

## Mehrumsatz steigt weiter an

Der Betrag, den privat versicherte Patienten zusätzlich in das Gesundheitssystem zahlen und auf den die aktuelle Kampagne der PKV „Gut für alle“ hinweist, hat sich im Jahr 2006 erneut erhöht. Dies ergab die Auswertung der aktuellen Zahlen durch das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP). [> Seite 4](#)

## Tricks in der Grauzone

Um höhere Erlöse zu erzielen, gründen manche Krankenhäuser mit juristischen Kniffs Privatkliniken aus. Obwohl die dort erbrachten Leistungen weitgehend mit denen im Haupthaus übereinstimmen, werden dafür deutlich höhere Rechnungen gestellt. Diese Fehlentwicklung geht zulasten der Patienten und gehört gestoppt. [> Seite 6](#)

## Höhere Dosis für Privatpatienten?

Das WIP hat die Menge der verordneten Arzneimittel bei PKV- und GKV-Versicherten verglichen und herausgefunden, dass privat Versicherte im Alter deutlich mehr Arzneimittel erhalten. [> Seite 8](#)

## Großes Vertrauen in die PKV

Das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der privaten Krankenversicherung ist nach wie vor sehr hoch. Das ergab eine Befragung des Allensbach-Instituts. [> Seite 10](#)

## Reinhold Schulte 60 Jahre

Am 17. Januar feierte der Vorsitzende des PKV-Verbandes die Vollendung seines 60. Lebensjahres. Reinhold Schultes Engagement als Vorsitzender war von der ersten Minute an gefordert und erreichte seinen vorläufigen Höhepunkt in der Debatte über die jüngste Gesundheitsreform. [> Seite 12](#)

## Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 2](#) +++  
Impressum [> Seite 12](#)



## Gut für sie. Gut für alle. Die privaten Krankenversicherungen.

Unter diesem Motto informiert eine neue Kampagne der PKV über die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für die medizinische Versorgung in Deutschland. Denn dass unser Gesundheitswesen im internationalen Vergleich nach wie vor sehr leistungsstark ist, liegt mit an der PKV: Sie garantiert nicht nur einen umfassenden Schutz ihrer eigenen Versicherten, sondern befördert auch den Fortschritt im Gesundheitssystem. Gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen sichert sie eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Menschen. Weil Privatpatienten für viele medizinische Leistungen höhere Honorare zahlen, stärken sie das gesamte Gesundheitswesen. Denn mit ei-

nem Teil ihrer finanziellen Aufwendungen können Ärzte und Krankenhäuser in moderne Geräte und innovative Behandlungsmethoden investieren. Davon profitieren alle: privat und gesetzlich Versicherte. Zudem ist die PKV generationengerecht. Denn privat Versicherte bilden mit ihren Beiträgen Altersrückstellungen. So sorgen sie für die im Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vor. Damit werden die Jüngeren nicht belastet - eine Rechnung, die für alle aufgeht. Auf diese Zusammenhänge werden die privaten Krankenversicherungen in den kommenden Monaten in zahlreichen Zeitschriften, in Onlineanzeigen und auf einer eigenen Internetseite hinweisen.

## Brief aus Berlin und Köln



Im ersten Heft des noch jungen neuen Jahres sei hier einmal der Sachstand einiger der 2008 für die PKV besonders relevanten Themen geschildert, Ausblick inklusive:

### **Pflegereform**

Noch vor Weihnachten hat der Regierungsentwurf für ein Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die erste Hürde im Bundesrat genommen. Die Stellungnahme der Länderkammer enthält zwar zahlreiche Änderungswünsche, im Kern ist der Ge-

setzentwurf jedoch auf Zustimmung gestoßen. Das gilt insbesondere für das Konzept von Pflegestützpunkten, mit denen der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung umgesetzt werden soll. Während die Bundestagsfraktion der Union noch vor den Finanzierungslücken warnt und alternativ Beratungsgutscheine für die Betroffenen favorisiert, beharrt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf dem flächendeckenden Aufbau einer zusätzlichen Bürokratie.

Wie auch immer dieser Streit in der Koalition ausgeht: Die PKV als Träger der privaten Pflegepflichtversicherung verfolgt einen eigenständigen Weg der aufsuchenden Pflegeberatung, der die Bedürftigen in den Mittelpunkt stellt. Ein entsprechendes Rahmenkonzept haben die Verbandsgremien zwischenzeitlich beschlossen.

### **Präventionsgesetz**

Der vorerst gescheiterte Referentenentwurf des BMG für ein Präventionsgesetz sah vor, die PKV über eine Sonderabgabe an der Finanzierung der geplanten Präventionsräte zu beteiligen. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch die angekündigte Überarbeitung des Entwurfs eine entsprechende Einbeziehung der PKV enthalten wird. Dies ist aus ordnungspolitischen wie verfassungsrechtlichen Gründen abzulehnen: Primärprävention, und um diese geht es hier, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und insofern über



Steuern zu finanzieren. Möglich sind allenfalls gezielte Projekte auf freiwilliger Basis. Ein solches Engagement ist die PKV in der Aids-Prävention eingegangen.

## Basistarif

Die Branche bereitet derzeit intensiv die Verfassungsbeschwerde gegen das jüngste Gesundheitsreformgesetz vor, in deren Zentrum unter anderem die Argumentation gegen den Basistarif stehen wird. Da die Betroffenheit jedes einzelnen Unternehmens dargelegt werden muss, erstellen die privaten Krankenversicherungen individuelle Prognosen zur Auswirkung des Basistarifs. Die Beschwerde wird rechtzeitig, das heißt vor dem 1. April 2008, eingereicht werden.

## Wahltarife der GKV

Das Sozialgericht Köln hat den Antrag des PKV-Verbandes auf Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen das Angebot von Zu-

satzversicherungen durch die AOK Rheinland zwar abgelehnt. Damit hat es aber nicht die Auffassung der PKV verworfen, sondern nur die Notwendigkeit verneint, in einem Eilverfahren zu entscheiden. Der PKV-Verband sieht in dem Angebot von Zusatzversicherungen wie zum Beispiel der Unterbringung im Einbettzimmer durch die Kassen einen eindeutigen

Rechtsverstoß und wird diese Auffassung im Hauptsacheverfahren weiter vertreten.

In diesen Tagen ist der Startschuss für eine neue Informationskampagne der PKV gefallen. Ein erstes Motiv aus der Reihe "Gut für alle" sehen Sie unten, weitere Informationen gibt es auf der Internetseite [www.pkv-gut-fuer-alle.de](http://www.pkv-gut-fuer-alle.de). L



Privat Versicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Dafür erhalten sie eine sehr gute medizinische Versorgung und sie stärken damit das gesamte Gesundheitssystem. Denn mit einem Teil ihrer finanziellen Aufwendungen können Ärzte und Krankenhäuser in moderne Geräte und fortschrittliche Behandlungsmethoden investieren. Davon profitieren alle: privat und gesetzlich Versicherte.

Mehr Infos: [www.pkv-gut-fuer-alle.de](http://www.pkv-gut-fuer-alle.de)

**Gut für alle.**  
**PKV**  
Die privaten Krankenversicherungen

## Gut für alle: Der Mehrumsatz der privat Versicherten steigt weiter an

Der Betrag, den privat versicherte Patienten zusätzlich in das Gesundheitssystem zahlen und auf den auch die aktuelle Informationskampagne der PKV hinweist, hat sich in der Vergangenheit kontinuierlich erhöht. Die Auswertung der aktuellen Zahlen durch das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) bestätigt diesen Trend für das Jahr 2006.

Der Mehrumsatz ergibt sich wie in den Vorjahren aus einem Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte. Für die Daten der PKV werden die Kopfschadenstatistiken des PKV-Verbandes herangezogen. Die Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden anhand der Daten aus dem Risikostrukturausgleich errechnet. Aus diesen Daten ergeben sich hypothetische Leistungsausgaben, die PKV-Versicherte verursacht hätten, wenn sie statt in der PKV in der GKV versichert gewesen wären. Die Differenz zu den tatsächlichen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten ist der Mehrumsatz.

### Entwicklung des Mehrumsatzes

Im Jahr 2006 haben die PKV-Versicherten (inklusive Beihilfeanteil und erfasster

Selbstbehalte) circa 22,7 Mrd. Euro ins Gesundheitssystem eingezahlt. Damit lagen ihre Gesundheitsausgaben 4,5 Prozent über dem Vorjahresniveau. Wären die PKV-Versicherten 2006 in der GKV versichert gewesen, hätte diese für sie nur knapp 13 Mrd. Euro an Leistungsausgaben ins Gesundheitssystem eingezahlt. Diese hypothetischen Ausgaben sind mit 6,94 Prozent im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls gestiegen.

Die Differenz dieser beiden Größen und damit der Mehrumsatz betrug im Jahr 2006 knapp 9,7 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2005 ergibt sich wie in den Vorjahren wiederum ein Anstieg (1,42 Prozent; siehe Abbildung unten). Dieser rührt neben der Zunahme der Versichertenzahl in der PKV vor allem auch von der Alterung der

Versicherten her: Weil der Mehrumsatz pro Person mit dem durchschnittlichen Lebensalter wächst, führt schon allein eine Alterung des Versichertenkollektivs zu einem Anstieg des Mehrumsatzes.

Die Höhe und die Entwicklung des Mehrumsatzes unterscheiden sich in den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems (siehe gegenüberliegende Tabelle).

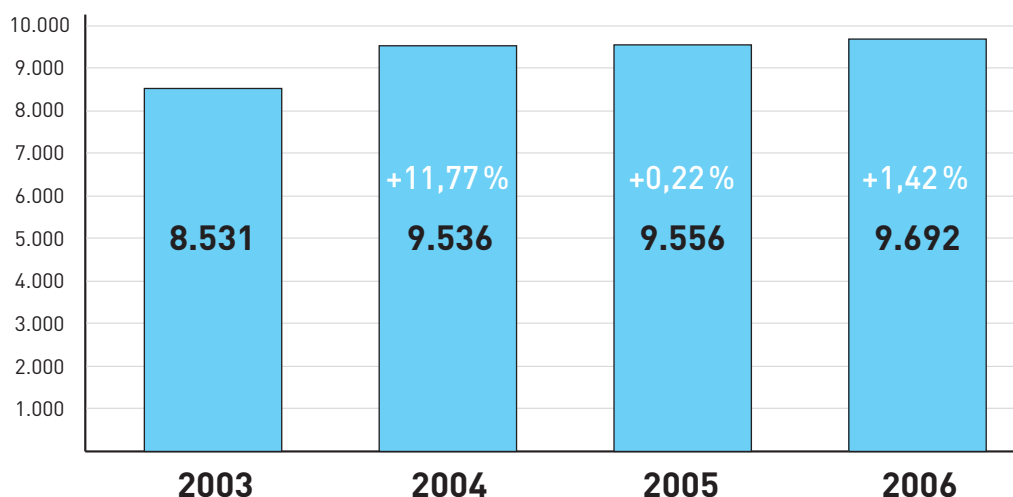
### Arzthonorare

Der größte Anteil der Leistungsausgaben im ambulanten Sektor entfällt in der PKV – anders als in der GKV – auf die Arzthonorare. In der GKV sind die Arzneimittelausgaben erneut die größte Position in der offiziellen Statistik des Bundesgesundheitsministeriums im ambulanten Bereich. Der Vergleich der Ausgaben in beiden

Krankenversicherungsarten ermittelt einen Mehrumsatz von knapp 4,4 Mrd. Euro bei den Arzthonoraren. Damit entfällt wie in den Vorjahren der größte Teil des gesamten Mehrumsatzes des Gesundheitssystems auf diesen Bereich. Nach dem relativ moderaten Anstieg des Mehrumsatzes im Vorjahr ist hier für 2006 mit 4,15 Prozent wieder eine deutlichere Steigerung festzustellen.

### Mehrumsatz der Privatpatienten

Mio. Euro



Quelle: RSA-Daten; PKV-Kopfschadenstatistik; eigene Berechnungen

## Mehrumsatz in Mio. Euro

Bereiche	Jahr			
	2003	2004	2005	2006
Arzthonorare	3.660	4.106	4.201	4.375
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	2.355	2.538	2.594	2.860
Krankenhaus	590	723	620	773
Zahnmedizin	1.926	2.170	2.140	1.684
Gesamt (gerundet)	8.531	9.536	9.556	9.692

### Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Neben den Arzthonoraren stellen die Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den zweiten Bereich des ambulanten Sektors dar. Hier ergibt sich ein Mehrumsatz von 2,86 Mrd. Euro. Damit ist er im Vergleich zum Vorjahr mit 10,25 Prozent deutlich angewachsen und weiterhin der zweitgrößte Mehrumsatzbereich nach den Arzthonoraren.

### Zahnmedizinische Versorgung

Im zweiten Jahr nach Einführung der Zahnersatz-Festzuschüsse in der GKV liegen nun Jahresdaten über die Ausgaben für diese Zuschüsse vor. Auf dieser Grundlage lässt sich der von den GKV-Versicherten selbst zu tragende Anteil an der Regelversorgung erstmals methodisch berücksichtigen. Dieser Betrag erhöht auch den hypothetischen Umsatz der PKV-Versicherten in der GKV und führt damit für 2006 direkt zu einem niedrigeren Mehrumsatz im zahnmedizinischen Bereich von knapp 1,7 Mrd. Euro.

### Stationärer Bereich

Da sich die Ausgaben für Krankenhausleistungen in PKV und

GKV aufgrund einheitlicher Fallkostenspauschalen kaum unterscheiden, ist der Mehrumsatz im Verhältnis zu den Gesamtausgaben hier relativ gering.

Durch einen Anstieg der Ausgaben für stationäre Leistungen in der PKV von 2005 zu 2006 ergibt sich eine Zunahme des Mehrumsatzes auf nun 773 Mio. Euro im Jahr 2006. In dieser Größenordnung bewegte

sich der Mehrumsatz auch in den vorangegangenen Jahren.

### Fazit

Der Mehrumsatz der privat Versicherten im Gesundheitssystem hat sich erneut erhöht und lag im Jahr 2006 bei circa 9,7 Mrd. Euro. Betrachtet man die einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems, so wird ersichtlich, dass der Mehrumsatz vor allem bei den Arzneimitteln relativ stark gestiegen ist. Auch bei den Arzthonoraren und im Krankenhausbereich ist ein Zuwachs festzustellen. Nur in der zahnmedizinischen Versorgung ging der Mehrumsatz zurück. Hier wirkt sich die methodische Berücksichtigung der Festzuschüsse aus.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Mehrumsatz in erster Linie im ambulanten Bereich entsteht. Vor allem die Ärzte und der Arzneimittelsektor profitieren weiter stark von der PKV. *fn*

*Die ausführliche Fassung der Studie findet sich im Internet unter [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de).*



Der größte Teil des Mehrumsatzes der privat Versicherten entfällt auf die Arzthonorare.

## Ausgründung von Privatkliniken: Tricks in der Grauzone

Um höhere Erlöse zu erzielen, gründen manche Krankenhäuser mit juristischen Kniffs Privatkliniken aus. Obwohl die dort erbrachten Leistungen weitgehend mit denen im Haupthaus übereinstimmen, werden dafür deutlich höhere Entgelte in Rechnung gestellt. Diese Fehlentwicklung geht zulasten der Patienten und gehört gestoppt.

Die stationäre Versorgung in Deutschland erfolgt in circa 2.000 öffentlichen Krankenhäusern, die sich über Leistungsentgelte einerseits und Fördermittel andererseits finanzieren. Die Krankenhausbetreiber – öffentliche, freigemeinnützige und private Träger – sind im Gegenzug verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Dabei dürfen sie nicht zwischen den verschiedenen Kostenträgern, also zwischen Kassen- und Privatpatienten, unterscheiden. Für beide ist damit zum Beispiel eine Blinddarmoperation grundsätzlich gleich teuer. Preisunterschiede können sich nur dann ergeben, wenn zusätzliche Wahlleistungen vereinbart, erbracht und abgerechnet werden. So können die Krankenhäuser mit der verbesserten Unterbringung ihrer Patienten im Ein- oder Zweibettzimmer oder deren Behandlung durch den Chefarzt zusätzliche Einnahmen realisieren.

Dieser Rechtsrahmen ermöglicht es den Kliniken, bei entsprechendem Erfolg am Markt Gewinne zu erzielen. In den vergangenen Jahren hat das erheblich zur Steigerung des Wettbewerbs und damit der Qualität und der Effizienz in den Krankenhäusern beigetragen. Das liegt insbesondere auch im Interesse der Patienten, die zunehmend als Kunden gesehen und behandelt werden. An der Spitze dieser Entwicklung standen und stehen vielfach private und freigemeinnützige Krankenhausträger. Gerade die großen privaten Krankenhausketten waren und sind Vorreiter für die Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Patientenversorgung bei differenziertem Leistungsangebot. Hier zeigt sich, wie günstig sich eine privatwirtschaft-

liche Organisation und die Aussicht auf finanziellen Erfolg auswirken können.

### Gewinnstreben mit Mogelpackung

Allerdings gilt hier: Wenn Gewinne möglich sind, werden sie auch mit aller Macht angestrebt – gegebenenfalls durch geschickte Angebotsgestaltung bis hin zur Mogelpackung. Zunutze machen sich die Häuser dabei, dass die Kontrollfunktion ihrer Kunden stark eingeschränkt ist: Im ohnehin wenig transparenten Bereich medizinisch notwendiger Leistungen interessieren sich die Patienten kaum für die sachliche Rechtfertigung ihrer Behandlungskosten, solange ihnen nur geholfen wird. Dieser Umstand führt in den Grauzonen eines sich fortlaufend verändernden und rechtlich durchnormierten Gesundheitswesens immer wieder zu fragwürdigen Gestaltungen sowie zu nicht akzeptablen Kostenbelastungen.

Ein gutes Beispiel für eine solche Fehlentwicklung in der Vergangenheit waren die Zuschläge für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer. Hierfür wurden den Patienten bei nur geringer oder sogar gänzlich ohne Mehrleistung horrend Zimmerzuschläge zusätzlich zu den allgemeinen Pflegesätzen abverlangt. In mehreren Musterprozessen und letztlich auf zwei Entscheidungen des Bundesgerichtshofs (BGH) aus den Jahren 2000 und 2002 gestützt, gelang es dem Verband der privaten Krankenversicherung, diese Praxis zu stoppen. Anschließend wurde mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über Leistungen und Entgelte getroffen, in deren Umsetzung die Krankenhäuser ihr Angebot

deutlich verbesserten. Sie erzielen nun leistungsgerechte Entgelte auf gesicherter Rechtsgrundlage. Für die Patienten bedeutet dies eine spürbare Kostenreduktion bei gleichzeitiger Leistungsverbesserung.

### Unzufrieden mit dem doppeltem Erlös

Aus den oben genannten Gründen ist die Behandlung von Privatpatienten schon innerhalb des öffentlichen Krankenhaus-systems sehr attraktiv: Zur Fallpauschale kommen ja noch die Zimmerzuschläge sowie die Einnahmen aus der wahlärztlichen Behandlung. Die PKV gibt mit 2,7 Mrd. Euro für Wahlleistungen aktuell noch einmal die gleiche Summe aus wie für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser für jeden Privatpatienten im Schnitt den doppelten Erlös im Vergleich zum Regelleistungspatienten erzielen.

Doch das ist manchen Häusern offensichtlich nicht genug. Deshalb deklarieren sie kurzerhand bestehende Abteilungen oder Gebäude zur Privatklinik. Der Hintergrund: Solche Kliniken, die nur Privatpatienten behandeln, bieten Leistungen zu deutlich höheren Entgelten an. Dann kostet die erwähnte Blinddarmoperation für den Privatpatienten plötzlich wieder spürbar mehr. Diese Entwicklung wurde maßgeblich durch den Helios-Konzern vorangetrieben. Hier wird mit Basisfallwerten in Höhe von knapp 4.000 Euro anstelle der im öffentlichen Bereich üblichen Größenordnung von circa 2.600 Euro gerechnet. Insgesamt existieren an öffentlichen Krankenhäusern schon circa 50 derart ausgegründete Privatkliniken, in denen keine grundlegend anderen Behandlungen

erfolgen als in der öffentlichen Abteilung nebenan. Die Rechnungen allerdings sehen nun deutlich anders aus.

## „Zusatzaufwand“ Handelsregistereintrag

Die Anreize für die Krankenhäuser, eine weitergehende Unterscheidung zwischen gesetzlich und privat Versicherten zu erreichen, sind in der Tat immens. Hier wirkt sich das Alpha-Klinik-Urteil des BGH aus dem Jahr 2003 aus. Seinerzeit hatte der IV. Zivilsenat entschieden, dass eine Privatklinik grundsätzlich jeden Preis mit ihren Patienten vereinbaren und durchsetzen kann und dass die PKV hierfür eintrittspflichtig ist. Auch wenn die Diskussion über den rechtlichen Rahmen für die Höhe der Privatklinik-Pflegesätze noch anhält, hat diese Entscheidung den Trend zur Privatklinik-Ausgründung deutlich befördert.

Unterm Strich kann für die Behandlung eines Privatpatienten in einer ausgegründeten Privatklinik nicht mehr nur der doppelte, sondern mehr als der dreifache Erlös im Vergleich zu einer Behandlung im Plankrankenhaus realisiert werden. Dem Vernehmen nach erzielen manche Krankenhausträger mehr als die Hälfte ihrer Gewinne aus dem Betrieb von ausgegründeten Privatkliniken, die oft nur aus einem Handelsregistereintrag mit Konzession nach Gewerbeordnung bestehen.

## Aushebelung des Patientenschutzes

Vor diesem Hintergrund kann die Leistungsverchiebung aus dem Plankrankenhaus in die Privatpatienten-GmbH nur als Umgehung der zwingenden Vorschriften des Krankenhausrechts betrachtet werden. Danach haben die Krankenhäuser die Versorgung der Bevölkerung – auch der Privatpatienten – mit Krankenhausleistungen zu sichern. Sie können nicht einerseits öffentliches Plankrankenhaus und auf der anderen Seite frei wirtschaftende Privatklinik sein. Dies belegt ein von Professor Otto Depenheuer, Direktor

des Seminars für Staatsphilosophie und Rechtspolitik der Universität Köln, verfasstes Rechtsgutachten. Dass trotz juristischer Abspaltung einer Privatpatienten-GmbH in Wirklichkeit vielfach von einem einheitlichen Krankenhaus auszugehen ist, belegt auch ein dem PKV-Verband vorliegendes Schreiben eines hessischen Finanzamts, das die Befreiung eines Privatklinik-Konstrukts von der Umsatzsteuer bestätigt. Wörtlich heißt es darin: „Am Standort ... befindet sich nur ein Krankenhaus im Sinne des ... UStG. Dieses umfasst unabhängig von einer etwaigen ertragssteuerlichen Beurteilung sowohl den Bereich des sog. Plankrankenhauses als auch den räumlich und sachlich umfassend integrierten Bereich der Behandlung von Privatpatienten.“

Die Ausgründung von Privatkliniken und die auf Grundlage derartiger Konstruktionen geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen mit einzelnen Patienten können demnach keine höheren Behandlungsentgelte begründen, als dies bei einer Behandlung durch das Haupthaus der Fall wäre.

Der im Bereich des allgemeinen Krankenhausrechts etablierte Patientenschutz kann nicht durch Umgehungskonstrukte ausgehöhlt werden. Hierfür wird sich der PKV-Verband in Zukunft verstärkt einsetzen – ganz im Sinne der privat Versicherten, die die überhöhten Privatklinikentgelte zwar zunächst erstattet bekommen mögen, sie aber mit der Zeit erforderliche Beitragsanpassungen aber letztlich selbst finanzieren müssen. jp



Das ist jetzt seit heute eine Privatstation. Ich hoffe, Sie haben Ihr Portmonnaie dabei...

## WIP-Studie: Privat Versicherte bekommen im Alter mehr Arzneimittel verordnet als Kassenpatienten

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat in einer Studie erstmals die Menge an verordneten Tagesdosen von Arzneimitteln bei Versicherten der privaten (PKV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verglichen. Bei den untersuchten Wirkstoffgruppen zeigt sich, dass die Menge an Tagesdosen bei privat Versicherten im Alter über der von Kassenpatienten liegt.

In der Arzneimittelverbrauchsforschung ist bislang nur unzureichend analysiert worden, inwiefern sich systembedingte Divergenzen von PKV und GKV auch auf die Verordnungsmenge auswirken. So konnte bis dato noch keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit privat Krankenversicherte mehr oder weniger Tagesdosen an Arzneimitteln erhalten. Für eine aussagekräftige Bewertung der Versorgungsqualität und eine Ausrichtung eines Arzneimittel- und Gesundheitsmanagements sind solche Informationen allerdings unabdingbar.

Um entsprechende Fragestellungen zu beantworten, untersuchte das WIP deshalb erstmals 5,6 Millionen Arzneiverordnungsdaten des Jahres 2005 von mehr als einer Million PKV-Versicherten. Die Vergleichswerte für die GKV wurden dem Arzneiverordnungsreport entnommen. Dargestellt werden im Folgenden die Ergebnisse der Analyse für zwei umsatzstarke Wirkstoffgruppen.

### Methodik

Als bestes Maß, um den Arzneimittelverbrauch zu ermitteln, gilt die Kennzahl der definierten Tagesdosen („defined daily dose“; DDD). Addiert man die Tagesdosen aller Medikamente einer Versicherten- oder Altersgruppe, erhält man die zugehörige Menge der verordneten Arzneimittel. Dabei spielt es keine Rolle, zu welchem Preis dieser Wirkstoff erworben wurde.

Die definierte Tagesdosis eines Wirkstoffs wird von der Weltgesundheitsorganisation

WHO festgelegt und vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für den deutschen Markt angepasst. Sie gibt die Menge eines Wirkstoffes wieder, die ein Erwachsener (bei einigen Präparaten auch ein Kind) bei der Behandlung der Hauptindikation des Wirkstoffs im Durchschnitt erhält. Die DDD ist als rein rechnerische Kennzahl anzusehen und kann bei einer Reihe von Patienten von der empfohlenen Menge abweichen.

Für die Analyse wurde die Menge der verordneten Tagesdosen einer Wirkstoffgruppe bei privat Versicherten für jedes Alter berechnet und mit den Werten der GKV verglichen.

Bei den ausgewerteten PKV-Daten handelt es sich um die eingereichten Arzneimittelrechnungen. Es ist davon auszuge-

hen, dass gerade im jüngeren und mittleren Alter eine Reihe von Rechnungen nicht zur Erstattung vorgelegt wird, da ein Selbstbehalttarif besteht oder eine Beitragsrückerstattung angestrebt wird.

### Lipidsenkende Mittel

In der ersten Untersuchung werden die lipidsenkenden Mittel betrachtet. Diese Arzneimittel verringern den Anteil der Blutfette und werden insbesondere zur Senkung der Cholesterinwerte verordnet. Hohe Blutfettwerte sind ein typisches Phänomen des Alters, die verordnete Zahl an Tagesdosen nimmt entsprechend mit den Lebensjahren zu. Zu den lipidsenkenden Mitteln zählen zum Beispiel Präparate mit den Wirkstoffen Atorvastatin, Simvastatin, Fluvastatin und Lovastatin. Das entsprechende Profil mit den durchschnittlichen Werten pro Versicherten zeigt die Abbildung 1 unten.

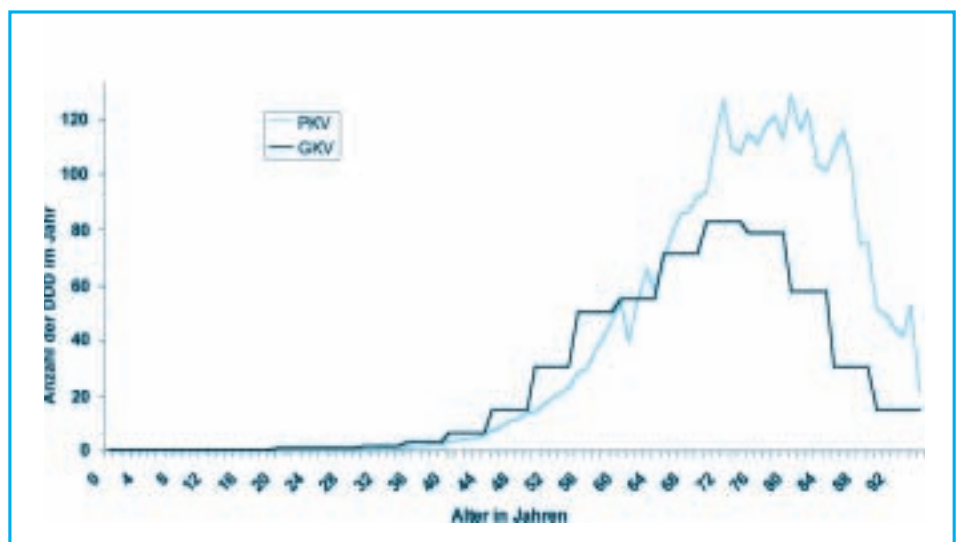


Abbildung 1: Menge an verordneten Tagesdosen bei lipidsenkenden Mitteln.

Bis zum 63. Lebensjahr zeigt die Grafik eine leicht höhere Zahl an Tagesdosen bei der GKV. Im hohen Alter liegen dann aber die privat Versicherten deutlich über den Kassenpatienten. Während ein 70- bis 80-jähriger PKV-Versicherter im Jahresdurchschnitt zwischen 100 und 120 Tagesdosen an Lipidsenkern erhält, werden einem Kassenpatienten im Durchschnitt nur bis zu 80 Tagesdosen verordnet.

### Blutdrucksenker

Eine zweite Analyse widmet sich den Betablockern, Calciumantagonisten und den Angiotensin-Hemmstoffen. Dazu zählen zum Beispiel die Wirkstoffe Metoprolol, Carvedilol, Amlodipin und Captopril. Die in dieser Gruppe zusammengefassten Medikamente werden überwiegend bei Bluthochdruck verordnet.

Nach Schätzungen haben in Deutschland zwischen 15 und 20 Millionen Menschen einen erhöhten Blutdruck, wobei der Anteil mit steigendem Alter zunimmt. Dies ist auch an der Gesamtzahl der Tagesdosen der entsprechenden Medikamente, dargestellt in Abbildung 2 unten, erkennbar.

Die Menge an verordneten Tagesdosen erhöht sich sowohl in der PKV als auch in

der GKV mit dem Alter erheblich. Bis zum 70. Lebensjahr liegt die verordnete Menge der betrachteten Arzneimittel in der PKV noch etwas unter den GKV-Werten. Ab dem 71. Lebensjahr ergeben sich für die PKV-Versicherten allerdings deutlich höhere Tagesdosen. Ab dem 79. Lebensjahr ist bei GKV-Versicherten ein Rückgang der Pro-Kopf-Tagesdosen zu erkennen während in der PKV erst ab dem 89. Lebensjahr ein Absinken beobachtet werden kann.

### Weitere Wirkstoffe

Über die hier dargestellten Wirkstoffgruppen hinaus untersuchte das WIP auch den Arzneimittelverbrauch der antithrombotischen Mittel, der Diuretika (Entwässerungsmittel), der Urologika und der Ophthalmika (Augenmittel). Der Vergleich von PKV und GKV erbrachte hier ähnliche Ergebnisse wie die vorgestellten. Dies verweist darauf, dass es sich nicht um zufällige Effekte bei bestimmten Wirkstoffen, sondern um ein grundsätzliches Muster handeln dürfte.

Die Differenzen in den Tagesdosen zwischen den Versicherten der PKV und der GKV im höheren Alter können zum einen dadurch entstehen, dass pro behandeltem

privat Versicherten mehr Tagesdosen verschrieben werden. Zum anderen kann dies aber auch daran liegen, dass in der PKV ein größerer Anteil der Versicherten Medikamente erhält.

Der Unterschied bei den Hochbetagten könnte seine Ursache in einer Begrenzung der Versorgung von Kassenpatienten infolge von Budgetierungsmaßnahmen haben. Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass in der PKV Effekte von Überversorgung feststellbar sind. Beantwortet werden könnte dies nur unter Berücksichtigung von indikationsspezifischen Bedarfsprofilen.

### Fazit

Die Untersuchung des WIP zeigt bei den betrachteten Wirkstoffgruppen einen sehr engen Zusammenhang zwischen der Zahl der Tagesdosen und dem Alter der Versicherten auf. Im jüngeren und mittleren Versichertenalter nehmen die dargestellten Kurven von PKV und GKV einen sehr ähnlichen Verlauf. Allerdings ist anzunehmen, dass in diesem Altersbereich ein größerer Teil der Arzneimittelrechnungen von privat Versicherten nicht zur Erstattung eingereicht wird und deshalb auch nicht ausgewertet werden kann.

Für die hohen Lebensalter kann ein erheblicher Unterschied zwischen der PKV und der GKV ermittelt werden. Hier entfallen auf einen privat Krankenversicherten bei beiden untersuchten Wirkstoffgruppen deutlich mehr Tagesdosen an Medikamenten. wi

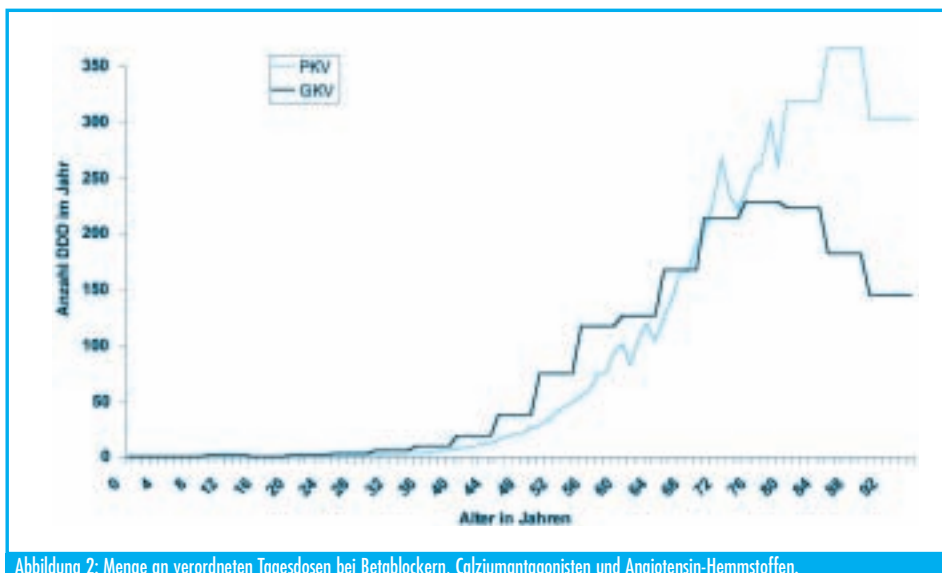


Abbildung 2: Menge an verordneten Tagesdosen bei Betablockern, Calciumantagonisten und Angiotensin-Hemmstoffen.

Die ausführliche Fassung der Untersuchung ist als Diskussionspapier 7/07 im Internet unter [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de) abrufbar.

# Hohes Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der privaten Krankenversicherung

Gastbeitrag von Werner Süßlin

Die Einschätzung der weiteren Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland ist überwiegend von Skepsis und Befürchtungen geprägt. Dabei fühlen sich die privat Versicherten wesentlich besser abgesichert als die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Das zeigt eine Befragung des Allensbach-Instituts unter 1.800 Personen.

Unabhängig von den im Rahmen der verschiedenen Reformen des Gesundheitssystems beschlossenen Maßnahmen gehen rund drei Viertel der Bevölkerung davon aus, dass im Verlauf der kommenden zehn Jahre weitere Reformen des Gesundheitssystems notwendig sein werden. Dabei werden die Erwartungen in zunehmendem Maße von weiter steigenden Belastungen in Form steigender Kassenbeiträge und erhöhter Zuzahlungen bei Medikamenten bei gleichzeitiger Reduzierung der Leistungen bestimmt. Jeweils mehr als 80 Prozent der Bevölkerung gehen davon aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Beiträge weiter erhöhen werden und dass Patienten sich an den Kosten für Medikamente künftig stärker beteiligen müssen. Zugleich sind mehr als 70 Prozent davon überzeugt, dass die Krankenkassen mittelfristig nur noch die Kosten für die medizinische Grundversorgung übernehmen können. Zwei Drittel rechnen damit, dass

eine Gesundheitsversorgung auf dem heutigen Niveau nicht mehr für die gesamte Bevölkerung gewährleistet werden kann. 78 Prozent erwarten, dass sich immer mehr eine Zweiklassen-Medizin herausbilden wird.

Das Vertrauen in die Politik, diesen Entwicklungen mit geeigneten Reformmaßnahmen entgegenzuwirken und damit langfristig eine gute Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen, ist nur gering und hat in den vergangenen Jahren weiter abgenommen. Bereits vor zwei Jahren ging nur knapp jeder Vierte davon aus, dass mit entsprechenden Maßnahmen eine Sicherung der Gesundheitsversorgung gelingen kann, inzwischen glauben das nur noch 17 Prozent. Umgekehrt äußern sich aktuell rund drei Viertel der Bevölkerung prinzipiell skeptisch.

Vor dem Hintergrund dieser pessimistischen Erwartungen ist zugleich das Vertrauen, im

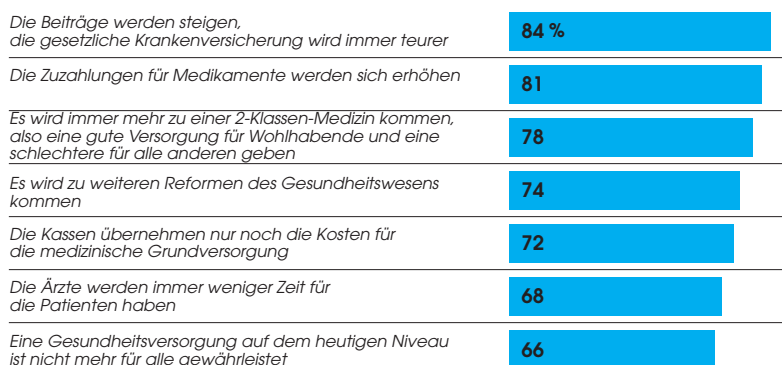
Krankheitsfall ausreichend abgesichert zu sein, spürbar zurückgegangen. Aktuell sind 57 Prozent der Bevölkerung überzeugt, dass ihre jetzige Krankenversicherung voll und ganz ausreicht, um alle notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen zu können. 2005 betrug dieser Anteil noch 64 Prozent. Dieser Rückgang ist vor allem auf die pessimistischere Einschätzung der gesetzlich Krankenversicherten zurückzuführen, von denen inzwischen mehr als jeder Dritte den eigenen Versicherungsschutz zumindest in Teilbereichen skeptisch beurteilt. Nach wie vor beurteilen die privat Krankenversicherten ihre Situation deutlich günstiger: Über 80 Prozent sind davon überzeugt, dass ihr Versicherungsschutz im Krankheitsfall voll und ganz genügt.

Nach Überzeugung der breiten Mehrheit der Bevölkerung bieten die privaten Krankenversicherungen generell eine bessere Absicherung als die gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise die Ersatzkassen. Lediglich 19 Prozent gehen davon aus, dass die gesetzlichen Kassen einen besseren Schutz bieten. Erwartungsgemäß wird diese Einschätzung vor allem von den privat Versicherten selbst geteilt, aber auch 61 Prozent der gesetzlich Versicherten sind von der Überlegenheit eines privaten Krankenversicherungsschutzes überzeugt.

Das prinzipielle Interesse unter den gesetzlich Versicherten, unabhängig vom Einkommen in eine private Krankenversicherung zu wechseln, hat in den vergangenen Jahren zwar signifikant zugenommen, ist allerdings gering. Für lediglich 22 Prozent, auch unter Personen, die über ein weit überdurch-

## Einschätzung der künftigen Entwicklung des Gesundheitssystems – höhere Kosten, geringere Leistungen

Es erwarten innerhalb der nächsten zehn Jahre –  
(Auszug aus den Angaben)

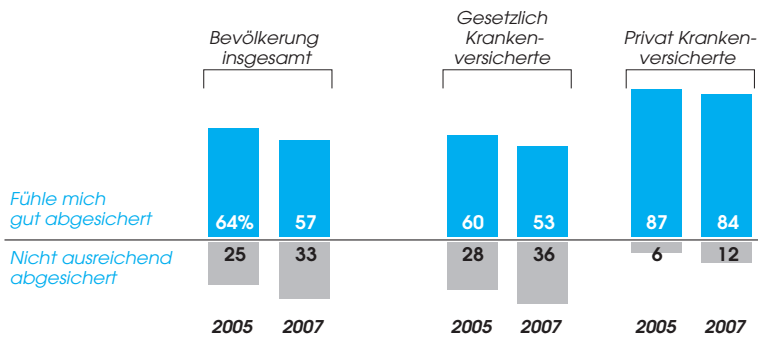


Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre  
Quelle: MLP-Gesundheitsreport 2007, IFD-Umfrage 10012

© IFD-Allensbach

## Nachlassende Überzeugung, im Krankheitsfall ausreichend abgesichert zu sein

Frage: "Sind Sie mit Ihrer jetzigen Krankenversicherung gut abgesichert, reicht Ihr Versicherungsschutz voll und ganz aus, oder gibt es Bereiche, wo Sie sich nicht ausreichend abgesichert fühlen?"

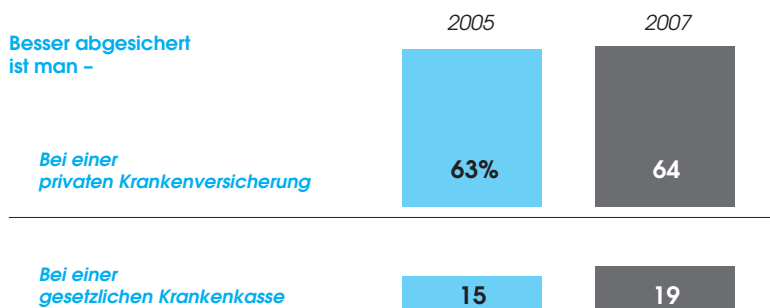


Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre  
Quelle: MLP-Gesundheitsreport 2007, IFD-Umfragen 7083, 10012

© IFD-Allensbach

## Breite Überzeugung: Die privaten Krankenkassen bieten den besseren Versicherungsschutz

Frage: "Was glauben Sie: Wie ist man im Krankheitsfall besser abgesichert: wenn man bei einer gesetzlichen Krankenkasse, wie der AOK oder einer Ersatzkasse, versichert ist, oder bei einer privaten Krankenversicherung?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre  
Quelle: MLP-Gesundheitsreport 2007, IFD-Umfragen 7083, 10012

© IFD-Allensbach

schnittliches Haushaltseinkommen von monatlich 3.000 Euro und mehr verfügen, käme ein Wechsel in eine private Krankenversicherung prinzipiell in Betracht.

Die Motive für einen Wechsel liegen erwartungsgemäß vor allem in der Überzeugung, als privat Versicherter im Krankheitsfall besser behandelt zu werden. Diese Überzeugung äußert sich in vielen Facetten. Für jeweils rund 90 Prozent der gesetzlich Versicherten, die gerne wechseln würden, steht fest, dass man als Privatpatient generell in vieler Hinsicht bessergestellt ist und dass

man auch Leistungen bezahlt bekommt, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet werden. 80 Prozent sind überzeugt, als Privatpatient auch Medikamente verschrieben zu bekommen, auf die Kassentypen keinen Anspruch haben. Drei Viertel gehen davon aus, dass man in den Arztpraxen bevorzugt behandelt wird. Auch der Anspruch auf ein Ein- oder Zweibettzimmer im Fall eines Krankenhausaufenthaltes und die Möglichkeit, den behandelnden Arzt selbst aussuchen zu können, werden von der großen Mehrheit als Motive für einen Wechsel genannt. Für 59 Prozent spielt zudem der

Wunsch, künftig weniger von den Entscheidungen des Gesetzgebers abhängig zu sein, eine wichtige Rolle. Einher geht dies mit der Überzeugung, dass man als Privatpatient generell unabhängiger ist und mehr Freiheiten hat. Allerdings ist das Vertrauen, dass der Leistungsumfang auch langfristig gewährleistet ist, nur gering. Nur 29 Prozent sind der Überzeugung, dass die vereinbarten Leistungen auch in Zukunft garantiert sind.

Auch diejenigen gesetzlich Versicherten, die einen Wechsel für sich ausschließen, sind in der Regel von der Überlegenheit der PKV überzeugt. Gegen einen Wechsel sprechen aus ihrer Sicht aber vor allem Kostengründe und eine verbreitete Unsicherheit über die künftige Entwicklung der Beiträge. 67 Prozent der gesetzlich Versicherten sind überzeugt, dass eine private Krankenversicherung für sie zu teuer wäre.

Vor allem Personen, bei denen noch eigene Kinder im Haushalt leben, sehen in der Tatsache, dass Familienangehörige nicht automatisch mitversichert sind, einen Nachteil. Auch die Sorge, dass es kurzfristig zu stärkeren Beitragserhöhungen kommen oder dass man bei einer Verschlechterung der eigenen Einkommenssituation und vor allem im Rentenalter die Beiträge nicht mehr aufbringen könnte, wird von vielen geteilt. Unsicherheiten über die Entwicklung des Leistungsumfanges einer privaten Krankenversicherung spielen bei den wenigsten eine Rolle. Nur 30 Prozent sind der Ansicht, dass man sich nicht sicher sein kann, wie die Leistungen in Zukunft aussehen werden.



Werner Süßlin

Werner Süßlin ist der Projektleiter der Studie. Die vollständigen Ergebnisse sind im MLP Gesundheitsreport 2007 veröffentlicht.

## Reinhold Schulte 60 Jahre

Am 17. Januar vollendete Reinhold Schulte, Vorsitzender des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., sein 60. Lebensjahr. Seit Mitte des Jahres 2002 vertritt er in dieser Funktion die Interessen der PKV gegenüber Politik und Öffentlichkeit.

Reinhold Schultes Engagement als Verbandsvorsitzender war von der ersten Minute an gefordert und erreichte seinen vorläufigen Höhepunkt in der Debatte über die jüngste Gesundheitsreform, in deren Verlauf die private Krankenversicherung mehr als einmal in ihrer Existenz bedroht war. Der Gestaltungs- und Überzeugungskraft des Verbandsvorsitzenden ist es maßgeblich mit zu verdanken, dass nicht nur die Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds, sondern auch weitere, den Fortbestand der privaten Krankenversicherung gefährdende Weichenstellungen verhindert werden konnten, die noch im ursprünglichen Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums angelegt waren.



Reinhold Schulte

Bereits vor seiner Zeit als PKV-Vorsitzender hat sich Reinhold Schulte in unterschiedlichen Verbandsgremien – unter anderem als Mitglied des Hauptausschusses und als Vorsitzender des Vertriebsausschusses – für die Branche engagiert. In den Jahren 1999 bis 2001 war er stellvertretender Vorsitzender des PKV-Verbandes. Daneben gehört er weiteren Gremien innerhalb und außerhalb der Versicherungswirtschaft an. So ist er unter anderem seit 2002 Mitglied des Präsidiums des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV). Hauptberuflich ist Reinhold Schulte seit dem 1. Juli 1997 Vorstandsvorsitzender der SIGNAL IDUNA Gruppe.

Die Herausforderungen, denen sich die Branche gegenüber sieht, werden den Einsatz und die Erfahrung Reinhold Schultes auch weiterhin unentbehrlich für die PKV machen. So müssen sowohl die Umsetzung der Gesundheitsreform als auch die Beschwerde dagegen vor dem Bundesverfassungsgericht vorbereitet werden. In der privaten Pflegeversicherung will die PKV ihr Profil durch eigenständige, qualitativ hochwertige Beratungsangebote schärfen.

Angesichts der Bedeutung der PKV für das deutsche Gesundheitssystem blickt Reinhold Schulte optimistisch nach vorn. Auf der Mitgliederversammlung im vergangenen Sommer erklärte er: „Die Menschen wollen die private Krankenversicherung. Sie vertrauen darauf, dass nicht nur die Qualität der Versorgung von heute gesichert, sondern auch der medizinische Fortschritt integriert wird. Dieses Vertrauen bedeutet für die PKV-Branche eine große Verantwortung, der sie auch in Zukunft gerecht werden wird.“

### Impressum

#### Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.  
Postfach 51 10 40, 50946 Köln  
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln  
Telefon: (0221) 376 62 - 0  
Telefax: (0221) 376 62 - 10  
Internet: <http://www.pkv.de>  
E-Mail: [presse@pkv.de](mailto:presse@pkv.de)

#### Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Stephan Caspary, Jens Wegner

Autoren dieser Ausgabe: Dr. Frank Niehaus,  
Dr. Joachim Patt, Werner Süßlin, Dr. Frank Wild

Fotos: picture-alliance / Picture Press

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

#### Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH  
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe  
Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand  
und Mehrwertsteuer  
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 01.03.2008.