



Vorhersehbares Ende der Privaten Krankenversicherung (PKV)? *Predictable End of Private Health Insurance in Germany?*

Dr. Patrick Illinger, Leiter der Wissenschaftsredaktion der Süddeutschen Zeitung beleuchtete kürzlich die Entwicklungsdynamik der Privaten Krankenversicherung (PKV). Schwerpunkte des Berichts waren insbesondere

- die irrationale, vom Durchschnittspatienten nicht zu überprüfende Leistungsausweitung,
- die rasante, aber logische Prämien-erhöhung,
- der bislang unerfüllbare Wunsch von mindestens 25 % der 8,9 Millionen Privatversicherten, ins System der gesetzlichen Krankenversicherung zu wechseln, sowie
- die existenziell bedrohlichen Finanzierungsprobleme der PKV.

Zitate aus dem Artikel:

- „Die Kosten wachsen exponentiell, das System wird an sich selbst ersticken. Es ist wie eine Feier auf dem Oberdeck der Titanic, und Rettungsboote gibt es keine.“
- „Man fühlt sich wie in einem riesigen Restaurant, bei dem permanent Gerichte aufgetragen werden, die man nie bestellt hat.“

Obwohl ich persönlich der Einschätzung des Autors beipflichte, geht es mir weder darum, die Zukunftschancen der privaten Krankenversicherung wissenschaftlich zu belegen, noch die Rolle der Hausärzte zu beleuchten. Letzteres schon deshalb nicht, weil für Hausärzte privat versicherte Patienten kein wirklich zentrales Thema sind: zum einen, weil deren Anteil an den Einnahmen meist von gering bis nicht vorhanden reicht. Und zum zweiten, weil Hausärzte bei der Abrechnung privat versicherter Patient/innen die reinsten Waisenknaben sind (die meisten der in Rechnung gestellten Beträge würden manchen Spezialisten Lachtränen ins Gesicht treiben).

Es geht mir vielmehr darum, auf eine gesundheitspolitische Entwicklung

hinzuweisen, die vielen von uns vermutlich nicht sehr präsent ist. Daneben möchte ich die Ansichten des Autors durch eigene Erfahrungen ergänzen.

Ich selbst habe mich – wie viele andere Kommilitonen – bereits als Student im klinischen Abschnitt privat versichert und bin es (mangels gesetzlicher Wechselmöglichkeiten) bis heute geblieben. Mit persönlichen Erlebnissen als privat versicherter Patient könnte ich problemlos ein kurzes Buch füllen. Das will ich Ihnen ersparen und nur eine kürzliche (sich in dieser Form aber über die Jahre regelmäßig wiederholende) Erfahrung schildern. Es handelt sich hier beileibe um keinen Einzelfall, was alleine im meinem persönlichen Umfeld durch diverse Berichte von Freunden und Verwandten bestätigt wird.

Fallbericht

Letztes Jahr war eine operative Korrektur eines angeborenen Wirbelgleitens nicht mehr zu vermeiden. Mutig begab ich mich in die neurochirurgische Abteilung einer deutschen Universitätsklinik, aus der ich nach sechs Tagen stationären Aufenthaltes wieder entlassen wurde. Ich war nicht vom Abteilungsleiter, sondern von seinem kompetenten Oberarzt operiert worden und bin heute – 17 Monate postoperativ – vollkommen beschwerdefrei. Klinisch ein voller Erfolg, für den ich dem Kollegen sehr dankbar bin.

Die Rechnung bekam ich natürlich nicht von ihm, sondern vom Direktor der Neurochirurgischen Klinik, denn in praktisch allen deutschen Krankenhäusern sind alleine die Abteilungschefs liquidationsberechtigt (ob diejenigen, welche die Arbeit gemacht haben, davon substanzial etwas abbekommen, hängt von der Abgabefreudigkeit des vorgesetzten Abteilungsleiters ab). Daneben schickten natürlich auch die Direktoren der Anästhesiologie, Laborchemie etc. ihre Liquidationen.

Auf der Rechnung der Neurochirurgie stand u.a. fünfmal eine komplette neurologische Untersuchung. In der Realität hatte aber nur einmal eine Prüfung von ASR und PSR stattgefunden.

Auf der Rechnung des Anästhesisten (den ich nie zu Gesicht bekommen hatte) war u.a. eine videogestützte Intubation – „wegen besonderer anatomischer Verhältnisse“ mit dem Faktor 3,5 – aufgeführt (ich habe einen BMI von 23,5 und keinerlei anatomische Besonderheiten im HNO-Bereich).

Ich rief daraufhin die Rechnungsstelle der Neurochirurgie an und gab an, dass von den fünf neurologischen Untersuchungen bestenfalls nur eine stattgefunden habe. Ohne große Diskussion wurde die Rechnung daraufhin geändert und vier der fünf Abrechnungsziffern gestrichen.

Nach dem Anruf in der Anästhesiologie erhielt ich einen Rückruf des Abteilungsleiters, der sich bei mir entschuldigte und anmerkte, er wüsste beim besten Willen nicht, wie diese Position auf meine Rechnung gekommen sei (eine videogestützte Intubation habe gar nicht stattgefunden).

Alles in bester Ordnung, könnte man meinen. Natürlich nicht ...

Dass die falschen Rechnungen so problemlos korrigiert wurden, mag vielleicht an meiner Intervention als Kollege gelegen haben. Die Rechnungstellung aber kann wohl kaum auf mich gemünzt gewesen sein, denn das wäre eher eine – pardon – riskante Dummheit.

Vielmehr darf man annehmen, dass die beauftragten Mitarbeiter/innen Anweisung haben, bestimmte Positionen routinemäßig in die Rechnung aufzunehmen. Die Häufigkeit von Widersprüchen dürfte sich in engen Grenzen bewegen, denn welcher Patient kann schon übersehen, was falsch oder richtig berechnet wurde. Aber selbst wenn ein entsprechender Verdacht aufkäme, würde sich kaum ein Betroffener zu Wort melden: Mit dem behandelnden Arzt will man sich verständlicherweise nicht anlegen und ... die Versicherung zahlt den Betrag ja sowieso.

Den Bericht aus der Süddeutschen Zeitung können Sie frei herunterladen unter:

<http://www.sueddeutsche.de/geld/finanzierung-des-gesundheitssystems-nichts-wie-raus-aus-der-privaten-krankenkasse-1.1424827>