

## PKV-Neugeschäft geht deutlich zurück

Der aktuelle Zahlenbericht des PKV-Verbandes belegt die dramatischen Auswirkungen der jüngsten Gesundheitsreform für die PKV: Der Nettoneuzugang in der Vollversicherung sank im ersten Halbjahr 2008 erneut auf nur noch 23.400 Personen. > Seite 102

## PKV genießt höheres Ansehen als GKV

Eine Studie der Gothaer Krankenversicherung und des F.A.Z.-Instituts zeigt, dass die PKV sowohl bei privat als auch bei gesetzlich Krankenversicherten ein außerordentlich hohes Ansehen genießt. > Seite 104

## Original oder Generikum?

Auch im Jahr 2008 läuft bei einigen Arzneimittel-Wirkstoffen der Patentschutz aus. Damit können Generika auf den Markt gebracht werden. Diese Nachahmerpräparate machen Kosteneinsparungen möglich, die sich positiv auf die Prämienentwicklung auswirken können. > Seite 105

## Bundeswettbewerb Aidsprävention

Mit einer Preisverleihung im Bundesgesundheitsministerium fand der vom Verband der privaten Krankenversicherung initiierte erste Bundeswettbewerb Aidsprävention seinen Abschluss. > Seite 106

## Pflegereform: PKV ist gut aufgestellt

Die jüngste Pflegereform, die in wesentlichen Teilen zum 1. Juli in Kraft trat, hat zahlreiche Veränderungen für die Versicherten mit sich gebracht. Ein erstes Resümee zeigt, dass die private Pflegeversicherung die neuen gesetzlichen Vorgaben ohne Probleme umzusetzen vermag. > Seite 108

## Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln > Seite 98

Kurzmeldungen > Seite 107

Impressum > Seite 108

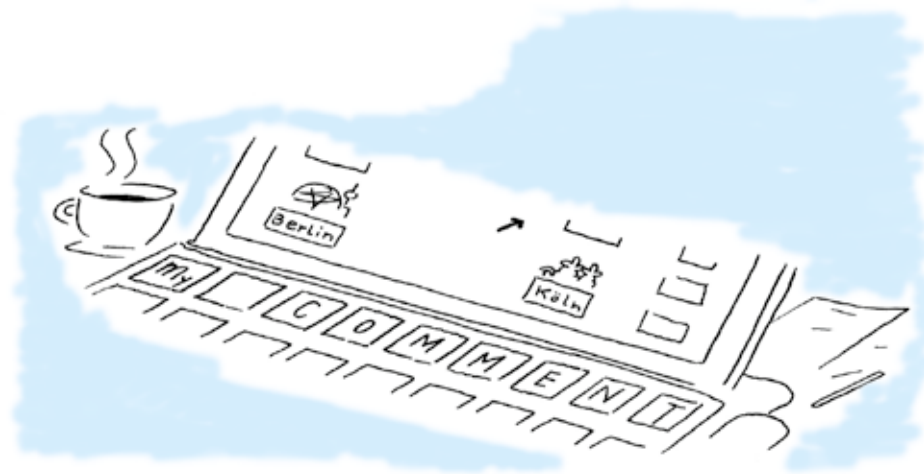


## Krankenhausfinanzierung: Geplante Reform betrifft auch Privatpatienten

Aktuelle Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung berücksichtigen die Interessen der Privatpatienten bei Krankenhausbehandlung bisher nur unzureichend. Derzeit befindet sich der Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz) im parlamentarischen Verfahren. Die meisten darin vorgesehenen Neuregelungen – unter anderem die Angleichung der Krankenhausbudgets an landesweit einheitliche Preise – sind sowohl für gesetzlich als auch für privat krankenversicherte Patienten relevant und werden Kostensteigerungen auslösen, die für beide

Gruppen gleichermaßen anfallen. Für privat krankenversicherte Patienten jedoch birgt der Gesetzentwurf weitere wichtige Punkte. In der Debatte sind derzeit Fragen der Qualitätssicherung sowie der Abrechnung von Leistungen bei Belegbetten. Der Verband der privaten Krankenversicherung hat seine Positionen dazu in einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages deutlich gemacht und setzt sich weiter für faire Rahmenbedingungen für Privatpatienten ein. Es ist zu hoffen, dass in den weiteren Gesetzesberatungen die Positionen der privaten Krankenversicherung angemessen berücksichtigt werden. > Seite 100

### Brief aus Berlin und Köln



Die Novellierung der zahnärztlichen (GOZ) wie auch der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) ist überfällig. Beide sind inzwischen derart veraltet, dass selbst die sogenannte Analogbewertung, die die Aufnahme neuer medizinischer Verfahren ermöglicht, an ihre Grenzen gestoßen ist. In der Folge investiert die Ärzteschaft in Abrechnungsberatung, die Krankenversicherer investieren in Rechnungsprüfung. Gerichte werden beschäftigt, die sich ihrerseits der Gutachter bedienen müssen. Streitigkeiten über GOÄ- und GOZ-Abrechnungen machen einen wachsenden Teil der Arbeit des PKV-Ombudsmannes aus. Letztlich ist das für alle Beteiligten wenig erquicklich und kostet das Geld der Versicherten.

Die neuen Gebührenordnungen müssen deshalb nicht nur das aktuelle medizinische Leistungsgeschehen abbilden, sondern auch offen für Weiterentwicklungen in der Versorgung sein. Dabei müssen sie natürlich sicherstellen, dass Vergütung und erbrachte Leistungen in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Zudem gilt, dass eine – wie bisher – allumfassend staatlich verordnete Vorgabe zur Leistungserbringung und Abrechnung dem Charakter der privatärztlichen Leis-

tungserbringung und der privaten Absicherung der Aufwendungen für solche Leistungen kaum gerecht wird. Hier bedarf es der Möglichkeit, auf freiwilliger Basis alternative Grundlagen zur Leistungserbringung und Vergütung zu schaffen und so unabhängig patienten- und versichererorientiert zu agieren.

Vor diesem Hintergrund fällt die Beurteilung des vorliegenden Referentenentwurfs des Bundesgesundheitsministeriums zur Novelle der privatärztlichen Gebührenordnung zwiespältig aus:

Einerseits impliziert der Entwurf deutliche Mehrbelastungen für die PKV und ihre Versicherten. Diese ergeben sich vor allem aus dem sogenannten Struktureffekt, der aus neuen Leistungsbeschreibungen resultiert. Dieser Struktureffekt führt zu Kostensteigerungen von insgesamt mehr als zehn Prozent, die letztlich von den Privatversicherten zu tragen wären. Gerade vor dem Hintergrund, dass auch in den Jahren seit der letzten GOZ-Reform die Leistungsausgaben der PKV für die Zahnbehandlung stetig gestiegen sind, wäre eigentlich eine kostenneutrale Novellierung zwingend erforderlich. Einen Nachholbedarf bei den Zahnarzt Honoraren gibt es jedenfalls nicht.

Zudem sieht der vorliegende Referentenentwurf die zunächst geplante Klarstellung zu den Kosten zahntechnischer Leistungen nicht mehr vor. Ursprünglich war vorgesehen, dass für diese Leistungen grundsätzlich GKV-Preise plus maximal fünf Prozent gezahlt werden und dass eine höhere Vergütung nur nach Vereinbarung mit dem Patienten möglich wäre. Der Verzicht auf diese Klarstellung würde weiterhin zu nicht nachvollziehbar hohen Kosten für



Privatpatienten führen. Die ursprünglich vorgesehene Regelung muss deshalb unbedingt wieder in das Verordnungsverfahren aufgenommen werden. Das ist die eine, problematische Seite des Entwurfs.

Positiv ist dagegen die Einführung einer Öffnungsklausel in die GOZ zu bewerten. Durch sie wird erstmals ermöglicht, dass die private Krankenversicherung und die Vertreter der Zahnärzte für bestimmte Leistungen von der GOZ abweichende Vereinbarungen fair und auf freiwilliger Basis aushandeln können.

Die private Krankenversicherung ist an einer qualitativ hochwertigen Privatzahnmedizin interessiert, die durch eine starre GOZ allein nicht abgebildet werden kann. Denn die darin vorgesehenen Vergütungen erfolgen ohne Definition und Einhaltung besonderer Qualitätsstandards. Anders

ausgedrückt: Die Patienten bezahlen für Leistungen völlig unabhängig davon, wie gut diese ausgeführt werden. Anreize für Qualitätsverbesserungen bestehen nicht.

Die PKV will diese Anreize setzen und den Verhandlungsspielraum, der ihr durch die geplante Öffnungsklausel zukommt, zu einer Qualitätsoffensive in der zahnärztlichen und – wenn die GOZ, wie viele vermuten, Vorbildcharakter für die GOÄ-Novelle haben wird – auch in der ärztlichen Versorgung nutzen.

Wir wollen mit den Zahnärzten über höherwertigen Service für unsere Versicherten sprechen und über längere Gewährleistungen für ihre Arbeit wie etwa Füllungen oder Kronen. Wir wollen Innovationsanreize setzen zur Einführung neuer Geräte und Verfahren, aber auch die sprechende Medizin stärken.

Was wir indes nicht wollen und auch gar nicht können, ist irgendjemand zu solchen Vereinbarungen zwingen. Kein Zahnarzt und auch kein Privatversicherter muss irgendeine Abmachung mit uns treffen oder sich an eine solche halten, wenn er das nicht will. Der Referentenentwurf sieht ausdrücklich vor, dass in der Beziehung Arzt zu Patient und Versicherter zu Versicherung alles beim Alten bleiben kann und muss, wenn nicht alle Beteiligten einer abweichenden Regelung zustimmen.

Für uns bedeutet das, sehr viel Überzeugungsarbeit bei (Zahn-) Ärzten und Versicherten leisten zu müssen. Aber wir haben gute Argumente. Wer keine Einheitsversicherung will – und die Ärzte und Zahnärzte haben dies bekundet –, der sollte sich über die Öffnungsklausel in einer staatlichen Verordnung freuen und ihre Spielräume ausloten. Dazu laden wir ein. *L*

## PKV Publik wird neu gestaltet

Nach fast sechs Jahren erscheint PKV Publik, die Zeitschrift des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., ab dem 15. Februar 2009 in einem neuen Gewand.

Eine umfangreiche Leserbefragung hat ergeben, dass sich die meisten unserer Abonnenten vor allem ein übersichtlicheres und modernes Layout wünschen. Diesen Wünschen soll das neue Heft entsprechen. So wird PKV Publik ab dem kommenden Jahr in Farbe erscheinen, der Heftumfang wird um vier auf 16 Seiten aufgestockt und ein neu gestaltetes Inhaltsverzeichnis soll das schnelle Auffinden der Themen erleichtern.

Und noch eine weitere Neuerung gibt es: Künftig wird es nicht mehr neun, sondern zehn Ausgaben jährlich geben. Das aktuelle Heft wird bis auf eine Sommer- und eine Winterpause jeweils am 15. eines Monats erscheinen.

Die Redaktion hofft, dass Ihnen die neue PKV Publik gefallen wird und wir Sie noch lange zu unseren Lesern zählen dürfen.



# Reform der Krankenhausfinanzierung betrifft auch Privatpatienten

Die Bundesregierung will mit einem „Krankenhausfinanzierungsreformgesetz“ (kurz KHRG) den Krankenhäusern Mehreinnahmen von über drei Milliarden Euro allein im Jahr 2009 bescheren. Einige der Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung sind auch für die Privatpatienten bedeutsam, besonders bei der Qualitätssicherung und bei der Abrechnung für Belegkrankenhäuser. Der Verband der privaten Krankenversicherung setzt sich dabei für faire Rahmenbedingungen ein.

Derzeit befindet sich der Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren. Die meisten darin vorgesehenen Neuregelungen – unter anderem die Angleichung der Krankenhausbudgets an landesweit einheitliche Preise – betreffen sowohl gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten. Die Reformen werden Kostensteigerungen auslösen, die für beide Gruppen gleichermaßen anfallen. Für Privatpatienten enthält der Gesetzentwurf weitere wichtige Punkte.

### **Privatpatienten ohne Qualitätssicherung?**

Bis zum Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss Maßnahmen der Qualitätssicherung einheitlich für alle Patienten unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe beschlossen (sogenannte externe Qualitätssicherung im Krankenhaus).

Seit dem Inkrafttreten des GKV-WSG sind die Richtlinien zur Qualitätssicherung nunmehr sektorenübergreifend zu erlassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dementsprechend einen neuen Unterausschuss Qualitätssicherung etabliert und den früheren Unterausschuss externe Qualitätssicherung aufgelöst. Mit dieser Umstellung ist die Beteiligung des PKV-Verbandes weggefallen, so dass er nur noch eingeschränkt hinzugezogen wird. Dies interpretiert der Gemeinsame Bundesausschuss als Wegfall der Rechtsgrundlage für den Einbezug von Selbstzahlern in

Maßnahmen der stationären Qualitätssicherung.

### **Zweifelhafte Rechtsauffassung**

Diese Haltung ist nicht nachvollziehbar, handelt es sich bei der externen Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern doch unverkennbar um eine Komponente der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Des Weiteren werden hierdurch tragende Grundsätze der Krankenhausfinanzierung verletzt, denn Privatpatienten sind in gleicher Weise wie gesetzlich Versicherte zur Zahlung der Zuschläge zur Finanzierung der Qualitätssicherung gemäß § 17b KHG (Krankenhausgesetz) und § 7 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) verpflichtet. Würden Privatpatienten nicht mehr in Maßnahmen der Qualitätssicherung des Krankenhauses einbezogen, so hätten sie für Leistungen zu bezahlen, die sie nicht erhalten. Dies wäre ein Verstoß gegen die Vorgabe einheitlicher Entgelte für gleiche Leistungen im Sinne des § 17 Abs. 1 KHG und würde dazu führen, dass die Krankenhäuser letztlich nur geringere Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen von Privatpatienten verlangen könnten. Zudem sind Informationen zur Qualitätssicherung nur aussagefähig, wenn die Qualitätsindikatoren unselektiert für alle Patienten erfasst werden.

Dementsprechend hat der Verband der privaten Krankenversicherung in seiner Stellungnahme zum KHRG eine entsprechende Klarstellung verlangt: Privatversicherte müssen weiterhin in Maßnahmen der Qualitätssicherung einbezogen werden

und dem Verband der privaten Krankenversicherung muss ein Mitwirkungsrecht an den Beschlüssen zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung der Krankenhäuser eingeräumt werden.

### **Änderungen bei Belegbetten**

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens ist überdies eine Diskussion über die Abrechnung bei Belegabteilungen entstanden. Gegenwärtig werden für Belegpatienten gesonderte Fallpauschalen berechnet, die im Schnitt etwa 20 Prozent unter den Fallpauschalen von Hauptabteilungen liegen. Dies liegt daran, dass in den Fallpauschalen von Belegleistungen kalkulatorisch keine Arztkosten enthalten sind, denn sie werden bei Privatpatienten über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Die GOÄ ist bei belegärztlichen Leistungen pauschal um 15 Prozent zu mindern (weil in der GOÄ kalkulatorisch Sach- und Praxiskosten enthalten sind, die der Patient ja schon über die Fallpauschalen bezahlt hat). In der Hauptabteilung wird bei wahlärztlichen Leistungen die Position in der GOÄ demgegenüber um 25 Prozent gemindert. Der Grund für die höhere Minderung der GOÄ ist, dass der Patient einen zusätzlichen Ausgleich dafür erhalten soll, dass er in der Fallpauschale auch anteilig kalkulatorisch Arztkosten bezahlt.

Diskutiert wird nun darüber, ob das Krankenhaus bei der Abrechnung ein Wahlrecht erhalten soll, bei belegärztlicher Leistung auch die höhere Fallpauschale der Haupt-

abteilung abrechnen zu können, während die Gebührenminderung aber unverändert 15 Prozent betragen soll. Wählt das Krankenhaus die hauptamtliche Variante, hat es dann aus der höheren Pauschale für die Hauptabteilung jetzt (im Innenverhältnis) den Arzt zu bezahlen. Für die PKV bedeutet dies: Es entsteht eine zusätzliche finanzielle Belastung aus dem Wechsel von der „Belegpauschale“ zu der „Hauptabteilungspauschale“: Die ärztlichen Leistungen würden in allen Fällen zusätzlich als belegärztliche Leistung über die Gebührenordnung für Ärzte berechnet, gemindert um 15 Prozent.

Systematisch ist der Vorschlag nicht zu rechtfertigen: Die „Hauptabteilungspauschale“ ist deshalb höher, weil sie kalkulatorische Arztkosten enthält, die der PKV-Versicherte sowohl als Vollversicherter als auch als Zusatzversicherter noch einmal über die Gebührenordnung für Ärzte bezahlt. Die zusätzlichen Erlöse der mit Hauptabteilung-Fallpauschalen abrechnenden Krankenhäuser würden die Privatpatienten und deren Kostenträger zusätzlich belasten, denn neben den erhöhten Fallpauschalen für Hauptabteilungen erhielten die Privatpatienten dann weiterhin Rechnungen für die ärztlichen Leistungen. Die vormaligen Belegärzte würden nach wie vor ein gesondertes Honorar für ihre ärztlichen Leistungen berechnen und sich darauf berufen, dass sie ihre Gebühren nunmehr in der Qualifikation als anderer niedergelassener Arzt im Sinne von § 6 GOÄ weiterhin um nur 15 Prozent und nicht um 25 Prozent zu mindern hätten.

Damit käme es dazu, dass Privatpatienten, denen Hauptabteilungspflegesätze von Belegkrankenhäusern in Rechnung gestellt würden, doppelt mit Arztkosten belastet wären: Arztkosten könnten ihnen durch die vormaligen Belegärzte und dann zusätzlich vom Krankenhaus durch die höheren Hauptabteilungspflegesätze in

Rechnung gestellt werden. Derartige Doppelbelastungen würden gegen den Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit verstoßen, bislang werden sie durch die Gebührenminderung der ärztlichen Leistungen um 25 Prozent nach § 6a GOÄ pauschal ausgeglichen.

Schon dieser Minderungssatz ist bei weitem zu niedrig angesetzt. Daher sollte es erst recht nicht zu einer Gebührenminderung der vormaligen Belegärzte um nur 15 Prozent kommen. Bei einer Wahlmöglichkeit zur Abrechnung von Hauptabteilungspflegesätzen wäre demnach die Gebührenminderungsvorschrift klarstellend anzupassen: „Stellt das Krankenhaus dem Patienten Entgelte für Hauptabteilungen in Rechnung, so beträgt die Gebührenminderung stets 25 von Hundert.“

Dass es geboten ist, den Selbstzahler durch eine solche Regelung genau so zu stellen wie bei „normaler“ Behandlung durch Hauptabteilungen, zeigt auch der Vergleich zur Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung. Von dieser sind bei

Abrechnungswahl der Hauptabteilungsentgelte durch Belegkrankenhäuser auch keinerlei Arztkosten gesondert über die vertragsärztliche Gesamtvergütung zu bezahlen. Mit der Abrechnung von Hauptabteilungsentgelten wird die Behandlung abschließend vergütet – genau so wie dies der Fall ist, wenn Hauptabteilungsentgelte durch „normale“ Hauptabteilungskrankenhäuser abgerechnet werden. Für diesen Fall sieht § 6a GOÄ die Gebührenminderung um 25 Prozent vor, die auch für den Fall der Wahl von Hauptabteilungsentgelten durch Belegkrankenhäuser umzusetzen wäre. Ansonsten käme es auch zu einer nicht zu rechtfertigenden Benachteiligung von Privatpatienten im Vergleich mit der gesetzlichen Krankenversicherung.

## Fazit

Angesichts der Komplexität der Materie steckt der Teufel bei der Krankenhausfinanzierung im Detail. Es bleibt zu hoffen, dass die in der parlamentarischen Anhörung vom Verband der privaten Krankenversicherung eingebrachten Positionen angemessen berücksichtigt werden. *jp/sr*



## Zahlenbericht 2007/2008: Neugeschäft der PKV geht deutlich zurück

Das Neugeschäft der privaten Krankenversicherung ist im vergangenen Jahr deutlich zurückgegangen. Das zeigt der aktuellste Zahlenbericht des PKV-Verbandes. Der Bericht enthält das endgültige Geschäftsergebnis 2007 der Mitgliedsunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Für das Jahr 2008 werden die vorliegenden Halbjahresdaten veröffentlicht sowie erste Prognosen für die zweite Jahreshälfte erstellt.

Die Daten belegen die dramatische Wirkung der jüngsten Gesundheitsreform auf die PKV: Der Nettoneuzugang in der Vollversicherung ging von 2006 zu 2007 um fast die Hälfte zurück: von 116.100 auf 59.900 Personen. Auch im ersten Halbjahr 2008 war der Neuzugang stark rückläufig und sank auf 23.400 Personen nach 37.700 Personen im ersten Halbjahr 2007. Dieser geringe Neuzugang lässt sich direkt auf das dreijährige Wartemoratorium für Arbeitnehmer zurückführen, das seit dem 2. Februar 2007 gilt.

Ende 2007 hatten insgesamt 8,549 Mio. Personen eine private Vollversicherung, zum 30. Juni 2008 waren es 8,572 Mio. Personen (zur Versichertenstruktur 2007 siehe die Abbildung unten). Die Mehrheit der Versicherten (7,215 Mio. Personen) hat einen Schutz mit Wahlleistungen im Krankenhaus gewählt. Hingegen haben lediglich 2,029 Mio. Vollversicherte eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen.

In der privaten Pflegeversicherung waren am 31. Dezember 2007 9,320 Mio. Personen versichert, zur Mitte dieses Jahres sank der Bestand auf 9,310 Millionen. Dieser Rückgang lässt sich auf zwei Faktoren zurückführen: Zum einen sind in der privaten Pflegeversicherung auch die Versicherten von Bahn und Post erfasst. Da dies geschlossene Versichertenkollektive mit hohem Durchschnittsalter sind, verringert sich der Bestand durch Kündigung des Versicherungsschutzes und Todesfälle. Zum anderen ist der Neuzugang in die PKV deutlich zurückgegangen (siehe oben). Er konnte die Abgänge in der Pflegeversicherung deshalb nicht mehr ausgleichen.

### Private Zusatzversicherungen

Ende 2007 gab es 20,009 Mio. Zusatzversicherungen. Das waren 1,609 Millionen mehr als im Vorjahr. Im ersten Halbjahr 2008 erhöhte sich die Zahl nochmals um 487.800 auf 20,497 Millionen. Dabei ist es durchaus möglich, dass eine Person meh-

rere Zusatzversicherungen abgeschlossen hat. Ebenso können in einem Gruppenversicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein.

Drei Zusatzversicherungsarten werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen: ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahntarife. Diese Tarifarten werden deshalb unter dem Begriff „Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz“ zusammengefasst. Bis Ende 2007 gab es 14,382 Mio. solcher Zusatzversicherungen. Von besonderem Interesse sind weiterhin Zahnzusatzversicherungen: Der Bestand stieg im Jahr 2007 um 15,1 Prozent auf 10,794 Mio. Versicherungen.

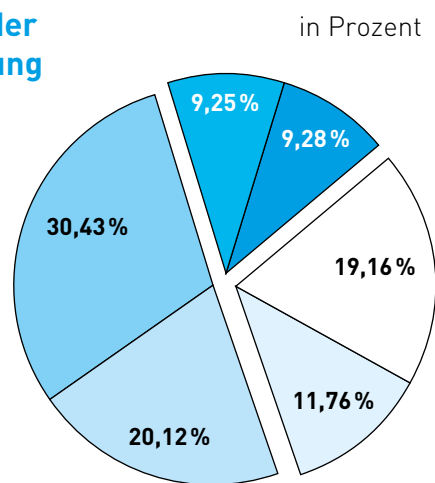
Die Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherung sind sowohl für gesetzlich wie auch für privat Versicherte interessant. Am 31. Dezember 2007 hatten 3,371 Mio. Personen eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen. Damit erhöhte sich der Bestand insgesamt um 34.300 Personen. Der Bestand in der Krankenhaustagegeldversicherung ging um 95.700 Personen auf 8,648 Mio. Personen zurück. Die Pflegezusatzversicherung hat zwar den geringsten Bestand (1,174 Mio. Personen), aber mit 185.200 Neuversicherten (plus 18,7 Prozent) den größten Zulauf.

### Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2007 um 978,5 Mio. Euro (plus 3,4 Prozent) auf 29,461 Mrd. Euro. Auf die Krankenver-

**Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2007**

- Frauen mit Beihilfe
- Frauen ohne Beihilfe
- Männer mit Beihilfe
- Männer ohne Beihilfe
- Kinder mit Beihilfe
- Kinder ohne Beihilfe



Z07/2104

## Veränderung der Versicherungsleistungen je Versicherten

Veränderung 2007 gegenüber 2006 in Prozent

<b>ambulante Leistungen</b>	<b>+ 6,58</b>
davon	
Arztbehandlung	+ 6,08
Heilpraktikerbehandlung	+ 11,30
Arzneien und Verbandmittel	+ 7,72
Heilmittel	+ 5,87
Hilfsmittel	+ 7,13
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>+ 2,34</b>
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 2,44
Wahlleistung Chefarzt	+ 2,43
Wahlleistung Unterkunft	+ 0,62
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 4,21
<b>Zahnleistungen</b>	<b>+ 7,48</b>
davon	
Zahnbehandlung	+ 4,55
Zahnersatz	+ 10,18
Kieferorthopädie	+ 5,99
<b>Gesamtleistung für Krankheitskosten</b>	<b>+ 5,37</b>

Z07/4105

sicherung entfielen hier 27,578 Mrd. Euro (plus 966,9 Mio. Euro beziehungsweise 3,6 Prozent). In der Pflegeversicherung stiegen die Beitragseinnahmen um 11,6 Mio. Euro (plus 0,6 Prozent) auf 1,883 Mrd. Euro.

Der Anteil der Vollversicherung an den Gesamtbeitragseinnahmen lag nahezu unverändert bei 72 Prozent (siehe nebenstehende Grafik). Mit 19,4 Prozent hatten die Zusatzversicherungen einen geringen Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen. Betrachtet man allein die Zusatzversicherungen, die ausschließlich von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, so lag deren Anteil an den Gesamtbeitragseinnahmen nur bei rund 12,6 Prozent. Die übrigen Beitragseinnahmen verteilten sich auf die Pflegeversicherung (6,4 Prozent)

sowie Besondere Versicherungsformen (2,2 Prozent). Dazu zählen etwa die Auslandsreisekrankenversicherungen.

Bis zum Jahresende 2008 ist mit Beitragseinnahmen in Höhe von 30,3 Mrd. Euro zu rechnen: 28,4 Mrd. Euro in der Krankenversicherung und 1,9 Mrd. Euro in der Pflegeversicherung.

### Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen stiegen im Jahr 2007 insgesamt um 1,059 Mrd. Euro (plus 5,9 Prozent) auf 18,898 Mrd. Euro: in der Krankenversicherung um 1,045 Mrd. Euro (plus 6,1 Prozent) auf 18,320 Mrd. Euro, in der Pflegeversicherung um 14,3 Mio. Euro (plus 2,5 Prozent) auf 578,1 Mio. Euro.

Bis zum 31. Dezember 2008 werden die Versicherungsleistungen voraussichtlich auf rund 19,9 Mrd. Euro steigen, davon entfallen rund 19,3 Mrd. Euro auf die Krankenversicherung und rund 0,6 Mrd. Euro auf die Pflegeversicherung.

Der Ausgabenanstieg je Versicherten war 2007 mit plus 5,4 Prozent mehr als doppelt so hoch wie 2006 (plus 2,2 Prozent, siehe

Tabelle). Zu dieser Entwicklung tragen insbesondere die ambulanten Leistungen (2007: plus 6,6 Prozent gegenüber 2,7 Prozent 2006) und die Zahnleistungen (2007: plus 7,5 Prozent gegenüber 1,3 Prozent 2006) bei.

Die PKV zahlte 2007 Beitragsrückerstattungen in Höhe von 1,036 Mrd. Euro an Versicherte aus, die keine Leistungen in Anspruch genommen hatten. Zur Abmilderung von Beitragsanpassungen wurden 1,344 Mrd. Euro verrechnet.

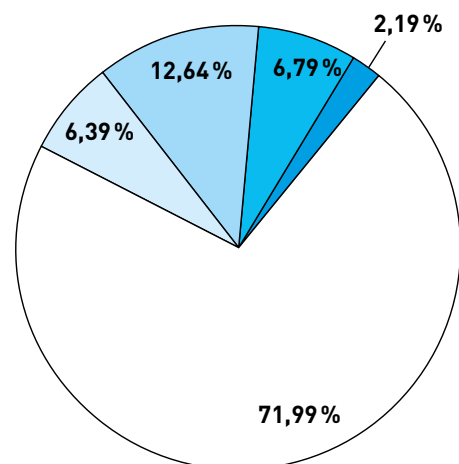
### Zukunftsvorsorge in der PKV

Den Alterungsrückstellungen, mit denen die im Alter ansteigenden Gesundheitskosten finanziert werden, wurden insgesamt 10,213 Mrd. Euro zugeführt, davon 1,279 Mrd. Euro für die Pflegeversicherung. Insgesamt verfügte die PKV damit zum 31. Dezember 2007 über Alterungsrückstellungen in Höhe von 123,646 Mrd. Euro: 106,495 Mrd. Euro in der Krankenversicherung und 17,151 Mrd. Euro in der Pflegeversicherung. *sh*

Den vollständigen „Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008“ finden Sie im Internet unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de).

### Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2007

- Krankheitsvollversicherung
- Pflegeversicherung
- Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz
- sonstige Zusatzversicherungen (Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Pflegezusatz)
- Besondere Versicherungsformen



Z07/3103

## Studie: PKV genießt ein deutlich höheres Ansehen als GKV

Eine gemeinsame Studie der Gothaer Krankenversicherung und des F.A.Z.-Instituts zeigt, dass die private Krankenversicherung sowohl bei privat als auch bei gesetzlich Krankenversicherten ein außerordentlich hohes Ansehen genießt. Während die Mehrheit der PKV-Versicherten mit den Leistungen ihrer Kostenträger zufrieden ist, klafft bei vielen GKV-Versicherten eine Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Alle Versicherten erwarten von ihrer jeweiligen Krankenversicherung vor allem ein hohes Leistungsniveau sowie gute Qualität und Service.

Für die Studie wurden vom Marktforschungsinstitut Forsa 1.000 Krankenversicherte im Alter von 18 bis 65 Jahren nach ihren Ansichten über die PKV befragt. Dabei wurden sowohl gesetzlich als auch privat Krankenversicherte interviewt.

### PKV rechtfertigt Vertrauensvorschluss

Über 80 Prozent der Privatversicherten sind der Ansicht, dass die PKV ein höheres medizinisches Qualitätsniveau bietet als die GKV. Und mit 73 Prozent stimmen fast drei Viertel dieser Befragten der Aussage zu, die PKV biete bessere Leistungen, die nicht durch die Politik eingeschränkt werden können. Bemerkenswert ist, dass auch die GKV-Versicherten ähnlich positive Ansichten gegenüber der PKV vertreten. Die Zustimmung zu den beiden genannten Aussagen liegt in dieser Gruppe bei 72 beziehungsweise bei 64 Prozent. Dieser große Vertrauensvorschluss in die PKV ist gerechtfertigt. Dies belegen die Antworten der Privatversicherten auf die Frage, warum sie bei ihrem aktuellen Versicherungsunternehmen bleiben wollen. So sind 66 Prozent der Befragten mit dem Service ihrer Versicherung hochzufrieden. Mit den Leistungen sind 63 Prozent und mit dem Beitragsniveau 58 Prozent sehr zufrieden.

Bei den GKV-Versicherten ergibt sich ein anderes Bild: Der Hauptgrund für einen potentiellen Wechsel in eine private Krankenversicherung ist der Wunsch nach einer höheren Qualität der medizinischen Versorgung (69 Prozent). Zwei Drittel wünschen sich einen besseren Service in

der ärztlichen Behandlung wie etwa kürzere Wartezeiten und 59 Prozent äußern den Wunsch nach einem umfangreicheren Leistungs- und Tarifangebot.

### Anspruch und Wirklichkeit

Gefragt wurden beide Versichertengruppen zudem, welche generellen Ansprüche sie an die Leistungen ihrer jeweiligen Krankenversicherung stellen und wie zufrieden sie mit den tatsächlich erbrachten Leistungen sind. Bei den grundsätzlichen Ansprüchen sind PKV- und GKV-Versicherte in den meisten Fällen sehr nah beieinander. So wünschen sich alle befragten Personen an erster Stelle umfangreiche Vorsorgemaßnahmen von ihrer Krankenversicherung, gefolgt von einer überwiegenden Kostenübernahme bei Zahnbehandlungen und -ersatz beziehungsweise einer guten ambulanten Versorgung.

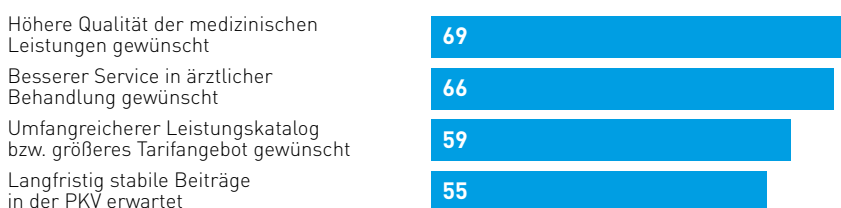
Bei der Zufriedenheit mit den entsprechenden Leistungen gibt es jedoch zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen. So sind 76 Prozent der Privatversicherten sehr zu-

frieden mit den Leistungen im ambulanten Bereich. Bei den GKV-Versicherten sind es nur 63 Prozent. Ähnlich verhält es sich mit den Vorsorgemaßnahmen. Hier sind 69 Prozent der PKV-Versicherten aber nur 59 Prozent der gesetzlich Versicherten sehr zufrieden. Die größte Diskrepanz gibt es beim Thema Zahnersatz. Hier liegt die Zufriedenheit in der PKV bei 73, in der GKV nur bei 32 Prozent. Eher geringe Zufriedenheitswerte gibt es unter den Privatversicherten nur bei Leistungen für Sehhilfen (49 Prozent) und im Bereich Heilpraktiker und Naturheilverfahren (38 Prozent).

Vor diesem Hintergrund überrascht es kaum, dass es die Mehrheit der Befragten befürworten würde, wenn die PKV grundsätzlich für alle Bürger geöffnet werden würde. Von den Privatversicherten würden einen solchen Schritt 73 Prozent begrüßen, von den gesetzlich Versicherten 70 Prozent. Durch die jüngste Gesundheitsreform rückt dieses Anliegen allerdings in weite Ferne. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist der Wechsel von der GKV in die PKV weiter erschwert worden. *ju*

### Potentielle Gründe für die PKV

in % aller befragten GKV-Versicherten, die grundsätzlich in die PKV wechseln würden<sup>1</sup>



1) Mehrfachnennungen möglich.

Quellen: Gothaer Krankenversicherung, F.A.Z.-Institut.

## Original oder Generikum? Wirkstoffe mit Patentablauf im Jahr 2008

Auch im Jahr 2008 läuft bei einigen Arzneimittel-Wirkstoffen der Patentschutz aus. Damit können Nachahmerpräparate (Generika) auf den Markt gebracht werden. Die PKV-Unternehmen können ihre Versicherten darauf aufmerksam machen, dass durch einen Wechsel vom Original zum Generikum eine Kosteneinsparung möglich ist, die sich auch positiv auf die Prämienentwicklung auswirken kann.

Generika sind Nachahmerprodukte, die nach Ablauf des Patentschutzes eines Wirkstoffs auf den Markt gebracht werden. Generika und Original unterscheiden sich durch die Galenik, also durch das Zubereitungsverfahren, die Formgebung und die Verwendung von Hilfsstoffen. Die Unterschiede zwischen Original und Generikum sind in der Regel aber nicht klinisch relevant. Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat die Wirkstoffe, bei denen im Jahr 2008 der Patentschutz abläuft, untersucht. Diese Informationen können von den PKV-Unternehmen zum Beispiel genutzt werden, um betroffenen Patienten Versorgungsalternativen aufzuzeigen.

Die Umsätze und Verordnungszahlen der betreffenden Wirkstoffe wurden auf Grundlage von Arzneimitteldaten von sieben PKV-Unternehmen ermittelt, bei denen zusammen fast die Hälfte aller Privatversicherten versichert ist. Die Angaben zum Patentschutz wurden vom Branchenverband Progenerika bereitgestellt.

Der Patentauslauf umfasst im Jahr 2008 18 Wirkstoffe, darunter einige mit großem Umsatzvolumen. In der nebenstehenden Tabelle werden die elf umsatzstärksten Wirkstoffe mit ihren PKV-Umsatz- und Verordnungszahlen für 2007 dargestellt.

Venlafaxin ist der umsatzstärkste Wirkstoff, der 2008 patentfrei wird. Er ist als Antidepressivum zugelassen und wird bei Angst- und Panikstörungen, Depressionen und Phobien verordnet. Das Original der Firma Wyeth ist unter dem Namen Trevilor auf dem Markt. Im Jahr 2008 lag der

Umsatzanteil von Privatversicherten bei 0,56 Prozent. Damit liegt Venlafaxin in der Rangliste der Wirkstoffe nach Umsatz geordnet auf Rang 23. Der durchschnittliche Preis einer Verordnung liegt bei 158 Euro.

Der zweitwichtigste Wirkstoff, für den ab diesem Jahr Generika auf dem Markt erscheinen, ist Bicalutamid. Diese Substanz wird bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom verordnet. Mit einem durchschnittlichen Preis pro Verordnung von 564 Euro gehört das Original Casodex von Astra-Zeneca zu den teuren Medikamenten. Mit einem Umsatzanteil von 0,39 Prozent bei Privatversicherten liegt Bicalutamid auf Rang 42 der Umsatzrangliste.

Weitere umsatzstarke Wirkstoffe mit ablaufendem Patentschutz sind der teure Interferon beta-1b Wirkstoff des Originals

Betaferon von Schering, welches bei Multiple Sklerose verordnet werden kann sowie der Lipidsenker Fluvastatin. Fluvastatin wird in Deutschland unter den Namen Locol und Cranoc von den Firmen Novartis und Astellas vertrieben.

Inwieweit sich bei den Wirkstoffen eine Ersparnis durch eine Umstellung auf Generika ergibt, ist davon abhängig, wie viele Generikahersteller ein entsprechendes Präparat auf den Markt bringen und wie sich die Originalhersteller verhalten. Da davon ausgegangen werden muss, dass die gesetzliche Krankenversicherung zügig eine hohe Generikaquote anstrebt und damit die Marktanteile der Originale rasch einbrechen können, sind die Originalhersteller hinsichtlich ihrer Preise für PKV-Versicherte möglicherweise verhandlungsbereit, um ihren Absatz zu stützen. *wi*

Umsatz-rang	Wirkstoff	Original	Umsatz-anteil	Verord-nungsanteil	Ø Preis der Vo.
23	Venlafaxin	TREVILOR	0,56 %	0,14 %	158 €
42	Bicalutamid	CASODEX	0,39 %	0,03 %	564 €
133	Interferon beta-1b	BETAFERON	0,21 %	0,01 %	1.392 €
166	Fluvastatin	LOCOL, CRANOC	0,16 %	0,12 %	56 €
378	Dorzolamid	TRUSOPT	0,06 %	0,04 %	59 €
436	Lenograstim	GRANOCYTE	0,05 %	<0,01 %	516 €
514	Fondaparinux	ARIXTRA	0,04 %	0,02 %	101 €
824	Manidipin	MANYPER	0,01 %	0,01 %	59 €
827	Famciclovir	FAMVIR	0,01 %	<0,01 %	167 €
1466	Interferon alfacon-1	INFERAX	<0,01 %	<0,01 %	441 €
1694	Imidapril	TANADRIL	<0,01 %	<0,01 %	25 €

Umsatz- und Verordnungsanteile in der PKV im Jahr 2007 von Wirkstoffen, deren Patentschutz im Jahr 2008 abläuft

# Preisverleihung beim Bundeswettbewerb Aidsprävention

Mit einer Preisverleihung im Bundesgesundheitsministerium fand am 28. Oktober der erste Bundeswettbewerb Aidsprävention seinen Abschluss. Initiiert wurde der Bundeswettbewerb von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Verband der privaten

Krankenversicherung e. V. und dem Bundesministerium für Gesundheit. Ziel des Wettbewerbs ist es, innovative lokale und regionale Projekte der Aidsprävention zu fördern. Aus 100 eingereichten Projekten hat die Fachjury 13 nominiert und sieben Preisträger ermittelt. Sie erhalten für die

zukünftige Projektentwicklung Preisgelder in Höhe von 1.000 bis 10.000 Euro.

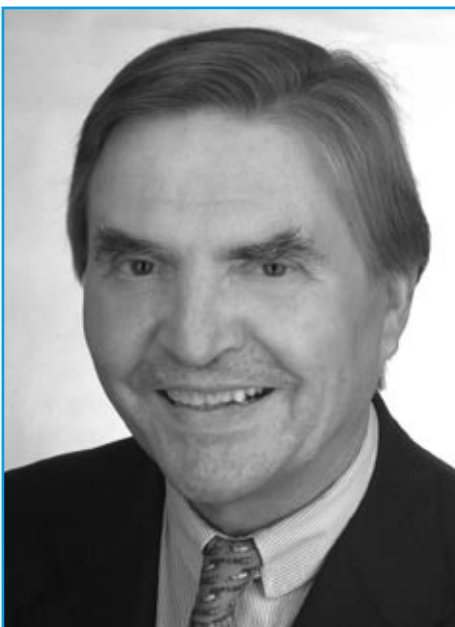
Volker Leienbach, Direktor des PKV-Verbandes, betonte auf der Preisverleihung: „Seit dem Jahr 2005 unterstützen die privaten Krankenversicherungen die BZgA jährlich mit 3,4 Millionen Euro. Im Zuge der Zusammenarbeit entstand die Idee, einen Wettbewerb durchzuführen, der nach neuen und zukunftsweisenden Ideen für die Aidsprävention sucht. Wir freuen uns, dass wir nun diejenigen mit einem Preisgeld unterstützen können, die sich täglich mit kleinen Mitteln aber großen Ideen in die Präventionsarbeit einbringen.“

Zusätzlich unterstützt der PKV-Verband auch in diesem Jahr die Deutsche AIDS-Stiftung mit 100.000 Euro. Mit einem Großplakat im Zentrum Berlins machte die PKV zudem im Vorfeld des Weltaidstages am 1. Dezember auf ihr Engagement in der Aidsprävention aufmerksam. *juw*



Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (vierte v. l.) und PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach (r.) mit Preisträgern des Projekts Aids & Art.

# Zum Ruhestand des agv-Hauptgeschäftsführers Dr. Jörg Müller-Stein



Dr. Jörg Müller-Stein

Anfang Dezember ist der langjährige Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes der Versicherungsunternehmen in Deutschland (agv), Dr. Jörg Müller-Stein, in den Ruhestand getreten. Mehr als 16 Jahre bekleidete Müller-Stein dieses Amt. Seit 1995 war er zudem geschäftsführendes Vorstandsmitglied des agv.

Seine berufliche Karriere startete der promovierte Jurist beim Institut für Versicherungsrecht an der Universität Köln. Anschließend war er fast 20 Jahre für den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft tätig. Dort leitete er unter anderem die Abteilung Außendienst- und Maklerfragen und war ab 1989 stellvertretender Verbandsdirektor. Im Juli 1992

wechselte er schließlich zum Arbeitgeberverband der Versicherungsunternehmen.

Die zentrale Aufgabe des agv ist es, alle Verhandlungen mit den Gewerkschaften zu führen und mit diesen Tarifverträge abzuschließen. Hauptziel ist dabei, die Wettbewerbskraft seiner derzeit 242 Mitglieder durch eine Politik der Kostenstabilisierung zu stärken.

Für den neuen Lebensabschnitt wünscht der PKV-Verband Dr. Müller-Stein nach einem sehr erfolgreichen Berufsleben viel Gesundheit und Muße für all die Dinge, für die in den vergangenen Jahren angesichts der verantwortungsvollen Aufgaben vielleicht zu wenig Zeit geblieben ist.

## Stiftung für Seelische Gesundheit „erbt“ 410.000 Euro

Gut vier Jahre nach ihrer Gründung kann sich die Stiftung für Seelische Gesundheit über eine bedeutende Finanzspritze freuen: In Anwesenheit von Fachärzten und Journalisten hat ihr der leitende Arzt des PKV-Verbandes, Prof. Jürgen Fritze, einen symbolischen Scheck über 410.000 Euro überreicht. Damit verdreifacht sich das Stiftungsvermögen annähernd auf 620.000 Euro.

Die feierliche Übergabe fand am 27. November 2008 im Rahmen des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin statt. Das Geld entstammt dem Stiftungsvermögen des Deutschen Instituts für Rationale Medizin (DIRM), das zu diesem Zweck aufgelöst worden war. Am DIRM waren der PKV-Verband als Stifter sowie Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Verband der Ärzte Deutschlands e.V. (Hartmannbund) und der Verband der

niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV) als Zustifter beteiligt.

Die Stiftung für Seelische Gesundheit setzt sich mit ihren Mitteln für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und vor allem für deren

Entstigmatisierung ein. Es gelte, so Prof. Fritze, „Hürden abzubauen, die eine sachgerechte Behandlung behindern“. Denn nach den Worten von DGPPN-Präsident Prof. Wolfgang Gaebel haben psychisch Kranke noch immer unter starken gesellschaftlichen Vorurteilen zu leiden. *dl*



PKV-Verbandsarzt Prof. Jürgen Fritze (r.) überreicht den Scheck an DGPPN-Präsident Prof. Wolfgang Gaebel.

## Sana-Kliniken: Dr. Reinhard Schwarz tritt in den Ruhestand

Nach 17 Jahren an der Spitze der Sana-Kliniken AG ist der Vorstandsvorsitzende Dr. Reinhard Schwarz in den Ruhestand getreten. Unter seiner Leitung sind die Sana Kliniken zu einem der führenden deutschen privaten Krankenhausbetreiber geworden.

Als Schwarz 1980 als Verwaltungsdirektor an der Universitätsklinik Frankfurt antrat, war ein modernes Krankenhausmanagement noch die Ausnahme. Meist herrschte der Chefarzt über sein Haus, während der Verwalter in dritter Reihe die administrativen Anweisungen ausführte. „Einer der wichtigsten Veränderungsprozesse in den vergangenen Jahrzehnten glich deswegen einem Erdbeben“, erinnert sich Schwarz:

„Nicht-Mediziner wurden zu Vorgesetzten von Chefarzten.“ Anfang der 1990er Jahre stieg Schwarz als Krankenhausdirektor des Katharinen Hospitals Stuttgart bei der Sana ein. Unter seiner Leitung hat die Sana Kliniken AG eine sehr erfolgreiche wirtschaftliche Entwicklung genommen. Allein zwischen 2004 und 2007 übernahm Sana 16 zusätzliche Krankenhäuser.

Die Zukunft des deutschen Krankenhauswesens wird seiner Ansicht nach von mehr Wettbewerb geprägt sein: „Nur wer höchste Qualität und Wirtschaftlichkeit anbietet, wird überleben können.“ Nach dieser Maxime hat Dr. Schwarz stets gehandelt. Der PKV-Verband wünscht ihm für seinen wohlverdienten Ruhestand alles Gute.



Dr. Reinhard Schwarz

## Pflegereform: PPV ist gut aufgestellt

Die Pflegereform des Jahres 2008, die in wesentlichen Teilen zum 1. Juli in Kraft trat, hat für die Versicherten zahlreiche Veränderungen gebracht. Ein erstes Resümee zeigt, dass die private Pflegeversicherung (PPV) die neuen gesetzlichen Vorgaben ohne Probleme umsetzen kann.

Keine große Schwierigkeit stellt die neue Frist von fünf Wochen zwischen Antrags- eingang des Versicherten und Mitteilung der Entscheidung dar. Die Bearbeitungsdauer der Erstgutachten durch die MEDICPROOF GmbH, den medizinischen Dienst der PKV, liegt bei durchschnittlich 22,5 Tagen im ambulanten und 19,25 Tagen im stationären Bereich. Damit bleiben bis zu 15,75 Tage für die Bearbeitung beim Versicherungsunternehmen, so dass die Fünf-Wochen-Frist in der Regel bereits jetzt eingehalten werden kann. Schwierigkeiten damit kann es noch bei einzelnen Auftragsarten geben, etwa bei der Begutachtung von Kindern, für die speziell qualifizierte Gutachter eingesetzt werden müssen.

Unsicherheit bestand zunächst wegen der zu erwartenden Zahl von Leistungsbeziehern der neuen Pflegestufe Null. Dabei handelt es sich um Personen, die durch eine Demenz, Behinderung oder psychische Erkrankung in ihrer Alltagskompetenz so weit eingeschränkt sind, dass sie einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf aufweisen. Der daneben bestehende Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung braucht nicht das Maß der Pflegestufe I zu erreichen. Diese Fälle kommen aber wesentlich seltener als erwartet vor. Zwar werden die verbesserten zusätzlichen Betreuungsleistungen recht stark nachgefragt. Aber eben nur zu einem sehr geringen Teil von Personen, die nicht auch eine Pflegestufe, also auch mindestens erheblichen Pflegebedarf haben.

Die Pflegezeit wird bislang ebenfalls nicht in dem Maß in Anspruch genommen, wie das der Gesetzgeber unterstellt hatte. Bei der PKV sind bisher nur wenige Anträge auf Beitragszuschuss für die Kranken- und Pflegeversicherung eingegangen. Zurückhaltend sind die Versicherten auch noch mit der Inanspruchnahme der „gepoolten“ Leistung nach § 36 Absatz 1 SGB XI, und auch auf teilstationäre Pflege ist trotz Leistungsverbesserung kein „Run“ festzustellen. Ein echter Bedarf wird dagegen offenbar durch die Möglichkeit gedeckt, Kurzzeitpflege für Kinder auch in Behinderteneinrichtungen durchzuführen, die nicht als Pflegeheime zugelassen sind.

In der Pflegeberatung hat die PKV inzwischen das private Pflegeberatungsunternehmen COMPASS aufgebaut, das ab Januar bundesweit tätig sein wird. Die Pflegeberatung der Privatversicherten wird damit nicht den gesetzlichen Pflegekassen überlassen. Sie wird vielmehr unabhängig durch angestellte Fachkräfte in Form telefonischer Beratung oder durch Hausbesuche erfüllt.

Ein zentrales Zukunftsthema ist die Pflegequalität. Auch hier wird sich die PKV künftig an den Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen mit eigenem Personal bundesweit beteiligen. Weil ihr dies und die weiteren Möglichkeiten der Beteiligung an den gesetzlichen Maßnahmen aber nicht ausreichen, wird die PKV ein Zentrum für Qualität in der Pflege als gemeinnützige Stiftung gründen. Aufgabe wird unter anderem die Begleitung der Entwicklung verbindlicher Expertenstandards (§ 113 SGB XI) und das Verfolgen neuer Ansätze für eine Qualitätsverbesserung in der Pflege sein.

### Impressum

#### Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.  
Postfach 51 10 40, 50946 Köln  
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln  
Telefon: (0221) 99 87 - 0  
Telefax: (0221) 99 87 - 39 50  
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: Andreas Besche, Sabine Heche, Dirk Lullies, Dr. Joachim Patt, Stefan Reker, Dr. Frank Wild  
Fotos: picture-alliance/ dpa  
Karikaturen: Dirk Meissner, Köln  
Gestaltung: Roman Rossberg, zwoplus

#### 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 u. MwSt.  
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.02.2009.