



Ausgabe 8 | Oktober 2009

Interview

Prof. Wolfgang Römer über die Auswirkungen des Karlsruher Urteils zur Gesundheitsreform

Reformmodell?

Das Gesundheitssystem der Niederlande ist bei näherer Betrachtung teurer als das deutsche

Durchleuchtet

Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte müssen Beiträge auf alle Einkunftsarten entrichten

PKV publik

Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Hand aufs Herz

Die private Krankenversicherung erkundet die Einstellung der Ärzte zur Organspende



Liebe Leserinnen und Leser,

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

manche von Ihnen mögen den Bundestagswahlkampf für konturenlos gehalten haben – das Ergebnis aber ist eindeutig. Die bürgerliche Koalition von CDU/CSU und FDP hat eine klare Regierungsmehrheit erhalten. Dass wir in der privaten Krankenversicherung (PKV) den Farbwechsel von Schwarz-Rot zu Schwarz-Gelb für einen echten Fortschritt in Richtung einer vernünftigen Gesundheitspolitik halten, wird Sie nicht verwundern. Dem deutschen Gesundheitswesen werden weniger Ideologie und mehr Pragmatismus, weniger staatliche Regulierung und mehr Gestaltungsspielraum für die Beteiligten gut tun.

Auch für die neue Regierung dürften zunächst die akuten Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Vordergrund stehen. Wie auch immer die Löcher kurzfristig gestopft werden: Das Umlagesystem der GKV stößt unübersehbar an seine Grenzen. Es braucht schon heute schuldenfinanzierte Zuschüsse in Milliardenhöhe, dabei stehen die größten demografischen Belastungen erst noch bevor.

Wirklich zukunftsfähig ist das System nur mit mehr Kapitaldeckung. Hier hat die PKV eine Vorbildfunktion. Mit ihren Alterungsrückstellungen in Höhe von 130 Milliarden Euro gewährleistet sie, dass jede Versicherten-Generation für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten selbst Vorkehrungen trifft, damit sie ihren Kindern und Enkeln nicht auf der Tasche liegt. Um den Leistungskatalog für die gesetzlich Versicherten bezahlbar zu halten, müssen mehr Leistungen in der kapitalgedeckten

PKV abgesichert werden. Dazu bieten sich vor allem die zahnmedizinische Versorgung, das Krankengeld und die privaten Unfälle an.

Außerdem muss die willkürliche Verdreifachung der Wartezeit zurückgenommen werden, die freiwillig versicherten Arbeitnehmern seit 2007 einen Wechsel in die PKV erschwert, ebenso die extreme Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 2003. Das alles funktioniert ohne großes Reformpaket, mit überschaubaren gesetzlichen Schritten, stärkt aber die Tragfähigkeit unseres Gesundheitssystems und entlastet das überforderte Umlageverfahren.

Zu den wichtigsten Zielen der PKV gehört es, in fairer Partnerschaft mit Ärzten und anderen Leistungserbringern stärker Einfluss auf Qualität, Mengen und Preise zu nehmen. Dazu bedarf es geeigneter Vertrags- und Steuerungskompetenzen. Bei den anstehenden Novellierungen der Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) müssen deshalb Spielräume für leistungsgerechte und angemessene Honorierungen geschaffen werden.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Dr. Volker Leienbach

Ärzte spielen eine wichtige Rolle bei der Aufklärung über die Organspende. Eine aktuelle Umfrage hat nun jedoch ergeben, dass sich viele Mediziner selbst nur unzureichend über dieses Thema informiert fühlen.



In dieser Ausgabe

- Hand aufs Herz** 4
Die private Krankenversicherung hat die Einstellung der Ärzte zur Organspende erkundet
- Interview** 8
Prof. Wolfgang Römer über die Konsequenzen des Verfassungsgerichtsurteils zur Gesundheitsreform
- Reformmodell Oranje?** 10
Bei Berücksichtigung der Altersstrukturen ist das niederländische Gesundheitssystem teurer als unseres
- Durchleuchtet** 12
Freiwillig in einer Krankenkasse Versicherte werden strenger auf beitragspflichtige Einkünfte kontrolliert
- Meldungen** 14
- Verbesserung in aller Munde** 15
Dr. Thomas Neumann vom Bundesministerium für Gesundheit über die Zahngesundheit in Deutschland



Die Niederländer: günstiger versorgt, weil im Schnitt jünger



Freiwillig GKV-Versicherte: strengere Kontrolle aller Einkünfte



Hand aufs Herz

Die persönliche Einstellung der Ärzte gegenüber dem Thema Organspende

Ärzte haben eine Schlüsselfunktion bei der Aufklärung über Organspende, leiden aber selbst unter einem Mangel an Informationen. Dies ergab eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts TNS Emnid unter niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen im Auftrag des PKV-Verbandes und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO).

„Rund 12.000 Menschen warten auf ein lebensrettendes Spenderorgan, drei davon sterben täglich, weil es immer noch nicht genügend Organspenden gibt“, so Prof. Dr. Jürgen Fritze, Leitender Verbandsarzt der PKV. Die aktuelle Umfrage zeige, welche Schlüsselrolle den Hausärzten zur Steigerung der Organspendebereitschaft zukomme: 78 Prozent der Befragten schätzen ihren Einfluss auf die Steigerung der Organspendebereitschaft hoch ein. Dabei hat bereits jeder zweite Arzt selbst einen Organspendeausweis.

„Wir brauchen noch mehr Ärzte, die ihre Patienten über die Organspende aufklären. Dabei ist es wichtig, dass sie mit gutem Beispiel vorangehen: Die Studie zeigt auch, dass diejenigen Ärzte, die selbst Organspender sind, ihre Patienten gezielt über die Spendemöglichkeiten informieren“, so Prof. Fritze. Bei Medizinerinnen, die selbst einen Organspendeausweis besitzen, liegt der Anteil derjenigen, die in ihren Praxen Informationsmaterial zur Organspende anbieten, bei 74 Prozent. Dagegen stellen nur 37 Prozent der Ärzte ohne Ausweis ihren Patienten entsprechende Informationen zur Verfügung. „Hier schlummert enormes Potenzial“, so der Leitende PKV-Verbandsarzt.

Für Prof. Dr. Günter Kirste, Medizinischer Vorstand der DSO, lässt sich aus der Umfrage ein Paradigmenwechsel innerhalb der Ärzteschaft ableiten. Die Mediziner sagten inzwischen „Ja“ zur Organspende, konstatierte der Transplantationsme-

diziner. „Das ist eine neue Aussage, die hatten wir vor vielen Jahren, zu Beginn des Transplantationsgesetzes, in dieser Form noch nicht.“

Hausärzte als Botschafter für Organspende gewinnen

Die DSO will nunmehr insbesondere die Hausärzte als Ratgeber gewinnen. „Ein Knackpunkt besteht darin, dass die Ärzte die Organspendebereitschaft der Menschen anscheinend viel niedriger einschätzen, als sie tatsächlich ist“, erklärt Prof. Dr. Kirste. „Dabei gilt auch hier: Nur wer selbst informiert und überzeugt ist, kann das Thema Organspende offen bei seinen Patientinnen und Patienten ansprechen und damit wertvolle Überzeugungsarbeit leisten.“

„Die niedergelassenen Ärzte können wichtige Impulse geben, indem sie Informationsmaterial und Organspende-

Ärzte haben eine Schlüsselfunktion bei der Aufklärung über die Organspende, leiden aber einer aktuellen Umfrage zufolge selbst unter Informationsmangel. Hier kann angesetzt werden, um die grundsätzlich hohe Spendebereitschaft in Deutschland zu nutzen.

ausweise auslegen und als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen“, unterstreicht Dr. Thomas Beck, Kaufmännischer Vorstand der DSO. Nun wolle man gemeinsam mit den wichtigen Ärzteverbänden Konzepte entwickeln, um die Ärzte durch Fortbildungen und Schulungsmaterial besser über Organspende zu informieren sowie in der Aufklärungsarbeit gegenüber ihren Patienten stärker zu unterstützen.

Ärzte wännen Bürger schlecht informiert, sich selbst aber auch

Die DSO selbst wird der Umfrage zufolge von den Medizinerinnen als die am meisten geschätzte Informationsquelle in Sachen Organspende eingestuft. Über die Hälfte (51 Prozent) fühlt sich von der DSO gut über das Thema informiert, gefolgt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (34 Prozent) und den Medien (28 Prozent). Allerdings haben nur 23 Prozent der befragten Ärzte an einer einschlägigen Fortbildungsveranstaltung teilgenommen. Lediglich 11 Prozent der Medizinerinnen sprechen ihre Patienten häufig auf das Thema Organspende an, 61 Prozent nur in Einzelfäl-

len und 28 Prozent überhaupt nicht. Die Allgemeinmediziner, die selbst einen Organspendeausweis haben, setzen sich mit 84 Prozent am stärksten durch aktive Patientenansprache für eine Aufklärung ein.

Für die im internationalen Vergleich relativ niedrige Rate an postmortalen Organspenden in Deutschland gibt es aus Sicht der befragten Ärzte mehrere Gründe: 95 Prozent der befragten Ärzte sehen die Ursache in der mangelnden Information der Bevölkerung. Annähernd genau so viele (94 Prozent) machen die Ängste

der Bürger dafür verantwortlich. Mehr als zwei Drittel (71 Prozent) der Befragten beklagen, dass die Ärzteschaft selbst nicht ausreichend informiert sei.

Die Spendebereitschaft in Deutschland ist prinzipiell hoch

Über die Hälfte der Mediziner glaubt, dass es in der Bevölkerung eine grundsätzliche Ablehnung gegenüber Organspende gibt – was allerdings eine völlige Fehleinschätzung ist. Rund zwei Drittel der Bundesbürger wären nämlich nach eigenen Angaben einverstanden, ihre Or-

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Seit 25 Jahren ist die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) erster Ansprechpartner in Fragen der Organspende. Die DSO sichert die Einhaltung und Umsetzung des Transplantationsgesetzes, unterstützt die über 1.400 Krankenhäuser im Organspendeprozess und stimmt die Zusammenarbeit mit der internationalen Vermittlungsstelle für Spenderorgane (Eurotransplant, Niederlande) sowie mit den rund 50 Transplantationszentren in Deutschland ab. Die DSO optimiert die Organspende kontinuierlich. Dazu gehören die Entwicklung eines zentralen Informationssystems, Fortbildungsprogramme für Krankenhausmitarbeiter sowie ein Ausbildungskonzept für Angehörigenbetreuer. Seit dem Start der Initiative „Fürs Leben. Für Organspende“ im Juni 2008 ist die Information der Bevölkerung eine weitere zentrale Aufgabe der Stiftung.

gane nach dem Tod zu spenden, so eine Umfrage von TNS Healthcare im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 2008. Allerdings haben lediglich 17 Prozent ihren Willen in einem Organspendeausweis dokumentiert. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Die Ergebnisse der aktuellen Ärztebefragung zeigen deutlich, dass dabei den niedergelassenen Ärzten auch aus Sicht der Bürger eine Schlüsselrolle zukommt. Für 76 Prozent der Bürger ist der Arzt bevorzugter Gesprächspartner zum Thema Organspende, erst dann folgen Ehepartner und Angehörige mit 50 Prozent.

„Wir brauchen dringend mehr Organspenden in Deutschland“

„Es braucht eigentlich nur einen kleinen Kick, damit sich jene zwei Drittel der Be-

völkerung, die zur Spende bereit sind, auch einen Organspendeausweis zulegen“, sagt PKV-Experte Jürgen Fritze. Der Ausweis ist eine der Voraussetzungen für eine Organspende. Menschen ab dem 16. Lebensjahr können damit ihr Einverständnis geben, nach ihrem Hirntod ein oder mehrere Organe zu spenden. Transplantiert werden können Herz, Lunge, Niere, Leber, Darm und Bauchspeicheldrüse sowie Gewebe wie die Hornhaut des Auges und die Haut. Einen Organspendeausweis zum Ausdrucken findet man unter anderem auf den Internetseiten des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unter www.pkv.de.

DSO-Vorstand Günter Kirste bewertet die Situation der Organspende in Deutschland kritisch: „Jährlich sterben in Deutschland rund 1.000 Patienten auf der Warteliste für ein Organ. Nierenpa-

tienten warten durchschnittlich fünf bis sechs Jahre auf eine Transplantation. Zwar sind in den ersten sechs Monaten dieses Jahres die Organspendezahlen wieder gestiegen, der Höchststand von 2007 konnte jedoch nicht erreicht werden.“ Bundesweit haben 623 Menschen im ersten Halbjahr nach ihrem Tod Organe gespendet. In den ersten sechs Monaten 2009 wurden 2.047 Transplantationen durchgeführt, im ersten Halbjahr 2008 waren es nur 1.984.

Die Anzahl der Spenden durch geeignete Strukturen erhöhen

„Es wäre falsch, den leichten Aufwärtstrend zu optimistisch einzuschätzen“, so Kirste. Erst am Jahresende werde sich zeigen, ob sich die Organspendezahlen stabilisieren und kontinuierlich steigen. Es müsse daher weiterhin alles getan

Das Geschenk meines Lebens.
Eine Lunge.
www.fuers-leben.de

FÜRS LEBEN
FÜR ORGANSPENDE

werden, um den schwerkranken Patienten auf der Warteliste zu helfen: „Die Anzahl der Spenden in Deutschland ließe sich laut unserer Studien durch geeignete Strukturen verdoppeln.“

Das spanische Erfolgsmodell

Als Erfolgsmodell für eine Steigerung der Organspenden wird seit Jahren immer wieder Spanien mit 34 Spendern pro eine Million Einwohner genannt, in Deutschland sind es nur 15. Inzwischen ist das spanische Modell vielfach beobachtet und analysiert worden. Der Erfolg des Systems liegt dabei in der übergeordneten Zuständigkeit der Spendeorganisation für die Bereiche Spendererkennung, Spenderbehandlung, Gesprächsführung mit den Angehörigen sowie der Organisation aller Abläufe. In jedem relevanten Krankenhaus werden Beauftragte als Teil der Spendeorganisation bestellt.

Nach Einschätzung der DSO liegt ein wesentlicher Schlüssel für eine Verbesserung der Organspendesituation in Deutschland in der Schaffung dieser strukturellen Voraussetzungen. Eine Aufnahme der Verpflichtung zur Organspende als verbindliches Kriterium für die Bewertung der Klinikqualität hält der Kaufmännische Vorstand der DSO, Dr. Thomas Beck, „für längst überfällig. Es nützt nichts, immer wieder auf die spanischen Erfolge hinzuweisen. Wir müssen das Modell hier in Deutschland wollen und umsetzen.“

Die Kompetenzen der DSO als bundesweite Koordinierungsstelle müssten maßgeblich gestärkt und ausgeweitet werden. Die Stiftung wolle nicht länger als Bittsteller dastehen. Organspende müsse für alle Beteiligten zur Selbstverständlichkeit werden. Das sei die Gesellschaft jenen 12.000 Menschen schuldig, die zwischen Hoffnung und Verzweiflung auf ein lebensrettendes Organ warteten.

Weitere Informationen zur Befragung der Ärzte unter www.pkv.de/presse.

Interview mit Dr. Thomas Beck, Kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation

Nur rund einem Drittel der bundesweit etwa 12.000 wartenden Patienten wird jährlich ein Organ gespendet und damit die Chance auf ein neues Leben geschenkt. Wie kann diese Zahl erhöht werden?

Wir appellieren an die Spendebereitschaft jedes einzelnen Bürgers. Es ist wichtig, über Organspende nachzudenken, eine Entscheidung zu treffen und diese dann auch zu dokumentieren: Mit einem Organspendeausweis und im Gespräch mit Familie und Freunden.

Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigt, dass derzeit etwa 67 Prozent der Befragten bereit sind, nach dem Tod Organe zu spenden. Aber nur 17 Prozent der Befragten besitzen einen Organspendeausweis. Wie erklären Sie sich dieses deutliche Missverhältnis?

Das liegt sicherlich daran, dass die Bevölkerung in den letzten Jahren zu wenig von den zuständigen Organisationen über das Thema Organspende informiert wurde. Solche Kampagnen kosten eben leider auch Geld und das stand nicht ausreichend zur Verfügung. Aber in den vergangenen zwei Jahren hat die Öffentlichkeitsarbeit wieder stark zugenommen, denn für dieses Thema sind Hintergrundinformationen einfach immens wichtig.

Viele Menschen haben Hemmungen, einen Organspendeausweis zu besitzen, da sie befürchten, dass im Notfall nicht mehr alles getan wird, um ihr Leben zu retten. Können Sie diese Ängste entkräften?

Natürlich. Die Ärzte im Krankenhaus sind verpflichtet, die Medizin maximal zu nutzen, um Leben zu erhalten. Für jeden Arzt ist es eine Niederlage, wenn ein Patient nicht geheilt werden kann und im schlimmsten Fall verstirbt. Dazu ist auch zu sagen, dass nur ein Prozent der Verstorbenen auf einer Intensivstation überhaupt für eine Organspende in Frage kommt. Erst wenn dem Patienten nicht mehr zu helfen ist und der Hirntod zweifelsfrei von zwei unabhängigen Ärzten festgestellt wurde, kommt eine Organspende in Betracht. Vorher wird alles nur Mögliche für den Patienten getan.

Was ist für die DSO die Herausforderung der Zukunft?

Die Spenderzahlen so zu erhöhen, dass wir die Warteliste nicht nur konstant halten, sondern reduzieren können. Die DSO sieht sich den Patienten auf der Warteliste verpflichtet, die oft verzweifelt auf eine lebensrettende Transplantation warten. Ihnen wollen wir helfen, bevor es zu spät ist.



IM GESPRÄCH: PROF. WOLFGANG RÖMER

„Die private Krankenversicherung hat auch nach Karlsruhe große Überzeugungskraft“

Prof. Wolfgang Römer, früher Richter am Bundesgerichtshof und Ombudsmann für Versicherungen, über mögliche Auswirkungen des Verfassungsgerichtsurteils zur Gesundheitsreform. Karlsruhe hatte im Juni über die Beschwerden der PKV entschieden.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Gesundheitsreform gab es eine breite politische Debatte über die Folgen. Inzwischen hat sich der „Rauch“ verzogen, heute sieht man vielleicht klarer: Was bleibt aus Ihrer Sicht auf Dauer vom Karlsruher Urteil?

Römer: Das Urteil umfasst im Wesentlichen drei für die private Versicherung wirklich wichtige Komplexe. Zum einen hat das Gericht den durch das Gesetz geschaffenen Basistarif für wirksam erklärt. Zum anderen hat es sich mit der Portabilität der Alterungsrückstellungen befasst. Zum Dritten hat es die Drei-Jahres-Frist gebilligt, die ein Versicherungswilliger warten muss, ehe er eine private

Krankenversicherung abschließen kann. Alle drei Punkte sind von erheblichem Gewicht. Vor allem der Basistarif kann noch große Sorgen bereiten, selbst wenn das Gericht ihn unter eine Beobachtungspflicht durch den Gesetzgeber gestellt hat.

Der Stellenwert dieser Beobachtungspflicht ist recht unterschiedlich bewertet worden: Die einen tun sie als quasi belanglose Selbstverständlichkeit ab, die anderen halten sie für sehr bedeutsam, schon weil sie einer von vier Leitsätzen des Urteils sei. Wie sehen Sie das?

Römer: Sicherlich gilt, dass der Gesetzgeber immer alles beobachten muss. Aber

gerade daran, dass das Urteil diese Beobachtungspflicht im Text ausdrücklich erwähnt und sogar noch in den Leitsatz aufgenommen hat, was sehr ungewöhnlich ist, sieht man, welche Bedeutung das Gericht dieser Beobachtungspflicht beigemessen hat. Ich meine, dass die privaten Krankenversicherer aufgerufen sind, dem Gesetzgeber bei der Beobachtung zu helfen. Sie sollten deshalb zum Beispiel von sich aus, nicht erst auf Anfrage, alle Zahlen zur Verfügung stellen, wenn der Basistarif zu einer Gefahr für die Versicherten in den anderen Tarifen wird. Denn diese sind es ja, die für die Quersubventionierung der im Basistarif Versicherten mit erhöhten Prämien rechnen müssen. Das ist aus meiner Sicht eine nicht unbedenkliche Zwangs-Umverteilung.

In der mündlichen Verhandlung wurde klar, dass auch die Senatsmitglieder die Entwicklung als nicht unbedenklich ansehen, aber eben auch als aktuell noch hinnehmbar. Im Urteil ist ausdrücklich gesagt, dass zur Zeit auf Grund der Aussagen der Sachverständigen noch keine Bedenken bestehen, aber man im Moment noch nicht sehen könne, wohin die Entwicklung geht. Deshalb hat das Gericht die Beobachtungspflicht ausdrücklich in das Urteil aufgenommen.

Bietet das Urteil „Leitplanken“ für zukünftige Gesundheitsreformen?

Römer: Nicht so viele. Eine ist, dass nach Auffassung des Verfassungsgerichts der



Staat durchaus die Angelegenheiten der finanziellen Vorsorge gegen Krankheiten auch durch gesetzliche Versicherer regeln darf. Aber aus dem Urteil wird auch deutlich, dass private Krankenversicherer ihren Raum haben können. Ansonsten lässt sich dem Urteil an grundsätzlichen Richtlinien nicht viel entnehmen. Ich halte das aber für sehr gut, weil damit künftige Entwicklungen nicht von vorneherein abgeschnitten werden. Die privaten Krankenversicherer können also ihre Chancen suchen und nutzen.

Gibt das Urteil Orientierungshilfen für die zukünftige Ausrichtung der privaten Krankenversicherung?

Römer: Leitlinien für die privaten Krankenversicherer sind hier meiner Ansicht nach nicht gegeben worden. Ich verstehe das Urteil auch so, dass das nicht die Absicht des Gerichts war. Aber nochmals: Ich halte das gerade für einen Vorteil, weil dadurch Freiraum für die privaten Krankenversicherer gegeben ist.

Relativ knapp war das Votum der Verfassungsrichter bei der Drei-Jahres-Wartefrist für Angestellte über der Versicherungspflichtgrenze, bevor sie in eine private Krankenversicherung wechseln können. Können Sie das Urteil an dieser Stelle nachvollziehen?

Römer: Es war keine einhellige Auffassung des Gerichts, das ist richtig. Nachvollziehen im logischen Sinne kann ich das schon. Ich sehe auch nicht, dass sich das Urteil in diesem Punkt in einen Widerspruch mit anderen Leitlinien begeben. Dennoch: Ich hätte mir eine andere Entscheidung gewünscht, die ich auch für verfassungsrechtlich möglich gehalten hätte. Man hätte diese Regelung aus dem Gesetz einfach streichen können.

Das wäre aus meiner Sicht besser gewesen, weil die Funktionsfähigkeit dadurch eher gewährleistet worden wäre.

Ich halte es auch nicht für richtig, dass man Bürgern vorschreibt, wie lange sie warten müssen, um einen Versicherungsvertrag ihrer Wahl abzuschließen. Aber logisch und rechtlich ist das, was das Verfassungsgericht dazu gesagt hat, nicht angreifbar. Und die Wertung der Verfassungsrichter wird nach einem Urteil eben zum Recht.

Durch jene Drei-Jahres-Regelung müssen selbst jahrzehntelang privat versicherte Selbstständige in die gesetzliche Krankenkasse eintreten, wenn sie formal in einen Angestelltenstatus wechseln – auch wenn sie stets oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen. Durch den Zwangswechsel verlieren die Betroffenen zudem hohe Alterungsrückstellungen. Ist dieser Aspekt hinreichend gewürdigt worden?

Römer: Was die Verfassungsrichter im Einzelnen gewürdigt haben, kann man nicht immer sehen. Aus dem Urteilstext geht jedenfalls eine intensive Würdigung dieser Belange nicht hervor. Ich bin aber überzeugt, dass die Richter selbstverständlich die Schriftsätze der Anwälte aufmerksam gelesen haben.

Vor allem aber meine ich, dass dieses Urteil für die PKV kein Hinderungsgrund ist, ihre Geschäftspolitik aktiv zu betreiben. Das Geschäftsmodell der PKV ist ja ansonsten unbeschädigt geblieben und hat auch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus sich heraus eine so große Überzeugungskraft, dass es schade wäre, wenn die Chancen der privaten Krankenversicherung nicht ausgeschöpft würden.



Prof. Wolfgang Römer hat das Verfahren zu den Verfassungsbeschwerden der PKV gegen die Gesundheitsreform aus nächster Nähe verfolgt: Im Dezember 2008 wirkte er für den Bund der Versicherten als Sachverständiger an der mündlichen Anhörung des Karlsruher Gerichts mit.



Reformmodell Oranje?

Bei näherem Hinsehen ist das niederländische Gesundheitssystem teurer als das deutsche

Es gehört schon fast zum Allgemeinut der gesundheitspolitischen Diskussion, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich nicht besonders effektiv sei. Kritiker bemängeln vor allem, dass die Leistungen im internationalen Vergleich zurücklägen, bei den Kosten Deutschland aber eine Spitzenposition einnehme. Als Maßstab gilt hier zumeist der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung. Bei einem internationalen Vergleich dieses Wertes rangierte Deutschland im Jahr 2007 mit 10,4 Prozent auf Platz 4, also unter den teuersten der 30 OECD-Länder. Dagegen rückten seit Anfang der 2000-er Jahre die Niederlande als positives Beispiel eines funktionierenden und bezahlbaren Gesundheitswesens in den Fokus der Reformdebatte.

Es zeugt jedoch von einer verkürzten Sichtweise, Rückschlüsse auf das Versorgungsniveau eines Landes allein an Hand der Höhe der Gesundheitsausgaben zie-

hen zu wollen. Um in angemessener Weise bewerten zu können, ob die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Vergleich besonders teuer ist, wäre eine umfassende Analyse, eine Gesamtschau unter Einbeziehung aller Kosten und Leistungen erforderlich: Wie umfassend ist der Leistungskatalog? Wie werden die Leistungen finanziert? Wie hoch sind die Kosten für bestimmte Gesundheitsleistungen? Sind alle Leistungen auch für alle Einwohner zugänglich?

In seinem aktuellen Diskussionspapier hat das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) einen Aspekt gezielt hervorgehoben, der in der Diskussion über zu hohe Kosten im Gesundheitswesen in der Regel ebenfalls vernachlässigt wird: Die Auswirkungen der Altersstruktur eines Landes auf die Höhe der Gesundheitsausgaben. Wenn die Gesundheitskosten der Menschen überproportional mit dem Lebensalter ansteigen, so die Ausgangsüberlegung, dann muss die Frage des Altersaufbaus einer Bevölkerung erheb-

liche Auswirkungen auf die insgesamt in einem Land anfallenden Gesundheitskosten haben. Wenn in der Folge die gesamten Gesundheitskosten zweier Länder gegenübergestellt werden, dann kann der Vergleich nur dann zu aussagefähigen Ergebnissen führen, wenn auch die Altersstruktur in den jeweiligen Ländern miteinander vergleichbar ist. Anders ausgedrückt: Verfügt das eine Land über eine relativ junge, das andere jedoch über eine relativ alte Bevölkerung, dann wären mit gleich hohen Gesundheitskosten mitnichten gleich hohe Versorgungsstandards finanzierbar.

Bei seinen Berechnungen hat das WIP die kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf gemäß OECD sowie die von den Vereinten Nationen bereitgestellten Daten über die Bevölkerungsstrukturen der einzelnen Länder zu Grunde gelegt.

Im Ergebnis stellt die gegenüber abgebildete Tabelle die Gesundheitssysteme von 20 OECD-Ländern in der Rangfolge der

Eine neue Studie belegt: Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen sind die Gesundheitssysteme vieler Länder teurer als das deutsche – auch das oft hochgelobte und gelegentlich als Reformmodell benannte System der Niederlande.

Kostenunterschiede dar. Dabei sind die Ergebnisse wie folgt zu lesen: Das amerikanische Gesundheitswesen wäre um 132,27 Prozent teurer als das deutsche, hätte es unter vergleichbaren Bedingungen die deutschen altersabhängigen Gesundheitsausgaben. Das niederländische Gesundheitssystem wäre bei Anwendung der deutschen Altersprofile um 15,49 Prozent teurer. Das portugiesische Gesundheitswesen wäre dagegen um 37,38 Prozent weniger ausgabenintensiv, hätte es die deutschen Profile.

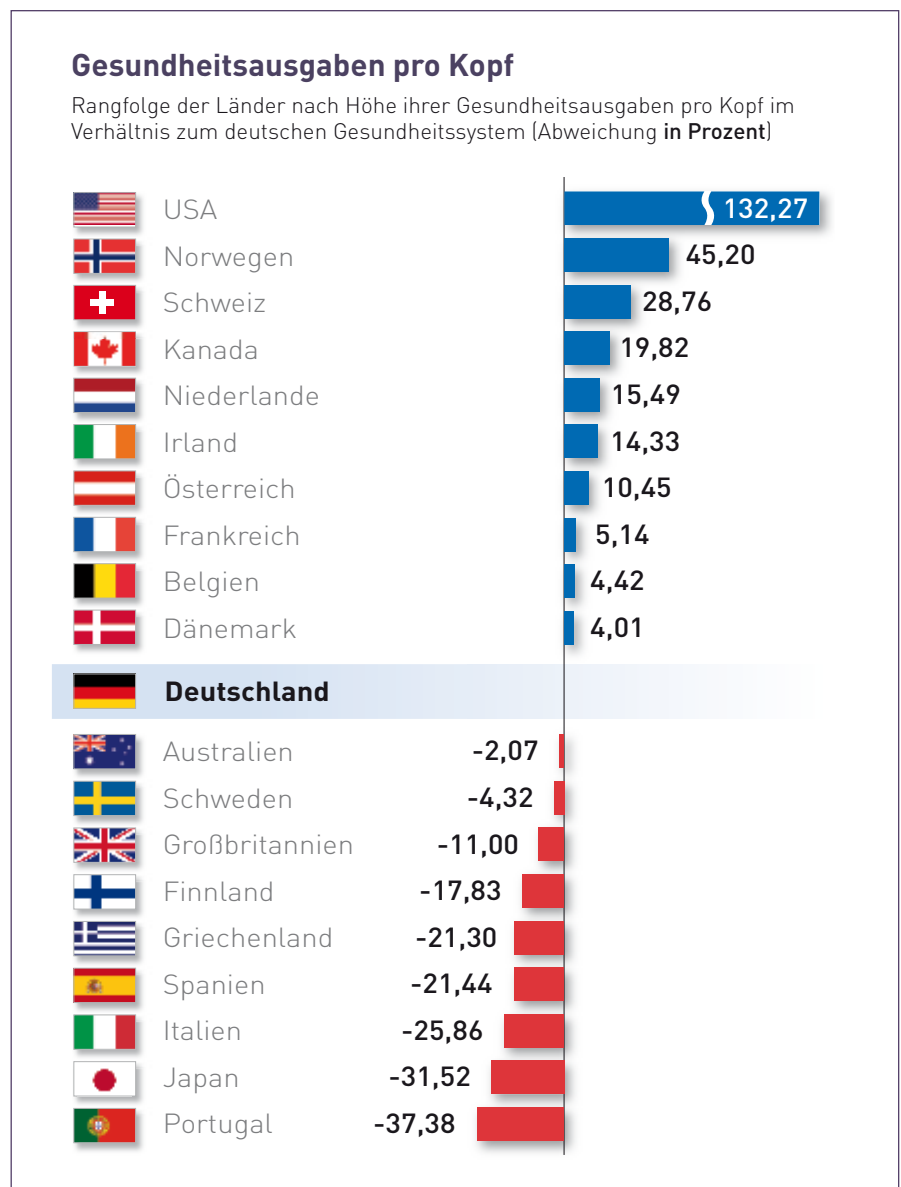
Im Ergebnis sind altersstrukturbereinigt mithin neun Länder weniger ausgabenintensiv als das deutsche Gesundheitswesen: Portugal, Japan, Italien, Spanien, Griechenland, Finnland, Großbritannien, Schweden und Australien. Dass diese Länder weniger kostenintensiv sind, überrascht in der Regel nicht. So haben beispielsweise Großbritannien, Schweden, Australien und Italien überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitssysteme mit begrenzten Gesundheitsleistungen. In vielen der genannten Staaten ist zudem der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch lange Wartezeiten eingeschränkt.

Interessant ist insbesondere auch ein Blick auf die ausgabenintensiveren Länder: USA, Norwegen, Schweiz, Kanada, Niederlande, Irland, Österreich, Frankreich, Belgien und Dänemark. Einige Länder (etwa die USA und die Schweiz) wurden bereits wiederholt wegen ihrer Kostenprobleme im Gesundheitswesen diskutiert. Bemerkenswerterweise sind hier aber auch die Niederlande zu finden, deren Bevölkerung im Schnitt jünger ist als die deutsche. Berücksichtigt man die unterschiedliche Altersstruktur

in den Ländern und klammert deren Wirkung aus, dann ist das niederländische Gesundheitssystem deutlich teurer als das unsrige. Dies ist ein beachtliches Ergebnis, weil in der politischen Debatte immer wieder Elemente des niederländischen Gesundheitssystems als Reform-

option für das deutsche Gesundheitswesen genannt werden.

Das WIP-Diskussionspapier „Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?“ ist im Internet abrufbar unter www.wip-pkv.de.





Bürgerversicherung auf Probe?

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen werden alle Einkunftsarten umfassend kontrolliert

Demografischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt machen den umlagefinanzierten Krankenkassen schwer zu schaffen. Deshalb rechnen zahlreiche Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) damit, dass ihre Versicherten bald draufzahlen müssen. Er gehe davon aus, dass die meisten Kassen 2010 Zusatzprämien erheben, erklärte etwa der Chef der Techniker Krankenkasse, Norbert Klusen.

Würde es nach SPD, Linken und Grünen gehen, müssten alle GKV-Versicherten zudem ausgeweitete Beiträge auf sämtliche Einkunftsarten zahlen: Ein Merkmal der von diesen Parteien propagierten Bürgerversicherung. Unter schwarz-gelber Bundesregierung ist diese Gefahr gebannt – zur Erleichterung der Pflichtversicherten. Denn ihrer Beitragsbemessung liegen so weiterhin nur Arbeitseinkommen und Renten zu Grunde.

Mit einer „kleinen Bürgerversicherung“ müssen indes die freiwilligen Mitglieder

der GKV schon seit Jahren leben. Denn sie müssen Beiträge auf der Grundlage aller Einkunftsarten bezahlen. Konnten die Kassen dabei lange Zeit selbst bestimmen, wie viel Aufwand sie beim Durchleuchten der wirtschaftlichen Verhältnisse ihrer Mitgliedschaft betreiben, gelten seit diesem Jahr verschärfte Kontrollregeln, denn Ende 2008 hat der GKV-Spitzenverband „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder“ beschlossen.

Seit Anfang dieses Jahres müssen freiwillige Mitglieder – dazu zählen alle gesetzlich versicherten Selbstständigen – nun sämtliche Einkünfte gegenüber der Kasse nach einheitlichen Regeln nachweisen. Von allen Kassen werden nun unter anderem erfasst: die Erwerbseinkünfte, gesetzliche und private Renten, Zahlungen der Unfallversicherung, Betriebsren-

ten und Pensionen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Abfindungen sowie Zinsen aus Spareinlagen. Einen Sparerfreibetrag wie beim Einkommenssteuerrecht gibt es hier nicht. Selbst das

Pflegegeld, das man von einem pflegebedürftigen Angehörigen bekommt, ist beitragspflichtig. Ist der Ehe- oder Lebenspartner pri-

vat krankenversichert, müssen auch dessen Einnahmen angegeben werden. Denn auch vom Einkommen des Privatversicherten werden unter Umständen Beiträge fällig, wobei es für unterhaltsberechtigter Kinder Abzüge vom beitragspflichtigen Einkommen gibt. Addiert wird alles bis zur Bemessungsgrenze von 3.675 Euro im Monat und daraus der Beitrag errechnet.

Dabei sind der Kasse immer aktuelle Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen vorzulegen, sofern sie nicht

Renten, Zinsen, Pflegegeld: Freiwillig GKV-Versicherte zahlen Beiträge nicht nur aufs Erwerbseinkommen.

Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte müssen Beiträge auf alle Einkunftsarten entrichten. Schauten die Kassen dabei bislang unterschiedlich genau hin, wird die Regelung seit geraumer Zeit einheitlich praktiziert. Und verschärft hat man sie auch noch.

– wie die Rente – durch Dritte gemeldet werden. Wer dieser Pflicht nicht nachkommt, muss den Höchstbeitrag von aktuell knapp 550 Euro im Monat zahlen. Laut GKV-Spitzenverband sind die Einkommensverhältnisse jährlich zu überprüfen, in Ausnahmefällen kann dies auch im Zwei-Jahres-Rhythmus erfolgen: beispielsweise bei freiwillig versicherten Rentnern, die außer der Altersrente keine weiteren Einkünfte haben.

Der bürokratische Aufwand, der den freiwilligen Kassenmitgliedern durch regelmäßige und detaillierte Nachweispflicht entsteht, ist zum Teil erheblich. Doch das ist nur ein Punkt: Bei pflichtversicherten Arbeitnehmern oder Rentnern werden die beitragsrelevanten Einnahmen monatlich gezahlt, die Berechnung ist unproblematisch. Die kompletten wirtschaftlichen Verhältnisse der freiwillig Versicherten können hingegen erst nach Ablauf des Steuerjahrs offen gelegt werden. Spärzinsen etwa werden in der Regel erst zum Jahresende gutgeschrieben, bei Selbstständigen liegen Gewinn und Verlust erst mit dem Steuerbescheid vor. Somit werden die Ergebnisse eines Jahres unter Umständen erst im Folgejahr für die Beitragsberechnung herangezogen. Für einen Unternehmer, dessen Geschäfte dann schlechter als zuvor laufen, bedeutet dies oft eine schwer zu verkraftende Belastung.

Die Berücksichtigung aller Einkünfte für den Kassenbeitrag und die umfangreiche Datenerhebung betreffen zwar zurzeit nur die freiwillig Versicherten. Doch das muss nicht so bleiben. Denn das Bundesverfassungsgericht hat bereits im Jahr 2000 festgestellt, dass auch Pflichtversicherte – etwa durch Erbschaften und Schenkungen – Vermögen bilden und der Anteil der Löhne und Gehälter am individuell verfügbaren Einkommen geringer wird. „Trifft dies in größerem Umfang zu, so wäre es nicht mehr gerechtfertigt, bei der Bemessung der Krankenversiche-

rungsbeiträge der Pflichtversicherten – anders als bei den freiwillig Versicherten – bestimmte Einkünfte unberücksichtigt zu lassen“, so das Gericht (1 BvL 16/96).

Wenn sich die Erfassung aller Vermögensverhältnisse bei den freiwillig versicherten Kassenmitgliedern als praktikabel erweist, spricht aus höchstrichterlicher Sicht also nichts dagegen, dies künftig auf alle gesetzlich Versicherten auszuweiten.

Die „Einheitlichen Grundsätze“ sind unter www.gkv-spitzenverband.de zu finden.



PKV-Herbstfest: Zwischen Wahl und Regierungsbildung



konnten sich ganz um den möglichen gesundheitspolitischen Kurs von Schwarz-Gelb drehen.

In seiner kurzen Begrüßungsansprache gratulierte der Vorsitzende des PKV-Verbandes Reinhold Schulte den anwesenden Vertretern der künftigen Regierungsfractionen. Der klare Wählerauftrag, so Schulte, wecke Hoffnungen auf eine kluge und pragmatische Gesundheitspolitik, die den fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privater Krankenversicherung fördere, anstatt den Weg in die Staatsmedizin fortzusetzen.

Zu seinem nunmehr schon siebten Herbstfest begrüßte der PKV-Verband am 30. September rund 200 Vertreter aus Politik und Medien, Versicherungs- und Gesundheitswesen. Dabei erholte sich der gesundheitspolitische Tross von den Strapazen des erst wenige Tage zuvor zu Ende gegangenen Wahlkampfes.

Anders als vor vier Jahren, als das PKV-Herbstfest ebenfalls kurz nach der Bundestagswahl stattgefunden hatte, war dieses Mal klar, welche Parteien die künftige Bundesregierung stellen werden. Die zahllosen Gespräche an den Tischen und im Foyer des „Hamburger Bahnhof“ in Berlin mussten sich also nicht mit Koalitionsspekulationen aufhalten, sondern

Für die Unterhaltung der Gäste sorgte der aus dem Rheinland stammende Kabarettist Christoph Brüske. Er erheiterte sein Publikum mit kleinen Seitenhieben auf alle Beteiligten der Gesundheitsszene. Kostprobe: Noch ehe man dem Doktor in der Sprechstunde sein Leid klagen könne, jammere der heutzutage selbst darüber, wie schlecht es ihm gehe.

Präventions-Newsletter

Mit ihrem neuen Newsletter „Alkoholspiegel“ greift die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aktuelle Themen wie Rauschtrinken bei Jugendlichen oder Schockwerbung in der Alkoholprävention auf. In regelmäßigen Abständen soll der Newsletter über Konzepte, Strategien, neue Studienergebnisse der BZgA und Entwicklungen der Alkoholprävention informieren.

Dank des Kooperationsvertrages zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) und der BZgA kann die Alkoholprävention in Deutschland einen großen Schritt nach vorne gehen. Mit jährlich 10 Millionen Euro unterstützt die PKV die Alkoholprä-

ventionskampagne der BZgA. „Alkohol? Kenn dein Limit“ bildet einen neuen Schwerpunkt und ermöglicht es der BZgA, auf die neuen Herausforderungen beim Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen wirksam zu reagieren (siehe PKV Publik 6/2009).

Die bundesweite Kampagne startete im Oktober mit einem Mix aus unterschiedlichen Aufklärungsangeboten: So wird der neue Kinospot auf rund 2.200 Leinwänden zu sehen sein. Gleichzeitig wird er in Diskotheken eingesetzt. Außerdem werden 40.000 Citylight-Plakate geschaltet.

Der „Alkoholspiegel“ steht zum Download unter www.bzga.de und kann dort auch in gedruckter Form bestellt werden.

GKV-Wahltarife

Die gesetzlichen Krankenkassen informieren ihre Versicherten völlig unzureichend über die Wechselmöglichkeiten zwischen den einzelnen Kassen sowie die Konditionen ihrer neuen Wahltarife. Das belegt eine aktuelle Umfrage des Marktforschungsunternehmens Checkstone.

Danach weist nicht einmal jede dritte der per Testanruf befragten Kassen darauf hin, dass man sich mit der Entscheidung für einen Tarif mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung drei Jahre an eine Kasse bindet. Diese Bindefrist verhindert nach Auffassung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch den Wechsel in die private Krankenversicherung. Der PKV-Verband hat gegen die GKV-Wahltarife Rechtsmittel eingelegt.



GASTKOMMENTAR

Verbesserung in aller Munde

In der Dentalmedizin greift der Paradigmenwechsel vom Zahnersatz zur Zahnerhaltung - zumindest bei der Karies. Weniger zufriedenstellend ist die Lage bei den Parodontal-Erkrankungen.

Von Dr. Thomas Neumann

Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten 30 Jahren stark verbessert. Bis in die 90er Jahre hinein konnte dies nur für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr festgestellt werden. Seit Mitte des gegenwärtigen Jahrzehnts zeigt sich erstmalig auch eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit bei Erwachsenen im mittleren Alter und bei Senioren.

Die Anzahl kariesfreier Gebisse bei 3- bis 6-jährigen Kindern hat sich seit Ende der 70er Jahre von 10 auf rund 65 Prozent erhöht. Allerdings gibt es in verschiedenen Regionen Anzeichen für einen Wiederanstieg der Milchzahnkaries. Um dies zu verhindern, bedarf es intensivierter Maßnahmen in Kindertagesstätten und Kindergärten. Außerdem sollten zahnmedizinische Aspekte bereits in die Schwangerenberatung mit einbezogen werden. Hebammen, Krankenschwestern, Gynäkologen und Kinderärzte sowie Mütterberatungsstellen sind Ansprechpartner für eine frühestmögliche Prävention.

Der Milchzahnkariesbefall der Schulanfänger sank innerhalb eines Jahrzehnts (1994 bis 2004) moderat, wobei er eben-

falls in einigen Bundesländern (Berlin, Thüringen, Brandenburg) Tendenzen zum Wiederanstieg erkennen läßt. Mit einer durchschnittlichen Anzahl von 0,7 kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähnen im bleibenden Gebiss ist Deutschland im Jahr 2005 bei den 12-Jährigen Spitzenreiter in der Zahngesundheit unter allen entwickelten Industrieländern. Im Acht-Jahres-Vergleich mit 1997 betrug der Kariesrückgang 59 Prozent.

Erstmals konnte 2005 auch bei 35- bis 44-Jährigen ein signifikanter Rückgang des Kariesbefalls festgestellt werden. Auch bei den Senioren (65- bis 74-Jährige) ging die Kariesbelastung erstmalig leicht zurück. Die Anzahl verbliebener eigener Zähne stieg von 10,4 (1997) auf 13,9 (2005).



Ministerialrat **Dr. Thomas Neumann** ist Diplom-Volkswirt und leitet das Referat „Vertragszahnärztliche Versorgung“ im Bundesministerium für Gesundheit.

Diese Daten zeigen, dass der Paradigmenwechsel von der Spätversorgung (Zahnersatz) zur Prävention und Zahnerhaltung immer stärker greift. Allerdings haben sich bei Parodontal-Erkrankungen seit 1997 keine Verbesserungen ergeben. Knapp drei Viertel der Erwachsenen im mittleren Alter weisen entzündliche Parodontal-Erkrankungen mit Zahnfleischtaschen auf. Aktuell ist die Parodontitislast erheblich höher als in den USA und Australien. Zur Verringerung dieser unbefriedigenden Situation sind vor allem breitenwirksame Aufklärungskampagnen zur individuellen Parodontal-Prophylaxe erforderlich.

Die erheblichen Verbesserungen des Zahnbestands in allen Altersklassen dürften zukünftig die bisherigen Schwerpunktverlagerungen im zahnärztlichen Behandlungsspektrum weiter verstärken und insgesamt Behandlungsrückgänge im zahnmedizinischen Sektor bewirken. Zwar werden (parodontal-) prophylaktische Maßnahmen für Erwachsene zunehmen. Prothetische Versorgung dürften dagegen in Zukunft anteilmäßig zurückgehen.

Ausführliches zu diesem Thema in dem von Dr. Neumann mitverfassten Fachbuch „Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme“ (Huber-Verlag, 2009).



mit raufkommen

Aids riskieren

**GIB AIDS
KEINE
CHANCE**

Über ein Drittel der Menschen in Deutschland fühlt sich nicht ausreichend über sexuell übertragbare Krankheiten informiert. Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen, Juckreiz und Ausfluss können Anzeichen solcher gefährlicher Infektionen sein und sollten von einem Arzt untersucht und behandelt werden.

Kondome schützen nicht nur vor einer HIV-Infektion, sondern sie verringern auch das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

mach's mit.

www.machsmit.de

Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit Unterstützung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland.



Telefonberatung: 0221 892031