



Ausgabe 3 | April 2010

### Studie

Gesundheitsforscher fordern mehr Vertragsrechte für die private Krankenversicherung

### Wachstum

Auch 2009 hat die private Krankenversicherung wieder viele Neukunden hinzu gewonnen

### Arzneimittel

Eine neue Untersuchung beleuchtet die Versorgung von Privatpatienten mit Medikamenten

# PKV publik

Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.



## Angebot aus Holland

Warum das niederländische Gesundheitssystem kein Vorbild für Deutschland ist

**Liebe Leserinnen und Leser,**

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

wer neue Wege zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gehen will, kann bisweilen seltsame Dinge erleben. So erging es dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) jetzt bei dem Versuch, zu Gunsten der Privatversicherten ein höheres Niveau in der ärztlichen Versorgung zu vereinbaren.

Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) über Qualität und Service privatärztlicher Leistungen abgeschlossen. Damit sollen die Privatpatienten von der hohen medizinischen Qualität des KVB-Programms „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ profitieren. Die rund 5.000 teilnehmenden Ärzte müssen ihre Qualitätsstandards regelmäßig nachweisen. Wir haben die Kriterien genau geprüft und festgestellt, dass wir bessere Standards mit einer vergleichbar hohen Ausbreitung nirgends sonst in Deutschland finden können. Die Privatversicherten sollen bei den teilnehmenden Ärzten zusätzlich in den Genuss spezieller Serviceleistungen kommen: etwa schnelle Terminvergaben, eine gute telefonische Erreichbarkeit sowie kurze Wartezeiten.

Die Ärzte zeigen mit ihrer freiwilligen Teilnahme, dass ihnen eine hervorragende Versorgung der Patienten am Herzen liegt. Sie sollen bei ihrer Kooperation mit der PKV ein entsprechendes Gütesiegel erhalten, mit dem Privatpatienten auf dieses qualifizierte Angebot hingewiesen werden. Der PKV-Verband freut sich daher, im Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Axel Munte, einen innovativen Partner mit großem Qualitätsbewusstsein gefunden zu haben. Es sind genau solche qualitätsorientierten Medi-

ziner, mit denen die PKV in Zukunft weitere Kooperationen vereinbaren möchte.

Doch die Freude wurde jäh getrübt, als die Vertreterversammlung der KVB wenig später ihren Vorstand aufforderte, den Qualitätsvertrag mit der PKV wieder zu kündigen. Der PKV-Verband steht unverändert zu diesem wirklich guten und innovativen Vertrag. Denn die vereinbarte Kooperation zielt einzig und allein auf mehr Qualität zu Gunsten der Patienten.

Der Widerstand ärztlicher Standesvertreter dagegen ist nur so zu erklären, dass sie damit Interessen verfolgen, die ganz offensichtlich mit Qualität nichts zu tun haben. Um so mehr appellieren wir an andere innovative Ärztenverbände, die im Zeichen bester Versorgungsqualität und selbstbewusster Freiberuflichkeit zu entsprechenden Vereinbarungen bereit sind.

Die Blockade der KVB-Vertreterversammlung zeigt: Es geht nicht ohne einen gesetzlichen Hebel, der alle Beteiligten zu vernünftigen Verhandlungen mit konkreten Ergebnissen bewegt. Deshalb muss jetzt die Politik handeln. Sie muss den rechtlichen Rahmen schaffen, damit in fairer Partnerschaft der PKV mit Ärzten und anderen Leistungserbringern Verträge über Qualität, Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen möglich werden. Dies ist der Weg der Zukunft.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Volker Leienbach

*Auch im holländischen Gesundheitssystem sind noch einige Probleme ungelöst. Die Ausgaben steigen stärker und auch die Steuerfinanzierung ist deutlich höher als in Deutschland.*



## In dieser Ausgabe

- |   |           |
|---|-----------|
| <b>Gesundheitssystem in Holland</b>   | <b>4</b>  |
| Warum das Modell unseres Nachbarlandes kein Vorbild für das deutsche Gesundheitswesen ist             |           |
| <b>Studie zur privaten Krankenversicherung</b>  | <b>8</b>  |
| Das Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung hat methodische Schwächen            |           |
| <b>Mehr Menschen versichern sich privat</b>   | <b>10</b> |
| Trotz Finanzkrise und Gesundheitsreform wächst die private Krankenversicherung kontinuierlich         |           |
| <b>Arzneimittel</b>   | <b>12</b> |
| Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV beleuchtet die Versorgung von Privatversicherten |           |
| <b>Meldungen</b>  | <b>14</b> |
| <b>Online-Beratung der Aidshilfen</b>   | <b>15</b> |
| Das vom PKV-Verband unterstützte Portal wird gut angenommen. Ein Beitrag von Silke Klumb              |           |



*Studie zur PKV: Argumentation mit Schwächen*



*Dynamische Branche: Die private Krankenversicherung wächst*



# Auf dem Holzweg

Das niederländische Gesundheitssystem taugt nicht als Vorbild für Deutschland

Seit Mitte März tagt die Regierungskommission „Gesundheit“ in Berlin. Am 9. Mai 2010 wird in Deutschlands größtem Bundesland Nordrhein-Westfalen ein neuer Landtag gewählt. Westlich davon liegt unser Nachbar die Niederlande, mit dem Nordrhein-Westfalen enge überregionale Beziehungen pflegt. Drei Dinge, die nichts miteinander zu tun haben? Weit gefehlt!

Die Regierungskommission hat den Auftrag, die Beschlüsse des Koalitionsvertrages umzusetzen. Darin heißt es unter anderem, dass „das bestehende Ausgleichssystem ... in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie ... und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen“ überführt werden soll. Mit dieser Formulierung steht die Einführung einer Beitragspauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Debatte. Genau diesen pauschalen Arbeitnehmerbeitrag gibt es in den Nie-

derlanden schon. Deren Gesundheitssystem wird deshalb häufig von Befürwortern der Beitragspauschale als Vorbild für Deutschland genannt. Doch politisch ist ein einkommensabhängiger Beitrag in Deutschland höchst umstritten. Und weil das so ist, wird die Regierungskommission „Gesundheit“ wohl auf die Wahlen in Nordrhein-Westfalen Rücksicht nehmen und bis Anfang Mai keine wesentlichen Ergebnisse liefern.

Doch nicht nur die Befürworter der Gesundheitspauschale bemühen regelmäßig die Vorbildfunktion der Niederlande. Weil die dort im Jahre 2006 in Kraft getretene Gesundheitsreform die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Systems mit einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Pauschalen aufgegeben hat, könnte sie auch als „Blaupause“ für die sogenannte Bürgerversicherung dienen. Letztlich be-

dienen sich damit Parteien aller Couleur am niederländischen Gesundheitssystem wie in einem Steinbruch.

Eine nähere Betrachtung stellt die Tauglichkeit dieses Modells allerdings in Frage. Das System mag vielleicht in den Niederlanden funktionieren – was Kritiker allerdings auch dort bezweifeln. Als Vorbild für einen Umbau des deutschen Gesundheitssystems taugt es aus zahlreichen Gründen jedenfalls nicht:

## Libérale Reformkultur und hohe Akzeptanz

Zwischen Deutschland und den Niederlanden existieren erhebliche Traditions- und Kulturunterschiede. Die Reform- und Politikkultur des westlichen Nachbarn lässt sich als verhältnismäßig liberal charakterisieren. Wenig emotional werden im niederländischen Krankenversicherungssystem neue Reformschritte aus-

Manche sehen im Gesundheitssystem der Niederlande ein Muster für Deutschland. Aber auch dort sind noch einige Probleme ungelöst. Die Ausgaben steigen stärker und auch die Steuerfinanzierung ist deutlich höher als hierzulande.

probiert – und bei Bedarf auch wieder zurückgenommen. Nicht zuletzt deshalb genießt Gesundheitspolitik eine vergleichsweise hohe Glaubwürdigkeit in der niederländischen Bevölkerung. So wird das Krankenversicherungssystem von allen wichtigen gesellschaftlichen Gruppen weitestgehend anerkannt.

### Ungelöste Ausgabedynamik

Die Kostendynamik im niederländischen Krankenversicherungssystem ist keinesfalls vorbildlich, denn die Ausgaben steigen dort deutlich schneller als in Deutschland. So sind hierzulande zwischen 2000 und 2008 die Leistungsausgaben je GKV-Versicherten um 22 Prozent angestiegen – nahezu im Gleichklang mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Damit hat sich die Kostendämpfungspolitik der Gesundheitsreform von 2004 zumindest kurzfristig bewährt. Im gleichen Zeitraum sind die Ausgaben des niederländischen Versicherungssystems je Versicherten um 53 Prozent gestiegen – deutlich stärker als das niederländische BIP mit 38 Prozent (siehe Grafik).

Damit leidet das niederländische System unter einem Ausgabenproblem – auch wenn dies nicht unmittelbar der einkommensunabhängigen Pauschale angelastet

werden kann. Dazu kommt: Das niederländische Gesundheitswesen ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen um 15,5 Prozent teurer als das deutsche (ausführlich dazu: PKV Publik 8/2009). Anders formuliert: Besonders preiswert oder kosteneffizient ist es per se also keinesfalls. Wenn mit dem niederländischen Pauschalmodell die Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerung bereitgestellt werden müsste, die nicht der heutigen, relativ jungen Bevölkerung der Niederlande entspräche, sondern der Altersstruktur einer relativ betagten Bevölkerung wie Deutsch-

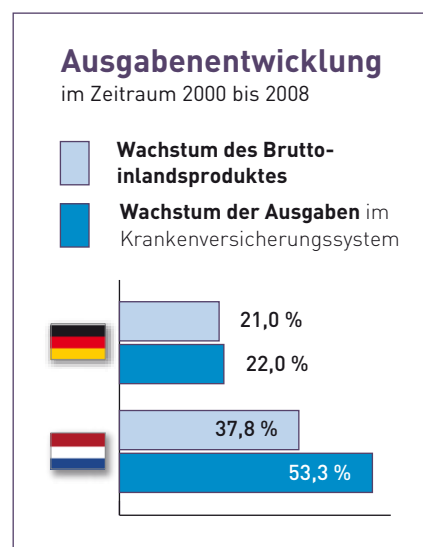
land, käme es dort zu einer regelrechten Kostenexplosion.

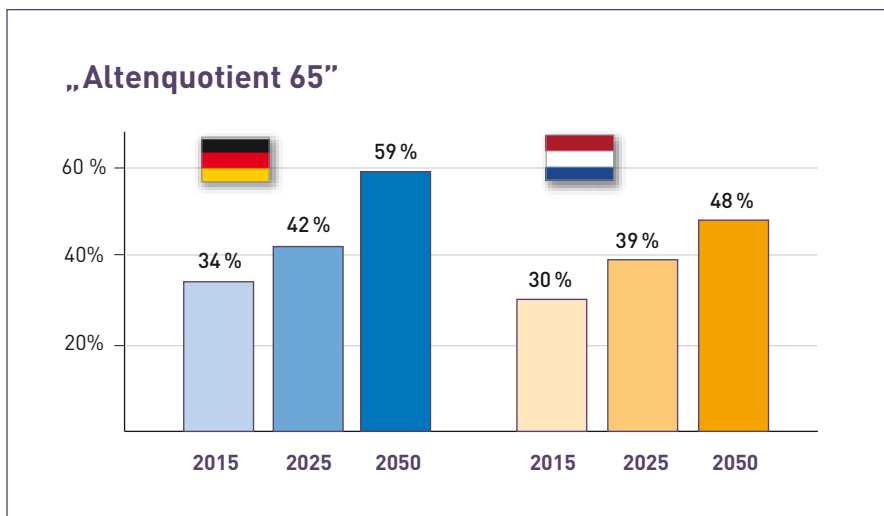
### Ungelöste Probleme des demografischen Wandels

Das umlagefinanzierte Gesundheitssystem der Niederlande ist zudem nicht auf den demografischen Wandel vorbereitet. Es existieren keine kapitalgedeckten Elemente, die bei sinkender Zahl von Beitragszahlern und steigender Zahl von Beitragsempfängern dafür Sorge tragen, die Versicherungsbeiträge zu stabilisieren. Allerdings wiegt dieser Tatbestand in den Niederlanden nicht ganz so schwer, wie das in Deutschland der Fall ist. Während nämlich die Niederlande aktuell eine überproportionale Geburtenrate (11,2 Geburten je 1.000 Einwohner im Vergleich zu 8,2 Geburten je 1.000 Einwohner in Deutschland) und bis weit in die Zukunft eine relativ junge Altersstruktur haben, ist der demografische Wandel in Deutschland schon wesentlich weiter vorangeschritten (siehe Grafik auf Seite 6).

### Marktkonzentration statt funktionsfähigem Wettbewerb

Überdies lässt sich die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs auf dem Krankenversi-





Ein wichtiges Merkmal für das demografische Problem einer Gesellschaft: Der „Altenquotient 65“ beziffert, wie groß der Anteil der über 65-Jährigen im Vergleich zum Anteil der jeweils aktiven Generation der 20- bis 65-Jährigen ist.

cherungsmarkt in den Niederlanden bezweifeln. So hat vor allem die Marktkonzentration auf der Unternehmens- und Konzernebene besorgniserregend zugenommen. Vier große Konzerne vereinen allein über 90 Prozent der Versicherten auf sich. Das ist unter anderem auch das Resultat eines verlustbringenden Beitragswettbewerbs der Unternehmen, die häufig keine kostendeckenden Beiträge kalkuliert haben – zu Lasten von Eigenmitteln, also ihrer eigenen wirtschaftlichen Basis.

Auch die in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig gelobte Wechselquote der Versicherten zwischen den Unternehmen ist in den Niederlanden drastisch zurückgegangen: von 18 Prozent im Reformjahr 2005/2006 auf 3,5 Prozent (2008/2009). Damit liegt die Wechseldynamik aller Voraussicht nach unterhalb des deutschen Niveaus. Hier beträgt der Anteil der Kassenwechsel innerhalb der GKV verschiedenen Studien zufolge zwischen 3 und 5 Prozent der Versicherten.

### Einschränkungen im Leistungskatalog

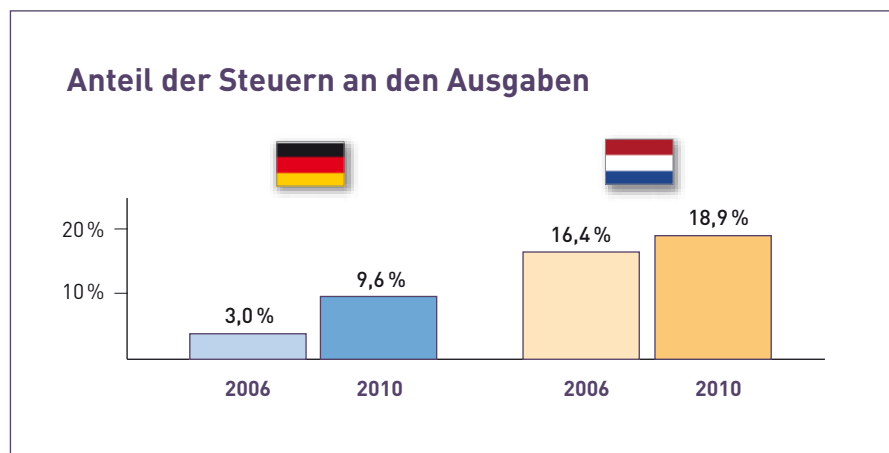
Das Versorgungsspektrum des niederländischen Versicherungssystems würde in Deutschland aller Wahrscheinlichkeit nach von den Bürgern nur schwerlich akzeptiert werden. So sind der Zahnersatz

sowie große Teile der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung für Erwachsene über 22 Jahre aus dem gesetzlichen Leistungskatalog gestrichen worden. Ähnliches gilt für die Arztwahl: Das in den Niederlanden praktizierte Hausarztprinzip mit Einschreibung der Patienten im jeweiligen Postleitzahlgebiet würde von den Deutschen, die nachweislich großen Wert auf die freie Arzt- und Krankenhauswahl legen, wohl als bevormundende Leistungseinschränkung empfunden.

Zudem gibt es in den Niederlanden große Probleme mit langen Wartezeiten, wie mehrere unabhängige Studien feststellen. Demnach sind die Wartezeiten – trotz gewisser Verbesserungen – sowohl bei Krankenhäusern als auch bei ambulanter Facharztbehandlung deutlich spürbar.

### Einstieg in die Steuerfinanzierung

Genauso wie in Deutschland wird in den Niederlanden im Krankenversicherungssystem die Beitragsfinanzierung von der Steuerfinanzierung verdrängt. Denn der Anteil der Steuerfinanzierung an den Leistungsausgaben ist deutlich gestiegen: von 16,4 Prozent im Jahr 2006 auf erwartete 18,9 Prozent im Jahr 2010. Zwischen 2006 und 2012 – so die Annahme – werden sich die steuerlichen Zuschüsse zur nominalen Prämie für Sozialbedürftige in den Niederlanden nahezu verdoppeln. Das wird genauso wie in Deutschland Probleme mit sich bringen. Es sind große Zweifel angebracht, wie nachhaltig eine solche Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens funktionieren kann. Das gilt insbesondere in Zeiten, in denen



aufgrund von Konjunkturerinbrüchen die Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems notwendiger denn je wird, aber auf der anderen Seite in der Zeit danach Zwänge zur Haushaltskonsolidierung entstehen. So wollen die Niederlande nun den Staatsanteil senken, indem sie beim steuerfinanzierten Sozialausgleich schlicht die Bedürftigkeitsgrenzen schrittweise Jahr für Jahr anheben.

## Das Problem der Lohnzusatzkosten

Eine Entkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Faktor Arbeit ist in den Niederlanden durch die Gesundheitsreform 2006 nicht erreicht worden. Auch das Absenken der Arbeitskosten ist nicht gelungen. Im Gegenteil: Seit 2006 haben sich die Belastungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer weit auseinander entwickelt – und zwar zu Lasten der Arbeitgeber, also der Lohnzusatzkosten. Dazu kommt, dass die Arbeitgeberbelastung nicht nur bei steigenden Gesundheitsausgaben wächst, sondern auch – jedenfalls unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze – mit zunehmenden Einkommen der Beschäftigten. Für die Arbeitgeber bedeutet dies eine „Doppel-Belastung“, wogegen der Versicherungsbeitrag der Arbeitnehmer einkommensunabhängig ist und damit beim Einkommensanstieg unberührt bleibt.

## Die deutsche Erfolgsstory von GKV und PKV

Die Dualität aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) löst in Deutschland Schnittstellenprobleme aus, auf die ihre Kritiker immer wieder hinweisen. Auch deshalb sei im Zuge der niederländischen Gesundheitsreform das „künstliche“ Nebeneinander zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Versicherungsmarktes aufgegeben worden. Genau diese Vereinheitlichung des Marktes wird als Erfolgsstory der Niederlande betrachtet.

Der für eine Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes zu zahlende Preis wäre in Deutschland allerdings sehr hoch. Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungsprodukten bliebe ebenso auf der Strecke wie der Systemwettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversi-

Die liberale und experimentierfreudige Gesundheitspolitik in den Niederlanden hat aufgezeigt, wie es gelingen kann, eine nennenswerte Pauschalprämie in ein Gesundheitswesen einzubauen. Das könnte tatsächlich beispielhaft sein. Allerdings ist die Pauschalprämie kein Selbstzweck. Sie kann, und das sollte



cherung. Dabei bieten die Wahlfreiheit, der Ideen- und Leistungswettbewerb sowie der Wettbewerb zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung für das Gesundheitssystem und die Versicherten in Deutschland viele Chancen. Ein gesunder Wettbewerb erfordert allerdings mehr als eine Dominanz von vier großen Konzernen wie in den Niederlanden.

## Schlussfolgerung

Ob das niederländische Modell tatsächlich als Vorbild für die deutsche Gesundheitspolitik taugt, erscheint zweifelhaft. In einer differenzierten Analyse schneidet das System unserer westlichen Nachbarn keineswegs so gut ab, wie in der deutschen Diskussion oft behauptet. Letztlich sind die Sympathien hierzulande vor allem politisch begründet – von Anhängern der Gesundheitsprämie wie der Bürgerversicherung gleichermaßen. Doch was kann Deutschland wirklich davon lernen?

ihre eigentliche Aufgabe sein, die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. Denn eine direkt an die Krankenkasse zu zahlende Pauschale, die sich von Kasse zu Kasse unterscheidet, wird vom Versicherten vermutlich eher als Wettbewerbsmerkmal wahrgenommen als ein einkommensabhängiger Beitrag, der eher unbemerkt durch Lohnabzug beim Arbeitgeber entrichtet wird.

Allerdings sollte das niederländische Modell lehren, dass es noch anderer flankierender Maßnahmen bedarf, um zwischen den gesetzlichen Krankenkassen einen neuen, substanziellen Beitragswettbewerb zu fairen Bedingungen herzustellen. Die Regierungskommission „Gesundheit“ sollte daher mit einem detaillierten Blick auf das Gesundheitssystem unseres Nachbarlandes schauen. Sie wird dann erkennen müssen, dass das niederländische Modell der Problemlage in Deutschland nicht entspricht.



# Ziemlich dünn

Aktuelle Studie zur privaten Krankenversicherung:  
Methodische Schwächen führen zu einem verzerrten Bild

Im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums hat das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) zusammen mit Prof. Bert Rürup eine Studie zum Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung (PKV) erarbeitet. Darin kommt das Institut unter anderem zu dem Ergebnis, dass die – verglichen mit den gesetzlichen Krankenkassen – relativ geringen Marktanteile der PKV-Unternehmen bessere Möglichkeiten zu Kooperationen und Zusammenschlüssen erfordern.

Solche Kooperationen bei Verträgen mit den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen treffen bisher auf enge kartellrechtliche Schranken. Es ist auch aus Sicht der PKV in der Tat nicht einzusehen, dass sie mit ihren rund zehn Prozent der Versicherten bei der Frage von Vertragskompetenzen an kartellrechtliche Grenzen stoßen soll, während die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit ihrem neunmal größeren Marktanteil keinerlei derartigen Beschränkungen unterliegt. Der PKV-Verband fordert seit langem eine

andere, angemessene Abgrenzung der kartellrechtlich relevanten Märkte, wie es nun auch die IGES-Studie empfiehlt.

Einige kritische Anmerkungen der IGES-Studie etwa zu den Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV beruhen hingegen darauf, dass die längst geltenden Wechsel-Rechte der Versicherten sowie die versicherungstechnischen und kalkulatorischen Grundlagen nicht angemessen berücksichtigt werden. Darüber hinaus zeigt die IGES-Studie methodische Schwächen, so bei ihrer Kritik an einer angeblichen „Vergreisung“ von Tarifen durch PKV-Unternehmen. Denn hier fehlt es an einer Gewichtung der untersuchten Tarife entsprechend ihrer jeweiligen Besetzungsstärke, worauf IGES selbst auch ausdrücklich hinweist.

Durch diese methodische Schwäche entsteht allerdings ein verzerrtes Bild: Einige seltene „vergreiste“ Tarife mit nur wenigen betroffenen Versicherten gehen

genauso stark in die IGES-Bewertung ein wie die Mehrzahl der „ausgewogenen“ Tarife, die von Millionen von Privatversicherten gewählt worden sind. Damit wird der Effekt einer „Vergreisung“ in der IGES-Studie statistisch überschätzt.

Die in manchen Medienberichten unterstellten „Billigtarife für Junge“ gibt es in der PKV schon deshalb nicht, weil die Kalkulationsvorschriften für Alte und Junge gleichermaßen gelten. Etwas anderes lässt die Kalkulationsverordnung nicht zu. Falls es dennoch in einzelnen Fällen zu dem von IGES behaupteten Problem kommen sollte, so gibt es für die Versicherten eine ganz einfache Lösung: Sie können ihren Tarif verlassen und in einen anderen, günstigeren Tarif wechseln.

## **Studie unterschätzt die langfristigen Wirkungen der Kapitalrücklagen.**

Schon seit 1994 besteht für alle Versicherten in der PKV das Recht, innerhalb desselben Unternehmens unter Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen in

Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung hat eine Studie zum Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung vorgelegt. Darin werden allerdings wichtige Aspekte nicht angemessen berücksichtigt.

einen anderen, preiswerteren Tarif umzusteuern (§ 204 Versicherungsvertragsgesetz). Der Versicherer muss den Versicherungsnehmer bei jeder Prämienhöhung auf sein Tarifwechselrecht aufmerksam machen (§ 6 Abs. 2 VVG). Allen Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, muss der Versicherer darüber hinaus bis zu zehn Umstufungsangebote machen. Dies ermöglicht es gerade älteren Versicherten, aufgrund einer ungünstigen Bestandszusammensetzung teurer gewordene Tarife zu verlassen und auf eine günstigere Variante umzustellen. Alle diese Instrumente werden in der IGES-Studie nicht angemessen berücksichtigt.

Kritische Fragen muss die Studie sich auch bei ihren Anmerkungen zur Reichweite der PKV-typischen Alterungsrückstellungen gefallen lassen. Sie unterschätzt nämlich die Wirksamkeit des sogenannten 10-Prozent-Zuschlags. Der wurde im Jahr 2000 als zusätzliche gezielte Vorkehrung gegen steigende Kosten durch den medizinisch-technischen Fortschritt in Verbindung mit dem demografischen Wandel eingeführt. Dieser Zuschlag wird ab dem Alter von 65 Jahren zur Begrenzung von Beitragsanpassungen oder sogar für Beitragssenkungen eingesetzt. Die volle Wirkung des Zuschlags ergibt sich erst durch den Zinseszins-Effekt. Dadurch wird diese zusätzliche Vorsorge in Zukunft starke Wirkung zeigen. Weil der

Zuschlag für Neuversicherte erst seit dem 1. Januar 2000 verpflichtend gilt und für die damals bereits Versicherten nur auf freiwilliger Basis eingeführt wurde, sind die von IGES analysierten Beitragsverläufe aus der Vergangenheit nicht aussagekräftig für die zukünftige Entwicklung.

Wie auch immer man die Reichweite der kapitalgedeckten Alterungsrückstellungen der PKV im Einzelnen bewertet, so ist jedenfalls generell festzustellen: Die Bildung solcher Rückstellungen ist allemal nachhaltiger als der völlige Verzicht auf finanzielle Vorsorge wie bei der Umlage-

finanzierung in der GKV. Die lebt von der Hand in den Mund und kann schon heute ihre laufenden Gesundheitsausgaben nur durch milliardenschwere staatliche Zuschüsse finanzieren, wovon mehrere Milliarden Euro überdies zusätzliche Staatsschulden verursachen. Fakt ist, dass die PKV für ihre Versicherten bereits Alterungsrückstellungen von mehr als 140 Milliarden Euro gebildet hat, die zudem zwei Finanzkrisen unbeschadet überstanden haben. Fakt ist auch, dass der Rechnungszins in der PKV seit 1949 immer erwirtschaftet wurde und niemals gesenkt werden musste.





# Eine dynamische Branche

Trotz Finanzkrise und den Hürden der jüngsten Gesundheitsreform wächst die private Krankenversicherung kontinuierlich

Die private Krankenversicherung (PKV) ist im Jahr 2009 trotz Finanzkrise und den Hürden der jüngsten Gesundheitsreform eindrucksvoll gewachsen. Das zeigen die aktuellen Geschäftszahlen: Insgesamt waren in der PKV zum Jahresende 8,81 Millionen Menschen vollversichert, das ist ein Plus von 2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Der Netto-Neuzugang in der Vollversicherung betrug 2009 175.100 Personen. Diese Zahl ist erfreulich. Um sie richtig einordnen zu können, muss man allerdings mehrere Sondereffekte berücksichtigen:

- 46.500 Versicherte sind Nichtzahler, die bereits sechs Monate oder länger im Betragsrückstand sind. Sie wären nach altem Recht wegen Nichtzahlung ihrer Beiträge in der privaten ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gekündigt worden, was seit der Gesundheitsreform nicht mehr möglich ist. Diese Kündigungen hätten die Netto-Zahlen entsprechend geschmälert, deshalb müssen sie beim Vergleich mit den Vorjahres-

zahlen ausgeklammert werden. Von den Nichtzahlern sind dabei nur knapp 1.200 Hilfebedürftige.

- 28.100 Verträge betreffen vorher nicht-versicherte Personen, sind also ein Sondereffekt aufgrund der ab 2009 eingeführten Pflicht zur Versicherung.
- 1.500 Verträge sind reine Anwartschafts-Versicherungen für einen späteren Eintritt in die PKV.

Der mit den Vorjahren vergleichbare echte Nettozugang beträgt 2009 nach Abzug dieser Sondereffekte rund 99.000 voll-versicherte Personen. Im Vergleich zum Vorjahreswert ist das aber immer noch mehr als eine Verdopplung.

## Zusatzversicherungen

Auch die Zusatzversicherungen wurden deutlich stärker nachgefragt: 2009 wurden 730.000 neue Policen abgeschlossen, so dass zum Jahresende insgesamt

21,71 Millionen Verträge bestanden. Das ist ein Plus von 3,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Dies zeigt: Die PKV ist in der Vollversicherung und in der Zusatzversicherung weiterhin auf Wachstumskurs, weil sich immer mehr Menschen privat versichern wollen. Und es würden noch viel mehr Menschen in die private Krankenversicherung kommen, wenn der Gesetzgeber das nicht verhindern würde. Er hat die Einkommenshürden für Arbeitnehmer immer höher gezogen. Für 2010 wurde die Versicherungspflichtgrenze gerade erst auf 49.950 Euro Jahreseinkommen erhöht.

Zudem wurde diese Hürde für einen Wechsel gesetzlich Versicherter in die PKV 2007 quasi verdreifacht. Seitdem müssen Arbeitnehmer eine Drei-Jahres-Wartefrist hinnehmen, bevor sie endlich in die von ihnen gewünschte Versicherung gehen dürfen. Die schädliche Wirkung der 3-Jahres-Frist ist übrigens

Immer mehr Menschen entscheiden sich für einen Voll- oder Zusatzschutz in der privaten Krankenversicherung. Dies zeigen die aktuellen Geschäftszahlen für das Jahr 2009.

nicht vorüber, nur weil seit ihrer Einführung inzwischen drei Jahre vergangen sind. Der Schaden entfaltet sich für jeden Versicherten-Jahrgang aufs Neue. Die Versicherten werden drei Jahre älter, damit wird der Zeitraum für den Aufbau ihrer Alterungsrückstellungen und den Zinseszins-Vorteil kürzer. Dies hat zur Folge, dass der Einstiegsbeitrag höher wird.

Daher setzt die PKV auf Erfüllung der Zusagen aus dem Koalitionsvertrag, wonach die alte Rechtslage wieder hergestellt werden soll, so dass bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze der Wechsel in die PKV wieder unverzüglich erlaubt ist.

### Einnahmen und Leistungen

Die Beitragseinnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung erreichten 2009 insgesamt 31,5 Milliarden Euro, das ist ein Plus von 3,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen haben sich 2009 in der Kranken- und Pflegeversicherung um 4,7 Prozent auf 21,1 Milliarden Euro erhöht.

Im Interesse der Versicherten kann dieser deutliche Kostenanstieg in Zukunft nicht

ungebremst so weitergehen. Die private Krankenversicherung fordert deshalb umfassende Vertragskompetenzen, damit sie in Verhandlungen mit allen Leistungserbringern eintreten kann. Die Branche will und muss wesentlich stärker Einfluss auf die Qualität und die damit verbundenen Mengen und Preise der Gesundheitsleistungen nehmen.

### Pflegeversicherung

In der Pflegeversicherung waren Ende 2009 insgesamt 9,51 Millionen Menschen privat pflegeversichert, ein Plus von 1,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Versichertenzahl in der Pflegeversicherung weicht von der Zahl in der Krankheitsvollversicherung ab, weil auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Die Pflegezusatzversicherung verzeichnete 2009 einen Zuwachs um 12,5 Prozent. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Absicherung für den Pflegefall rückt zunehmend stärker ins Bewusstsein der Menschen. Allerdings besteht bei insgesamt 1,48 Millionen Verträgen bezogen auf die Gesamtbevölkerung nach wie vor ein großer Nachholbedarf.

In der Pflegeversicherung haben sich die ausgezahlten Versicherungsleistungen 2009 um 9,1 Prozent erhöht. Dieser starke Anstieg hat vor allem zwei Ursachen:

- Zum einen ist am 1. Juli 2009 die gesetzliche Ausweitung der Pflege-Versicherungsleistungen in Kraft getreten.
- Zum anderen sind auch die Kosten für die gesetzlich vorgeschriebene Pflegeberatung hinzugekommen.

### Alterungsrückstellungen

Die Alterungsrückstellungen betragen Ende 2009 für die Krankenversicherung rund 124 Milliarden Euro und für die Pflegeversicherung rund 20 Milliarden Euro – insgesamt also rund 144 Milliarden Euro. Das bedeutet eine Steigerung um 7,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die Kapitaldeckung der PKV hat auch die jüngste Finanzkrise unbeschadet überstanden. Natürlich hat die Krise die Nettoverzinsung der Unternehmen im Jahr 2009 belastet. Dennoch konnten alle Unternehmen auch diesmal den Rechnungszins bedienen – übrigens genauso wie in jedem Jahr seit dessen Einführung 1949. Das zeigt, wie verlässlich die Anlagepolitik der Branche ist.



# Steigende Arzneimittel-Kosten

Das ist bitter: Auch die private Krankenversicherung muss immer mehr Geld für Medikamente ausgeben

Der Arzneimittelbereich ist nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einer der am schnellsten wachsenden Ausgabenposten. Auch in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist der Anteil der Arzneimittelkosten an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit stark gestiegen. Während der Anteil der Arzneimittelausgaben in der GKV von 2004 bis 2008 von 15,6 auf 18,2 Prozent zunahm, kletterte der entsprechende Anteil in der PKV von 10,2 auf 11,4 Prozent.

Dabei gibt es keinen Grund zur Annahme, dass diese Steigerung in naher Zukunft beendet sein wird. Denn weil die Verordnung vieler Medikamente mit dem Alter der Patienten stark zunimmt, führt eine alternde Bevölkerung wie in Deutschland per se zu einem höheren Arzneimittelverbrauch.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken ist es notwendig, die Arzneimittelversorgung der Patienten effizienter zu gestalten. Das bedeutet, mit möglichst ge-

ringen finanziellen Mitteln eine qualitativ hochwertige Versorgung zu organisieren. An dieser Stelle ist die Versorgungsforschung gefragt, die unter anderem untersucht, welche medizinischen Maßnahmen sinnvoll und wirksam sind oder welche Versorgungskonzepte eine effiziente Behandlung der Patienten gewährleisten.

Zur Beantwortung dieser Fragen ist eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation unerlässlich. Eine solche bietet jetzt das Wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherung (WIP) mit seinem soeben vorgestellten Arzneimittelbericht. Laut Projektleiter Dr. Frank Wild liegt nun erstmals ein umfassender Überblick zur Entwicklung der Arzneimittelversorgung von Privatversicherten vor. Untersucht wurden hierzu neben der Kostenentwicklung im Arzneimittelsektor insgesamt sowie den Verordnungs- und Umsatzprofilen auch die Teilmärkte der neuen und innovativen Medikamente, der generikafähigen Wirkstoffe und der nicht-verschreibungspflichtigen Präparate (OTC-Präparate).

Grundlage der Analyse sind Arzneiverordnungsdaten, die dem WIP von neun PKV-Unternehmen zur Verfügung gestellt wurden, bei denen zusammen mehr als die Hälfte aller Privatversicherten erfasst sind. In der Untersuchung wurde auch ein Vergleich mit der Arzneimittelversorgung in der GKV angestellt. Deren Daten wurden dem Arzneiverordnungs-Report 2009 entnommen.

Einige der wichtigsten Ergebnisse der WIP-Analyse im Überblick:

- Im Jahr 2008 lagen die Arzneimittelausgaben der PKV-Unternehmen bei 2,22 Milliarden Euro. Im Vergleich zum letzten Jahr stiegen die Arzneimittelausgaben pro Versicherten um 7,5 Prozent.
- Der Durchschnittspreis einer Verordnung für Privatversicherte belief sich im Jahr 2008 auf 43,30 Euro nach 42,94 Euro im Vorjahr.
- Die Arzneimittelausgaben in der privaten Krankenversicherung weisen

Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) beleuchtet die aktuelle Versorgung der Privatversicherten mit Arzneimitteln und liefert die Datengrundlage für mögliche Verbesserungen.

jährlich nicht nur höhere Steigerungsraten als bei den gesetzlichen Krankenkassen auf, sondern steigen regelmäßig auch stärker im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen.

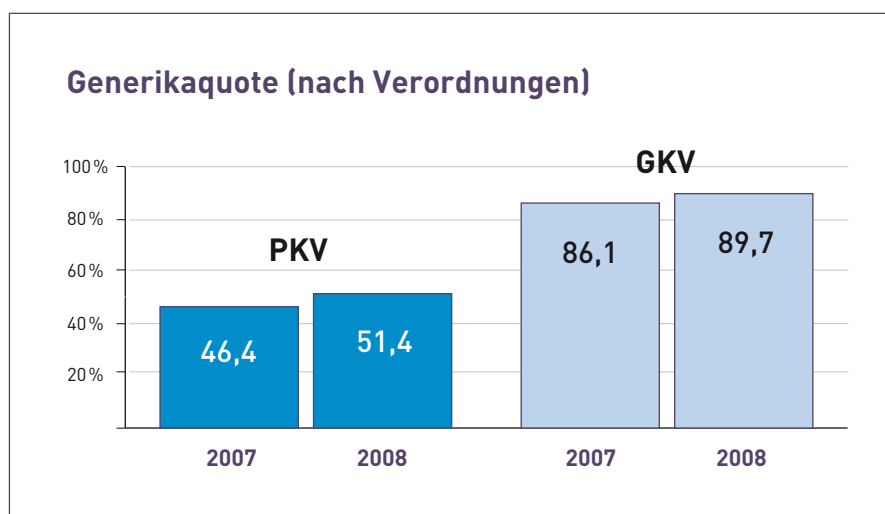
- Privatversicherte erhalten anteilig häufiger neue Medikamente als GKV-Versicherte. Dies ergab die Berechnung einer gesamtmarkt- und indikationsbezogenen Innovationsquote.
- Nichtverschreibungspflichtige Medikamente haben in der privaten Krankenversicherung eine besonders große Bedeutung: Bei mehr als einem Drittel aller eingereichten Verordnungen handelt es sich um nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Für die 100 umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffe konnte bei der PKV für das Jahr 2008 eine Generikaquote (nach Verordnungen) von 51,4 Prozent berechnet werden. Dies ist eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr (46,4 Prozent). Die GKV weist eine erheblich größere Quote auf. Auf hohem Niveau konnte hier sogar noch ein weiterer Anstieg von 86,1 auf 89,7 Prozent erreicht werden. Bei generikafähigen Wirkstoffen erhalten Kassenpatienten damit nur noch in einem von zehn Fällen das Originalpräparat.

Bereits seit einigen Jahren lässt sich jedoch auch in der PKV ein kontinuierlicher Anstieg der Generikaquote nachweisen. Bei 5 der 30 umsatzstärksten generikafähigen Wirkstoffen liegt die Generikaquote bereits über 80 Prozent. Dies ist umso bemerkenswerter, als im privatrechtlich geschlossenen Vertrag zwischen den Privatversicherten und den PKV-Unternehmen der Leistungsumfang für die gesamte Vertragslaufzeit garantiert ist. Selbst nach Abschluss von Rabattverträgen mit Pharmaherstellern muss ein PKV-Unternehmen vor allem auf das Kostenbewusstsein seiner Versicherten vertrauen, da diese nicht verpflichtet sind, die rabattierten Arzneimittel zu kaufen.

Gerade der Arzneimittelmarkt unterliegt einer hohen Dynamik, die sich aus dem stetigen Markteintritt neuer Wirkstoffe, dem Auslaufen von Patenten und neuen gesetzlichen Regelungen ergibt. Vor diesem Hintergrund ist eine regelmäßige wissenschaftliche Analyse dieses Leistungsbereiches unabdingbar und lohnenswert. Das WIP wird das Arzneimittelmanagement der privaten Krankenversicherungsunternehmen auf diesem Wege weiter unterstützen und wichtige Informationen für die Nutzung von Einsparpotenzialen geben.

Die komplette Studie „Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 - Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich“ finden Sie im Internet unter [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de).



## PKV unterstützt Fußballturnier des Deutschen Bundestages



Beim 7. Benefiz Hallenfußballturnier des Deutschen Bundestages konnten Anfang März neun Mannschaften namhafter Persönlichkeiten aus Wirtschaft und Gesellschaft ihr Können unter Beweis stellen. Unterstützt wurde die Veranstaltung in diesem Jahr erstmals vom Verband der privaten Krankenversicherung.

Eröffnet wurde der Abend vom Präsidenten des Deutschen Bundestages, Dr. Norbert Lammert. Der Erlös des Turniers ist für Hilfsprojekte in Eritrea bestimmt.

Der „FC Bundestag“ erreichte übrigens einen beachtlichen dritten Platz. Den Sieg spielten die Teams zweier Unternehmen untereinander aus.

## Umfrage: Mehr Menschen wollen in die private Krankenversicherung

Jeder dritte gesetzlich Versicherte würde gern zu einer privaten Krankenversicherung wechseln. Unter jungen Menschen zwischen 18 und 25 Jahren würden sogar 45 Prozent diesen Schritt tun, wenn sie könnten. Das ergab eine repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag der HanseMerkur Versicherungsgruppe.

Weiteres Ergebnis der Studie: Das neue Bürgerentlastungsgesetz, durch das Krankenversicherungsbeiträge weitgehend steuerlich anrechenbar sind, macht den Wechsel in die Private noch attraktiver. Diese Auffassung vertritt jeder vierte jener gesetzlich Versicherten, die die Kriterien zur Aufnahme in eine private Versicherung erfüllen. Jüngere Menschen interessierten sich auch in dieser Frage noch stärker für eine private Versicherung: Ein Drittel der zum Wechsel Berechtigten im Alter von 26 bis 35 Jahren gab an, die private Krankenversicherung sei durch das Gesetz attraktiver gewor-

den. Privat versichern dürfen sich derzeit nur Beamte, Selbstständige, Freiberufler und Angestellte mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von mindestens 4.162,50 Euro. Das Gehalt muss in den vergangenen drei Jahren oberhalb dieser Grenze gelegen haben und auch im Folgejahr erreicht werden.

Wer die Voraussetzungen für eine private Vollversicherung nicht erfüllt, kann durch eine private Zusatzversicherung einzelne Gesundheitsbereiche absichern. Auch diese Strategie wird durch das Bürgerentlastungsgesetz erleichtert: Fast die Hälfte (44 Prozent) aller gesetzlich Versicherten kann sich vorstellen, die Steuerersparnisse für den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung zu nutzen. In der Altersgruppe von 36 bis 45 Jahren denken sogar 50 Prozent der gesetzlich Versicherten darüber nach, das eingesparte Geld für eine Zusatzversicherung zu verwenden.

## Keine Reisen mehr auf Kassenkosten?

Auslandsreisen von gesetzlich Versicherten sollen nach dem Willen der baden-württembergischen Gesundheitsministerin Monika Stolz nicht länger mit Versicherungsgeldern von den Krankenkassen finanziert werden. Stolz will im Bundesrat für einen Vorschlag ihres Bundeslandes werben, wonach Präventionsleistungen der Krankenkassen nur noch in Deutschland erbracht werden dürfen.

„In den Ausschüssen fand unser Antrag schon eine Mehrheit“, so Stolz. In Zeiten knapper Kassen stießen Werbebotschaften wie „Wellness-Urlaub im Ausland – sichern Sie sich den Zuschuss Ihrer Kasse“ zunehmend auf Unverständnis, erklärte die Ministerin. „Es kann ja durchaus sein, dass eine Massage im Erholungsurlaub einen Beitrag zur gesundheitlichen Prävention leistet. Es kann aber nicht sein, dass das aus Beitragsmitteln der Solidargemeinschaft gezahlt wird.“

GASTKOMMENTAR

# Die Online-Beratung der Aidshilfen trifft auf großes Interesse

Die PKV unterstützt das Beratungsportal der Deutschen AIDS-Hilfe. Vier Jahre nach dem Start ist das Projekt ein erfolgreiches Instrument der HIV-Prävention geworden. **Von Silke Klumb**

Im November 2009 ging beim Online-Beratungsportal [www.aids-hilfe-beratung.de](http://www.aids-hilfe-beratung.de) der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) die 10.000ste Anfrage ein: Was im Web 2.0-Zeitalter als selbstverständlich scheint, war zum Start der Internetberatung im Jahr 2006 noch mit vielen Fragezeichen versehen: Werden sich Menschen im Internet anonym zu persönlichen, sensiblen und intimen Fragen zur HIV-Prävention, über Sexualität, über die Krankheit Aids oder zum Sozialrecht beraten lassen? Für die Deutsche Aidshilfe galt es daher, Pionierarbeit zu leisten.

Uns beschäftigte bereits 2005 die Frage, wie eine Internetberatungsstelle mit Expertinnen und Experten aus Aidshilfen in ganz Deutschland zu organisieren ist. Die Mailberatung als eigene Beratungsform steckte noch in den Kinderschuhen. Qualitätsstandards und Ausbildungen für die Onlineberater mussten erst entwickelt und etabliert werden. Auch die Herausforderungen des Datenschutzes (zum Beispiel die drohende Vorratsdatenspeicherung) spielten eine große Rolle. Es zeigte sich, dass alle Anforderungen nur über ein gemeinsames Portal der Aidshilfen unter dem Dach der DAH gelöst werden konnten: Heute beraten 30 Frauen und Männer aus 23 verschiedenen Einrichtungen von Kiel bis Konstanz und von Aachen bis Dresden zu allen Fragen rund um HIV, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Infektionen.

„Habe ich mich angesteckt?“ ist eine der häufigsten Fragen, die bei [aids-hilfe-beratung.de](http://aids-hilfe-beratung.de) eingeht. Die Berater helfen, das Risiko einzuschätzen, das der/die Fragende eingegangen ist. Etwa jede zehnte Anfrage kommt von HIV-positiven Menschen – viele haben gerade ihr Testergebnis erfahren und suchen professionellen Rat. Häufige Fragen sind: „Was bedeutet der Befund für mich konkret?“, „Wo finde ich einen Facharzt, und welche Therapien gibt es?“, „Wem kann oder sollte ich es erzählen?“, „Welche Selbsthilfegruppen gibt es in meiner Nähe?“

Gerade bei der Beratung im Internet spielt der Schutz der persönlichen Daten eine besonders große Rolle: In der

HIV-Beratung geht es um sehr private Themen. Die DAH nutzt daher modernste Techniken wie SSL-Verschlüsselung, Webbasierung und Anonymisierung der Ratsuchenden. Ermöglicht wird das erfolgreiche Modellprojekt durch die finanzielle Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit Unterstützung der privaten Krankenversicherung.

Eine niedrighschwellige Beratung, wie sie die Onlineberatung der Aidshilfen individuell anbietet, ist eine sehr effektive Form der HIV-Prävention. Wir erreichen auch ein junges, sexuell aktives Publikum: Fast 40 Prozent der Nutzer sind jünger als 25 Jahre. Dies ist sehr erfreulich, da junge Menschen die „klassischen“ Beratungsangebote weitaus weniger nutzen als ältere. So erreichen wir Menschen jeder Generation.

[www.aids-hilfe-beratung.de](http://www.aids-hilfe-beratung.de)



Silke Klumb ist Geschäftsführerin der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Er gibt später richtig Gas  
und rauscht morgen  
durch die **Prüfung.**

... er verliert nicht nur den  
**Führerschein.**

Sie kriegt  
noch die **Kurve, ...**



**ALKOHOL?**

**Kenn dein Limit.**

Alkohol macht mehr kaputt, als du denkst.  
[www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info)

**PKV**  
Verband der privaten  
Krankenversicherung e.V.

**BZgA**  
Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung