversichert bleiben möchte, da will man mich plötzlich beschützen – und gegen meinen Willen in die gesetzliche Krankenkasse zwingen“, empört sich Sandra Meyer.

„Das ist ja eine feine Solidarität.“ Das dazugehörige Kind interessiert die GKV übrigens nicht. Weil

der Vater privatversichert ist, wird auch das Kind der PKV zugeordnet. Der Zwang zur GKV-Versicherung gilt nur für die Mutter, aber ihr Kind darf sie nicht mitbringen.

Die Tücke steckt im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). „Ich hätte den Antrag auf Befreiung stellen können, wenn ich direkt von meinem Vollzeitjob auf Teilzeit umgestiegen wäre. Und nur weil ich die Elternzeit genutzt habe, wird mir dieser Antrag jetzt verweigert“, klagt

*Die Regelung ist im Sozialgesetzbuch leicht zu übersehen.*

Wenn Eltern nach Jahren der Kinderbetreuung auf Teilzeitbasis in den Beruf zurückkehren wollen, hält das Sozialgesetzbuch für manche böse Überraschungen bereit. Sie müssen gegen ihren Willen in eine gesetzliche Krankenkasse wechseln.

Sandra Meyer. „Das ist doch ungerecht und unlogisch. Das ist Irrsinn.“ Doch dieser Irrsinn ist Gesetz, genauer: § 8 SGB V, Absatz 1 und Absatz 4.

Der Paragraph enthält noch weitere Schikanen für Privatversicherte, die nach der Geburt das Recht auf Elternzeit nutzen. Sie können sich zwar auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie während der Elternzeit bis maximal 30 Wochenstunden Teilzeit arbeiten und dabei eigentlich unter die Einkommensgrenze rutschen (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Aber nach Ablauf der Elternzeit gelten dann wieder andere, höchst komplizierte Regeln:

- Wird keine Tätigkeit ausgeübt, besteht keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Klartext: Wer nichts verdient, für den interessiert sich die GKV nicht.
- Wer innerhalb eines Jahres eine Tätigkeit oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (zurzeit 49.950 Euro) aufnimmt, bei dem wird die Überschreitung der Entgeltgrenze rückwirkend auch für die Elternzeit angenommen. Dann besteht also weiterhin Versicherungsfreiheit (§ 8 Abs. 4 Satz 6 SGB V).

- Wer aber während der Elternzeit teilzeitbeschäftigt ist (und damit unterhalb der Einkommensgrenze verdient), und dann den Teilzeitjob nach Ablauf der Elternzeit fortsetzt, fällt unter die Versicherungspflicht in der GKV. Denn die Befreiung von der Versicherungspflicht wegen Elternteilzeit endet mit Ablauf dieser Elternzeit.



*Das Sozialgesetzbuch V macht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oft nicht leicht.*

- Dann besteht auch keine Möglichkeit, sich anschließend gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V von der Versicherungspflicht befreien zu lassen. Nach dieser Vorschrift wird befreit, wessen Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der üblichen Wochenarbeitszeit herabgesetzt wird, sofern er unmittelbar vorher seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist. Eine solche Befreiung kommt aber bei den Opfern der Elternzeit-Lücke schon deshalb nicht in Frage, weil sie die genannte Fünf-Jahres-Regel nicht erfüllen. Denn während der Elternzeit beruhte ihre Versicherungsfreiheit ja nicht auf dem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, sondern nur auf der Befreiung wegen der Elternzeit – eine folgenschwere gesetzliche Spitzfindigkeit.
- Und selbst wenn sie nach der Elternzeit zunächst eine (Vollzeit-)Tätigkeit oberhalb der Einkommensgrenze aufnehmen und kurze Zeit später ihre Arbeitszeit auf maximal 50 Prozent verringern, werden sie nicht mehr von der Versicherungspflicht befreit. Denn es bleibt auch in diesem Fall dabei, dass sie nicht die letzten fünf Jahre wegen Überschreitens der Jahresarbeitsent-



*Auch Väter fühlen sich von der aktuellen Regelung an der Nase herumgeführt.*

geltgrenze lückenlos versicherungsfrei waren – weil die Elternzeit als Unterbrechung wirkt.

Dieses Kleingedruckte in § 8 SGB V versteht ein normaler Mensch – wenn überhaupt – erst nach mehrmaligem Lesen. Und welcher normale Mensch liest, während er ein Kind erwartet, die komplizierten Regelungen im SGB V? Sandra Meyer ahnte bei ihren Familien- und Berufsplänen jedenfalls nichts von diesen Schikanen. „Wenn ich das gewusst hätte, hätte ich mein Kind wohl erst später bekommen, denn mir fehlten damals nur zwei Jahre zur Erfüllung der 5-Jahres-Regel.“

Fallstricke enthält das SGB V dabei auch unabhängig von der Elternzeit. Wenn privatversicherte Arbeitnehmer in Teilzeit wechseln, räumt das Gesetz zwar die Möglichkeit zu einer Befreiung von der Versicherungspflicht und somit zum Verbleib in der PKV ein. Allerdings wird dieser Anspruch leicht übersehen. Denn die GKV ist für die Abgrenzung der Versicherungspflicht zuständig, bei ihr

müssen mögliche Befreiungen beantragt werden. Aber die Antragsfrist verstreicht schon drei Monate nach Eintreten der Versicherungspflicht, ohne dass die Betroffenen einen einzigen offiziellen Hinweis auf diese Möglichkeit und auf die Frist erhalten. Oft erfahren die Betroffenen daher erst viele Monate später – wenn es zu spät ist – von der Personalabteilung ihrer Firma, dass sie inzwischen pflichtversichert in der GKV sind.

Die Potsdamer Steuerberaterin ist bei weitem kein Einzelfall. Genau dasselbe passierte der Hamburger Redakteurin Karin Hausmann\*. Sie ist seit 14 Jahren privatversichert, auch während der Elternzeit, und arbeitet seit kurzem wieder: Teilzeit 60 Prozent, um ihr Kind ausreichend betreuen zu können. „Dann hört man plötzlich, man dürfe nicht länger in der PKV sein. Trotz meines geringeren Einkommens soll ich mehr für die Krankenversicherung zahlen, und das

bei schlechteren Leistungen. Das ist doch absurd“, empört sich Karin Hausmann.

Eine teure Überraschung: Die gesetzliche Krankenkasse kostet sie rund 20 Euro monatlich mehr als die PKV. „Um die gewohnten Versicherungsleistungen einigermaßen halten zu können, habe ich eine

**Absurd: Wer bei Teilzeit mehr als 50 Prozent arbeitet, muss ins gesetzliche System wechseln.**

Zusatzversicherung für Zahnersatz und Krankenhaus abgeschlossen.“ Außerdem eine Anwartschaftversicherung, um die in 14 Jahren aus ihren Beiträgen gebildeten PKV-Alterungsrückstellungen nicht zu verlieren; und damit sie in Zukunft, wenn sie wieder voll verdient, zu ihren bisherigen, günstigen Tarifbedingungen zurück in die PKV kann. In Summe zahlt sie nun jeden Monat rund 120 Euro mehr – bei etwa gleichem Versicherungsschutz wie früher. „Ich fühle mich echt diskriminiert“, sagte Karin Hausmann. „Und das wird mir angetan, weil mir die Kindererziehung so wichtig ist, dass ich mich für Elternzeit und Teilzeit ent-

schieden habe. Aber mein Kind ist der GKV sowieso egal. Denn weil mein Mann privatversichert ist, ist das auch fürs Kind vorgeschrieben.“

Sie findet es zudem willkürlich, dass ein Verbleib in der Privatversicherung allenfalls bis 50 Prozent Teilzeitarbeit erlaubt wird. Bei 60 Prozent Teilzeit greift ausnahmslos die Pflicht zur Sozialversicherung. „Wieso soll jemand bei höherem Einkommen sozial bedürftiger sein als bei niedrigerem Einkommen?“ fragt sich die Redakteurin – und gibt sich die Antwort selbst. „Die wollen doch nur an mein Geld.“ Sie weiß von zwei Kolleginnen zu berichten, die dasselbe Problem hatten. In der Tat betrifft diese Diskriminierung vor allem Frauen, wie auch ein Blick in mehrere Internet-Foren zeigt, in denen Betroffene um Rat fragen und ihrem Ärger Luft machen (siehe Kasten).

Betroffen sind aber durchaus nicht nur Frauen. Der Berliner Journalist Thomas Spengler\* ist für drei Vätermonate angestiegen und hat dabei einen Tag pro

Woche in Teilzeit Kontakt zu seiner Zeitungsredaktion gehalten. Später bekam er plötzlich Post von der AOK, glaubte an einen Irrtum und erfuhr von seinem Arbeitgeber, er sei inzwischen Pflichtmitglied in der GKV. „Da war ich plötzlich doppelt versichert, musste dann die PKV aufgeben.“ Frühestens nach Ablauf der gesetzlichen Wartezeit hätte er wieder in die PKV zurückgehen dürfen. Er hat sich dann dagegen entschieden, denn zwischenzeitlich war noch ein zweites Kind angekommen – dadurch wurde die GKV für ihn wegen der Beitragsfreiheit der Kinder finanziell attraktiv. Dennoch findet Thomas Spengler die Regelung des SGB V höchst fragwürdig. „Ich wurde nicht einmal dazu angehört, bekam keinerlei Mitteilung und hatte plötzlich eine AOK-Karte in der Hand. Das ist schon bizarr.“

Dabei wurde die Elternzeit als große Errungenschaft moderner Sozialpolitik gefeiert. Verbunden mit einem Eltern-

geld, dessen Höhe sich am vorherigen Einkommen orientiert, soll sie gezielt Anreize auch für beruflich engagierte Eltern geben, Kinder zu bekommen und diese mit einer Auszeit selbst zu betreuen, dann aber in den Beruf zurückkehren zu können. Auf die von § 8 SGB V betroffenen Privatversicherten wirkt das Ganze allerdings eher wie Piraterie per Gesetz. Sie fühlen sich wie von der GKV gekaperte Beitragszahler. Denn sie stehen nach Ablauf der Elternzeit vor der Entscheidung, entweder Vollzeit zu arbeiten oder gar keiner Beschäftigung nachzugehen, wenn Sie nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen wollen.

Das geltende Recht verursacht nicht zu rechtfertigende Brüche im Versicherungsverlauf. Dabei hat der Gesetzgeber mit der genannten Vorschrift des § 8 Abs. 4 Satz 6 SGB V eigentlich klar zu erkennen gegeben, dass der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt für Eltern auch hinsichtlich der Versicherungspflicht erleichtert werden soll. Deshalb sollte der Gesetzgeber möglichst rasch diese vielbeklagte „Eltern-Lücke“ schließen, damit ein erleichterter Wiedereinstieg in den Beruf auch für jene gilt, die nach der Elternzeit (zunächst) Teilzeit arbeiten. Ihnen sollte die politisch allseits erwünschte Elternschaft nicht länger damit „gedankt“ werden, dass sie gegen ihren Willen die gewohnte Privatversicherung einbüßen.

### **Wer nach der Elternzeit nicht mehr arbeitet, kann in der PKV bleiben.**

## **„Es ist wirklich eine blöde Lücke“**

Die komplizierten Regelungen des SGB V beschäftigen auch mehrere Diskussions- und Ratgeber-Foren im Internet, zum Beispiel bei [www.brigitte.de](http://www.brigitte.de). Hier ein paar Zitate aus diesen Online-Diskussionen:

*„Eigentlich müssten die doch alle froh sein, wenn ich nebst Kind privat versichert bin – so zahle ich mehr Beiträge und falle niemandem zur Last – \*haarerauf\*“*

*„Warum kann man diese Lücke nicht mal schließen? Es gibt bestimmt viele Frauen, die freiwillig in der PKV bleiben würden bei Teilzeit, bis sie wieder voll arbeiten.“*

*„Es ist wirklich eine blöde Lücke!!!“*

*„Nach den neuen Regelungen muss man 3 Jahre über der Entgeltgrenze liegen, d.h. nach der Teilzeit-Zeit 3 Jahre voll verdienen, dann zurückwechseln. Wie bescheuert ist das denn bitte??“ Es folgt ein Fluch auf die deutsche Bürokratie.*

*„Das Schönste ist ja: während der Elternzeit bin ich auch unter der Entgeltgrenze, aber da hat keiner was dagegen, dass ich schön meinen kompletten KV-Betrag selbst zahle... NERV.“*

\* Namen von der Redaktion geändert

# Deckungslücke im Basistarif - Hängepartie für Bedürftige

Trotz mehrerer richterlicher Entscheidungen werden die ärmsten Privatversicherten noch immer benachteiligt



■ Eine schwere Erkrankung änderte für Patricia Felder\* alles. Durch eine Tropenkrankheit wurde sie 2005 vorübergehend berufsunfähig und für zwei Jahre sogar zum Pflegefall. In der Folge musste Sie ihre gut laufende Firma aufgeben. Seitdem ist sie hilfebedürftig. Zudem leidet sie noch immer unter den Folgewirkungen der Erkrankung.

Das Sozialamt wollte sie Anfang 2009 zwingen, ihre bisherige private Krankenversicherung aufzugeben und in den Basistarif zu wechseln. Der Grund: Laut Gesetz muss die private Krankenversicherung Hilfebedürftigen im Basistarif die Hälfte des Beitrages erlassen (siehe PKV Publik 2/2009). Das entlastet zwar das Sozialamt. Für die chronisch kranke Versicherte bedeutete die Umstufung in den Basistarif jedoch weniger Leistung und eine höhere Beitragsbelastung.

Doch damit nicht genug der Sorgen. Der Staat zahlt Beziehern von Arbeitslosengeld II nur einen Teil-Zuschuss für ihre

Krankenversicherungsbeiträge. Das gilt - abhängig vom zuständigen Sozialamt - auch für viele Sozialhilfe-Empfänger. Verantwortlich dafür ist eine Regelung im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), die mit der jüngsten Gesundheitsreform im Jahr 2007 eingeführt wurde. Demnach zahlt der zuständige Träger nur den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist. Das sind zurzeit 126,05 Euro. Der Beitrag für die Krankenversicherung im Basistarif beträgt 581,25 Euro. Da die privaten Krankenversicherungsunternehmen bei Hilfebedürftigen davon bereits die Hälfte erlassen, bleibt ein Restbetrag von 290,63 Euro. Zieht man wiederum den Zuschuss vom Grundsicherungsträger ab, bleiben die Hilfebedürftigen auf einer Deckungslücke von 164,58 Euro sitzen - ein Betrag, den wohl kaum ein Bezieher von 359

Euro Hartz-IV-Regelsatz zahlen kann. In der Folge häufen die Betroffenen bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen jeden Monat Schulden in Höhe dieser Deckungslücke an.

Mittlerweile können sich Hilfebedürftige jedoch Hoffnung auf Abhilfe machen.

## *Betroffene Hilfebedürftige können jetzt auf Lösung des Problems hoffen.*

Nachdem bereits im vergangenen Jahr das Landessozialgericht Baden-Württemberg in einem Verfahren einer Hilfebedürftigen

Recht gegeben hatte (siehe PKV Publik 7/2009), kam nun das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zu einem ähnlichen Beschluss. Nach Auffassung des Gerichtes wäre der Gesetzgeber „von Verfassungs wegen verpflichtet gewesen, die Beitrags- und Zuschussregelungen so auszugestalten, dass auch die Leistungsbezieher [...], deren Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags besteht, die Beiträge zu ihrer privaten

Trotz anders lautender Rechtsprechung übernehmen Sozialbehörden noch immer nicht den vollen Beitrag für Hilfebedürftige im Basistarif. Vieles deutet jedoch auf eine baldige Gesetzesänderung hin.

Kranken- und Pflegeversicherung aus den Leistungen des Grundsicherungsträgers aufbringen können.“ In diesem Fall wurde die Sozialbehörde dazu verpflichtet, einen zusätzlichen Zuschuss in Höhe der entstandenen Deckungslücke zu gewähren.

Diese Beschlüsse gelten indes nur für die betroffenen Kläger selbst und haben keine allgemein verbindliche Wirkung. So zeigt die Realität, dass sich viele Sozialämter in Baden-Württemberg nicht an dem Beschluss des dortigen Landessozialgerichtes orientieren und den Betroffenen weiterhin nur einen Teilbetrag auszahlen.

Doch inzwischen scheint man auch in der Politik erkannt zu haben, dass eine Gesetzesänderung in diesem Punkt zwingend geboten ist. So erhielt Frau Felder auf einen Brief an das Bundesgesundheitsministerium, in dem sie auf ihre Lage aufmerksam machte, Mitte Januar die Antwort: „Die Bundesregierung beabsichtigt, [...] baldmöglichst eine gesetzliche Änderung zur Lösung des Problems vorzuschlagen.“

Eine schnellstmögliche Änderung der Rechtslage ist sozialpolitisch geboten. Denn die Sicherung des Existenzminimums ist eindeutig die Pflicht des Sozialstaates. Diese Aufgabe darf der Staat nicht auf die private oder gesetzliche

Krankenversicherung abwälzen. Das aber geschieht zurzeit, indem die Sozialbehörden für Empfänger von ALG-II oder Sozialhilfe nur verringerte Beiträge zahlen, die bei weitem nicht kostendeckend sind. Da die Versicherungen Hilfebedürftigen selbst bei dauerhaftem Beitragsverzug weder kündigen dürfen noch die Übernahme der Kosten für die notwendige medizinische Heilbehandlung herabsetzen können, bleiben sie zunehmend auf Beitragsschulden sitzen. Die Kosten dafür müssen die übrigen Versicherten tragen. Dies kritisiert auch das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen. In dessen Urteilsbegründung heißt es: „Der Staat kommt seiner verfassungsrechtlichen Pflicht zur Sicherung des Existenzminimums nicht mehr hinreichend nach, wenn er - anstatt selbst die existenzsichernden Kosten zu übernehmen - lediglich Regelungen schafft, nach denen Dritte existenzsichernde Leistungen zu erbringen haben.“ Dies gilt umso mehr, als die Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit der Halbierung des Beitrages für Hilfebedürftige ohnehin schon sozialstaatliche Aufgaben übernehmen.

Die Kosten einer Gesetzesänderung dürften sich für den Staat in Grenzen halten. Ende September 2009 waren lediglich 3.600 Versicherte im Basistarif hilfebedürftig. Die Zahl der Personen, die von der Deckungslücke betroffen sein

können, ist also begrenzt. Gleichwohl verbirgt sich hinter fast jedem Fall wie bei Frau Felder ein schwerer Schicksalsschlag. Eine Gesetzesänderung könnte helfen, das Leben der Betroffenen ein wenig zu erleichtern - zu Kosten, die sich im einstelligen Millionenbereich bewegen.

\* Name von der Redaktion geändert

Das Aktenzeichen des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen: L 15 AS 1048/09 B ER

### Wie wird der Zuschuss berechnet?

Um die Staatskasse zu entlasten, werden die Krankenversicherungsbeiträge für Hilfebedürftige künstlich reduziert, indem das zugrundegelegte Durchschnittseinkommen (monatliche Bezugsgröße 2010: 2.555 Euro) mit einem willkürlich vom Gesetzgeber festgelegten Ermäßigungsfaktor von zurzeit 0,345 multipliziert, also fast um zwei Drittel verringert wird (siehe § 243 SGB V). Nur für diese gekürzte Summe wird der reduzierte GKV-Beitragsatz fällig (2010 bei 14,3 Prozent Beitragssatz = 126,05 Euro). Auf diese Summe ist wiederum die Erstattung für privatversicherte Hilfebedürftige limitiert (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG).

IM GESPRÄCH: DR. MICHAEL PHILIPPI, VORSTANDSVORSITZENDER DER SANA KLINIKEN AG

# Der Patient wird zum Maßstab für die beste Qualität

Gemeinsam mit zwei der größten deutschen privaten Krankenhausträger wird die Sana Kliniken AG ab Sommer 2010 ein neues trägerübergreifendes Klinikportal im Internet in Betrieb nehmen. Zudem hat Sana mit dem PKV-Verband eine Vereinbarung zu einem sektorübergreifenden Versorgungsmanagement getroffen. Dr. Michael Philippi sprach mit PKV Publik über beide Projekte.

*Worüber können sich ihre potentiellen Patienten auf der neuen Internet-Plattform genau informieren?*

**Philippi:** Wir entwickeln ein Klinikportal, bei dem Nutzer ohne medizinisches Fachwissen die Qualität von Krankenhäusern nach objektiven Kriterien und individuellen Bedürfnissen leichter und schneller als bisher vergleichen können. Die Bewertung einer Klinik wird bis zu 400 Qualitätsindikatoren umfassen, die aus den Dimensionen Medizinische Qualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Einweiserzufriedenheit zusammengestellt werden. Damit bildet das Portal mehr Ergebnisse ab als jedes vergleichbare Portal in Deutschland. Bei der Gestaltung legen wir besonderen Wert auf eine übersichtliche und klare Struktur. Jeder Patient soll rasch die für ihn geeignete Klinik finden.

*Was sind die maßgeblichen Kriterien für Qualität, die in eine Klinikbewertung einfließen?*

**Philippi:** Für die Dimension „Medizinische Qualität“ werden alle Indikatoren der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung veröffentlicht. Daneben werden 20 Indikatoren aus Abrechnungsdaten, den sogenannten „Routinedaten“

einbezogen. Die Indikatoren zur „Patientensicherheit“ bilden Themen ab, die in den vergangenen Jahren vom Aktionsbündnis Patientensicherheit aufgegriffen und als besonders relevant für eine sichere Patientenbehandlung definiert wurden. So wird für die operativen Abteilungen bewertet, ob alle Elemente der WHO-Sicherheits-Checkliste zur Anwendung kommen. Für die Patienten- und Einweiserzufriedenheit wurden Fragebögen entwickelt. Diese Vielzahl von qualitätsbezogenen Informationen wird zu einer Gesamturteilung verdichtet. Das Besondere ist, dass der Nutzer des Portals seine individuellen Präferenzen in die Bewertung einfließen lassen kann, indem er die Gewichtung der einzelnen Dimensionen verändert.

*Sie haben die Initiative mit zwei anderen privaten Klinikbetreibern (Rhön und Asklepios) gegründet. Können sich weitere Kliniken anschließen?*

**Philippi:** Sie sollen sich sogar anschließen. Das neue Klinikportal ist offen für jedes Krankenhaus. Unabhängig von Größe und Trägerschaft erhalten alle Kliniken die Möglichkeit, ihre Qualität auf qualitätskliniken.de zu präsentieren. Als erste kommunale Häuser haben sich bereits

die Städtischen Kliniken in München und Esslingen angeschlossen. Wir sind mit zahlreichen weiteren Krankenhausträgern im Gespräch.

*Es besteht ja schon eine Reihe von Internetportalen zur Kliniksuche. Warum investieren Sie in ein eigenes Portal?*

**Philippi:** Derzeit ist es für Patienten, deren Angehörige und Ärzte fast unmöglich, sich über die Leistungsfähigkeit und Qualität einer Klinik objektiv zu informieren. Auch die bereits im Internet bestehenden Suchmaschinen oder Portale gehen über den Informationsgehalt der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte kaum hinaus oder sind regional eingeschränkt. Teilweise sind sie werbefinanziert und lassen damit Zweifel an der Objektivität entstehen. Eine überregionale, umfassende und objektive Darstellung der Behandlungsqualität und der Zufrie-

## Internet-Nutzer können die Qualität von Krankenhäusern besser vergleichen.

### Sana Kliniken AG

**Patienten:** 960.000 jährlich  
**Kliniken:** 40 deutschlandweit  
**Herzzentren:** 4  
**Umsatz:** 1,2 Milliarden Euro  
**Mitarbeiter:** 20.000  
**Eigner:** Private Krankenversicherer  
[www.sana.de](http://www.sana.de)

denheit von Patienten und Ärzten ist bisher nicht etabliert. Diese Lücke wollen wir schließen. Nach einer umfangreichen nationalen und internationalen Marktanalyse haben wir uns mit Asklepios und Rhön für die gemeinsame Initiative unter dem Dach des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken entschieden.

Unsere Plattform ist die einzige, die einen vierdimensionalen Blick auf die Leistung der Krankenhäuser zulässt. Damit rücken wir letztlich nicht unsere eigene oder eine weitere Meinung, sondern die Erfahrung des Patienten und der einweisenden Ärzte in den Mittelpunkt unserer Qualitätspolitik. Der Patient selbst wird zum Maßstab für die beste Qualität.

*Mit dem PKV-Verband haben Sie mit „AUTARK PRIVAT“ eine Vereinbarung zum sektorübergreifenden Versorgungsmanagement getroffen. Um welche Kooperation handelt es sich dabei?*

**Philippi:** „AUTARK PRIVAT“ ist ein deutschlandweit einzigartiges telemedizinisches Versorgungsprogramm speziell für Herzpatienten nach Koronar- oder Herzklappen-Operationen. Menschen, für die eine stationäre Rehabilitation aus beruflichen oder privaten Gründen nicht in Frage kommt, erhalten in ihrer häuslichen Umgebung eine ambulante, telemedizinisch unterstützte Rehabilitation. Das Programm ist umfassend klinisch erprobt und wird durch das Institut für angewandte Telemedizin im Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen überwacht, dem Kompetenzzentrum für

***Die bestehenden Angebote gehen kaum über die vorgeschriebenen Qualitätsberichte hinaus.***

Telemonitoring der Sana Kliniken AG. Die entscheidenden Vorteile der ambulanten-telemedizinischen Versorgung liegen neben einer dauerhaften Steigerung der Therapie-Treue der Patienten, im optimalen Informationsfluss sowie einer signifikanten Kostenersparnis. Studien belegen außerdem: Gelerntes wird direkt umgesetzt und die telemedizinische Begleitung gibt Selbstvertrauen im Alltag.

*Welche technische Ausstattung benötigt ein Patient, um an „AUTARK PRIVAT“ teilnehmen zu können?*

**Philippi:** Lediglich eine Telefonleitung. Noch in der Klinik erhält unser Patient eine umfassende Einführung sowie Trainingspläne, die auf ihn persönlich zugeschnitten sind. Zuhause angekommen wird ein passendes Ergometer frei Haus geliefert und bei Beendigung des Programms auch wieder abgeholt. Daran wird ein Modem für die Übertragung des EKG angeschlossen. Das Programm läuft über 12 Wochen. Die Übersendung und Auswertung der Daten erfolgt durch das Institut für Telemedizin ganz nach den Terminwünschen des Patienten und wird ermöglicht durch eine 24-Stunden-Betreuung. Während des Programms geht der Patient in regelmäßigen Abständen zu seinem Hausarzt oder Facharzt, der damit engmaschig in die Nachbehandlung eingebunden ist.

---

Das Krankenhausportal wird im Sommer 2010 in Betrieb gehen:  
[www.qualitätskliniken.de](http://www.qualitätskliniken.de)



*Dr. Michael Philippi ist seit 2008 Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG. Für das Unternehmen arbeitet er bereits seit 1995.*

# Kassenbeiträge auf Privatrenten

Die gesetzliche Krankenversicherung darf von ihren freiwilligen Mitgliedern mehr Beiträge kassieren als von Pflichtversicherten. Dies wurde jetzt durch ein Gerichtsurteil bestätigt.

Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen auf Einkünfte aus einer privaten Rentenversicherung Kassenbeiträge bezahlen - auch dann, wenn sie das Kapital per Einmalzahlung erhalten. Das geht aus einem Urteil hervor, das das Bundessozialgericht (BSG) Ende des vergangenen Monats gefällt hat. Lässt sich der Versicherte mit einer Einmalzahlung abfinden, darf die Kasse demnach über Jahre Beiträge auf errechnete monatliche Rentenzahlungen erheben. Das Urteil gilt analog für die Pflegeversicherung.

Im konkreten Fall hatte ein freiwillig gesetzlich krankenversicherter Rentner gegen seine Allgemeine Ortskrankenkasse geklagt. Der Mann hatte Anfang der neunziger Jahre einen privaten Versicherungsvertrag abgeschlossen, der ihm ab 2007 eine jährliche lebenslange Rente von 767 Euro zusicherte. Alternativ ermöglichte es der Vertrag, statt der Rente eine einmalige Kapitalzahlung zu wählen. Von dieser Regelung machte der Rentner Gebrauch und ließ sich

16.622,55 Euro überweisen. Wie vorgeschrieben, meldete er der Krankenkasse neben seinen anderen Einkünften auch diese Auszahlung.

Die Kasse zog für die Bemessung seiner Versicherungsbeiträge dann nicht nur die gesetzliche monatliche Rente des Mannes heran. Sie behandelte auch die Kapitalzahlung so, als bekäme der Mann sie in monatlichen Raten als Rente überwiesen und erhebt seither darauf Beiträge von aktuell rund 20 Euro pro Monat. Berechnungsgrundlage sind der aktuelle einheitliche Beitragssatz der GKV sowie der ausgezahlte Einmalbetrag verteilt auf 120 Monate, also zehn Jahre Bezugszeit.

Gegen diese unterstellte Ratenzahlung richtete sich die Klage des Rentners vor dem BSG: Er verglich die Leistung aus der Versicherung mit einem Sparvertrag, dessen Einmal-Auszahlungsbetrag auch nicht beitragspflichtig sei. Dieser Argumentation schlossen sich die Richter nicht an: Das Vorgehen der Kasse verstoße nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz.

Differenziert behandelt werden in der GKV aber nicht nur Sparverträge und Privatrenten: Gravierend ist auch der Unterschied zwischen freiwillig und Pflichtversicherten. Während letztere Kassenbeiträge lediglich auf ihre Erwerbseinkommen und Renten bezahlen, müssen freiwillige Kassenmitglieder Beiträge auf alle Einkunftsarten entrichten, also etwa auch auf Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Abfindungen sowie Zinsen aus Spareinlagen (vgl. PKV Publik 8/2009). Für freiwillig GKV-Versicherte mit solchen Einkünften ist eine private Krankenversicherung, die ihre Beiträge einkommensunabhängig erhebt, also zusätzlich interessant.

[www.bundessozialgericht.de](http://www.bundessozialgericht.de)  
Az. B 12 KR 28/08 R



Der Mann hinter Ihnen? Der ist von der Krankenkasse!

# Zahl der Organspender ist alarmierend gering

Die Quote von Organspendern war in Deutschland im Jahr 2009 nur halb so hoch wie etwa in Spanien. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation ruft zu einer größeren Spendenbereitschaft auf.

Das Jahr 2009 brachte keine nennenswerte Steigerung der Organspende in Deutschland. Insgesamt haben bundesweit 1.217 Menschen nach ihrem Tod ihre Organe gespendet, um schwer kranken Patienten zu helfen. Das sind 19 Spender mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Organspender pro eine Million Einwohner hat sich mit 14,9 gegenüber dem Vorjahr (14,6) kaum bewegt. Gleichzeitig ist die Anzahl der gespendeten Organe um 48 zurückgegangen, so dass für die Patienten auf der Warteliste aus Deutschland 3.897 Organe zur Verfügung gestellt werden konnten. Die Zahl der Transplantationen blieb bundesweit mit 4.050 gegenüber dem Vorjahr unverändert.

„Der Organmangel in Deutschland ist nach wie vor alarmierend. Wir dürfen nicht länger zuschauen, wie drei Menschen täglich auf der Warteliste für ein Spenderorgan versterben“, erklärt der Medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Prof. Dr. Günter Kirste.

Bereits im vergangenen Jahr hatte die DSO auf die kritische Entwicklung hingewiesen und durchgreifende Reformen nach spanischem Vorbild gefordert. Seit Jahren wird darüber diskutiert, wie man die Organspendezahlen steigern könnte, um mehr Patienten auf der Warteliste zu retten. So zeigte eine Umfrage des Em-

nid-Instituts im Auftrag des PKV-Verbandes im vergangenen Oktober, dass selbst Ärzte unter mangelhaften Informationen zum Thema leiden. Und das, obwohl sie eine Schlüsselfunktion bei der Aufklärung über Organspende haben (siehe PKV Publik 8/2009).

Die Zahl der Organspenden hängt von zwei entscheidenden Faktoren ab. Zum einen von der Zustimmung des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen und zum anderen von dem Engagement der Krankenhäuser, deren gesetzliche Aufgabe es ist, die DSO als bundesweite Koordinierungsstelle über alle potenziellen Spender zu informieren. „Doch gerade an dieser entscheidenden Stelle hakt es“, bemängelt Kirste und fordert nach den jahrelangen Diskussionen endlich Taten. Um die Abläufe besser zu vernetzen und die Krankenhäuser im Organspendeprozess zu entlasten, haben die DSO, das Bundesgesundheitsministerium und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Juli 2009 auf Basis des Transplantations-

gesetzes gemeinsame neue Leitlinien verabschiedet. Vorbild war dabei Spanien, das es aufgrund seiner Zusammenarbeit zwischen Koordinierungsstelle und Kliniken auf immerhin 34 Spender pro eine Million Einwohner bringt.

Mehr Spendermeldungen erhofft sich die DSO deshalb vor allem von dem auf zwei Jahre angelegten und von der DSO zunächst finanzierten Pilotprojekt zur „Inhouse-koordination“. Das Projekt orientiert sich am „spanischen Modell“ und sieht einen oder mehrere Krankenhausmitarbeiter vor, die dafür sorgen, dass die DSO über alle potenziellen Organspender informiert wird.

„Bisher haben sich fast 70 Universitätskliniken und Krankenhäuser mit neurochirurgischer Intensivstation diesem Projekt angeschlossen“, erklärt der Kaufmännische DSO-Vorstand, Thomas Beck. „Wünschenswert wäre, dass sich möglichst alle 151 großen Kliniken in Deutschland beteiligen.“



„Dieses Jahr werde ich sechs. Und meine Niere feiert ihren ersten Geburtstag.“

Hannahs Kindheit endete mit drei Jahren, als eine lebensbedrohliche Nierenerkrankung diagnostiziert wurde. Das Geschenk fürs Leben gab ihr das unbeschwertere Lachen zurück: eine neue Niere. Informieren Sie sich über Organspende und treffen Sie Ihre Entscheidung fürs Leben unter [www.fuers-leben.de](http://www.fuers-leben.de)

**FÜRS LEBEN**  
FÜR ORGANSPENDE

DSO

FÜRS LEBEN ist eine Stiftung in Treuhandverwaltung der Deutschen Stiftung Organtransplantation

# Christian Weber wechselt ins Bundesministerium für Gesundheit

Christian Weber, der bisherige stellvertretende Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung, ist am 1. Februar in das Bundesministeri-



um für Gesundheit gewechselt und leitet dort die Abteilung Grundsatzfragen.

Mit der Berufung von Christian Weber zum Abteilungsleiter hat der Bundesgesundheitsminister einen der besten Kenner des deutschen Gesundheitswesens gewonnen. Aus demselben Grund ist für den PKV-Verband Webers Ausscheiden als stellvertretender Verbandsdirektor und Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) wiederum sehr bedauerlich.

Weber stand - mit einer kurzen Unterbrechung, während der er für die FDP-Bundestagsfraktion und als Geschäftsführer zweier Krankenhäuser arbeitete - seit 1986 im Dienst des PKV-Verbandes. Unter anderem war er Sprecher des Verbandes sowie Leiter des Geschäftsbereiches Politik und Recht. Zu seinen weiteren beruflichen Stationen gehörte das Prognose-Institut ebenso wie das Wissenschaftliche

Institut der Ortskrankenkassen. Das langjährige FDP-Mitglied engagiert sich darüber hinaus seit langem im gesundheitspolitischen Fachausschuss der Partei.

Im PKV-Verband baute er ab 2005 als Leiter zudem das Wissenschaftliche Institut der PKV auf. Die eigenständige gesundheitsökonomische Forschungsarbeit des WIP hat unter seiner Führung wertvolle Ergebnisse erzielt.

Webers exzellentes Wissen erstreckt sich ebenso über die gesetzliche wie die private Krankenversicherung. Der PKV-Verband und das WIP werden seinen kollegialen Rat und seine profunden Kenntnisse der Tiefen und Untiefen des deutschen Gesundheitswesens gewiss noch oft vermissen und wünschen Christian Weber in seiner neuen, besonders verantwortungsvollen Aufgabe weiterhin großen Erfolg und persönlich alles Gute.

## Neue Grippe: Impfstoff nicht verbraucht

Bisher haben sich nur rund 5 Prozent der Bevölkerung gegen die so genannte Schweinegrippe impfen lassen (Stand: Dezember 2009). Ursprünglich haben die Bundesländer jedoch Impfstoff für 30 Prozent eingekauft. Nachdem Studien gezeigt haben, dass eine einzige Impfdosis für einen wirkungsvollen Schutz ausreicht, würde der Impfstoff sogar für mehr als die Hälfte der Bevölkerung ausreichen. Es ist nicht damit zu rechnen, dass die Inanspruchnahme der Impfung noch diese Dimension erreichen wird.

Daher stellt sich die Frage, was mit den verbleibenden Impfdosen geschieht und welche Folgen dies für die Kostenträger hat, zu denen auch die private Krankenversicherung gehört (siehe PKV Publik

9/2009). Die Impfvereinbarungen der Bundesländer sehen vor, dass die verbrauchten Dosen im Besitz des jeweiligen Bundeslandes verbleiben und nur für die tatsächlich erfolgten Impfungen eine Kostenerstattung aus den Fonds an das jeweilige Bundesland erfolgt. Bleibt es also bei der geringen Impfquote, werden die von den Kostenträgern eingezahlten Gelder bei weitem nicht ausgeschöpft.

Dies bedeutet, dass die gesetzliche und die private Krankenversicherung die Kosten der nicht verimpften Dosen nicht übernehmen müssen. Es wird also aller Wahrscheinlichkeit nach zu Rückzahlungen an die Kostenträger kommen. In der Regel sehen die Vereinbarungen dafür Rückzahlungen bis Juli 2010 vor.

## Scheidung und PKV

Ein bislang privat krankenversichertes Kind muss nach einer Scheidung der Eltern nicht in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, wenn es seit seiner Geburt privat krankenversichert war und der in guten wirtschaftlichen Verhältnissen lebende unterhaltspflichtige Elternteil auch nach der Trennung privat krankenversichert bleibt. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz im Januar.

Die private Krankenversicherung zähle in diesem Fall zum angemessenen Unterhalt. Der unterhaltsverpflichtete Vater müsse die Beitragszahlungen übernehmen, so die Richter.

Urteil vom 19.1.2010 Az.: 11 UF 620/09

GASTKOMMENTAR

# Zufriedenheit trotz Beitragsanpassungen

Zum Jahreswechsel haben viele Versicherte die Beiträge ihrer Kunden erhöht. Auf Basis der Ergebnisse der Studie KUBUS PKV zeigt MSR Consulting Möglichkeiten auf, die Kundenzufriedenheit trotz Beitragsanpassung hoch zu halten.

**Von Torben Tietz**

Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben haben auch zum Jahreswechsel 2009/2010 viele private Krankensversicherer die Beiträge zum Teil deutlich erhöhen müssen. Wie kommt eine solche Beitragsanpassung beim Kunden an und was können Versicherte tun, um in der Gunst der Kunden nicht abzusinken?

Dieser Frage ist MSR Consulting auf Basis der Studienergebnisse der seit 2005 jährlich durchgeführten Studie KUBUS PKV nachgegangen. In der Studie werden Versicherte der zehn größten privaten Versicherer regelmäßig zu ihrer Zufriedenheit mit dem Versicherer befragt. Die Studie zeigt: Neben der Leistungsfallabwicklung ist die Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungsverhältnis der wichtigste Treiber für die Zufriedenheit der Kunden. Die Preiswahrnehmung wiederum ist eng mit dem Thema Beitragsanpassung verknüpft.

Eine Beitragsanpassung wirkt sich üblicherweise negativ auf die Kundenzufriedenheit aus. Soweit verwundert dies nicht. Hinsichtlich der Beurteilung der Beitragsentwicklung durch die Kunden unterschiedlicher Versicherer gibt es jedoch große Unterschiede. Dabei liegt es per se nicht daran, dass die Versicherer, die eine gute Beurteilung in puncto Bei-

tragsentwicklung erhalten, weniger Beitragsanpassungen vornehmen.

Als wichtigste Einflussfaktoren auf die Auswirkung einer Beitragsanpassung konnten Höhe der Beitragsanpassung, Häufigkeit von Beitragsanpassungen und die Nachvollziehbarkeit von Erläuterungen durch den Versicherer identifiziert werden.



*Torben Tietz ist als Partner für MSR Consulting tätig.*

In der Gegenüberstellung zeigt sich, dass Kunden, deren Beitrag in den letzten drei Jahren mehrfach geringfügig angepasst wurde, zufriedener mit der Beitragsentwicklung sind als Kunden, bei denen der Beitrag einmal deutlich erhöht wurde. Eine deutliche Erhöhung wird eher wahrgenommen und bleibt auch stärker im Gedächtnis des Kunden haften. Eine jährlich leichte Erhöhung hat eher die Chance, unter der Wahrnehmungsschwelle des Kunden bzw. nur kurz präsent zu bleiben.

Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Begründung ergeben sich große Unterschiede. Die meisten Unternehmen lie-

fern mittlerweile eine Begründung. Die Nachvollziehbarkeit durch den Kunden ist jedoch oft nicht gegeben. Wichtiger als die Korrektheit der Erläuterung ist es, in der Sprache des Kunden zu schreiben. Dieser muss die Notwendigkeit erkennen und gleichzeitig darin bestätigt werden, dass er für seinen Beitrag eine optimale Leistung erhält, insbesondere im Vergleich zur GKV. Die Nachvollziehbarkeit der Begründung kann mit unterschiedlichen Verfahren überprüft werden. MSR hat gute Erfahrungen mit Einzelgesprächen oder Gruppendiskussionen mit den Kunden gemacht, bei denen Argumente und Schriftstücke überprüft werden. In diesem Rahmen werden die Schreiben nicht nur im Hinblick auf Verständnis und Nachvollziehbarkeit, sondern ebenso auf ihre Gestaltung überprüft. Ein schlecht gestaltetes Schreiben kann eine brillante Begründung enthalten. Wenn es jedoch nicht zum Lesen anregt, hat es keinen Effekt.

Fazit: Die Beitragsanpassung ist ein kritischer Kontaktpunkt in der Kundenbeziehung. Wenn möglich sollten Versicherte lieber stetig in kleinen Schritten die Beiträge erhöhen, als selten, aber mit deutlichen Schritten. Die Kommunikation in diesem Prozess ist extrem wichtig. Versicherte sollten diese im Vorfeld auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit überprüfen. Am besten funktioniert dies, indem man die Kunden in diese Prüfung einbezieht. So kann eine eventuelle „Betriebsblindheit“ in der Kommunikation umgangen werden. Gelingt eine nachvollziehbare Begründung, kann die Kundenzufriedenheit hoch gehalten werden, was sowohl die Kundenbindung als auch die Empfehlungsbereitschaft der Kunden erhöht.

Nähere Informationen: [KUBUS@MSR.de](mailto:KUBUS@MSR.de)

# Wirkt beruhigend. Und ist nicht rezeptpflichtig.

Wo gibt's denn so was? 90 Prozent der privat Krankenversicherten fühlen sich gut oder sogar sehr gut abgesichert.\* Deshalb sollte man die PKV ruhig für mehr Menschen öffnen. Denn es wollen sich viel mehr Bürger privat versichern, als der Gesetzgeber bisher zulässt.

\*Forschungsgruppe Wahlen: KBV-Versichertenbefragung.