



Ausgabe 2 | März 2009

### Interview

Daniel Bahr, FDP-Gesundheitspolitiker, über die Zukunft des Gesundheitssystems

### Sozialämter

Hilfebedürftige werden aus Kostengründen in den teuren Basistarif abgeschoben

### Suchmaschine

Privatversicherte können ihren Arzt künftig gezielt nach Servicemerkmalen auswählen

# PKV publik

Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.



## Wie solidarisch ist die GKV?

Die Schwächen des Familienausgleichs

**Liebe Leserinnen und Leser,**

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

vielen Dank für Ihre positiven Reaktionen auf die erste Ausgabe von PKV Publik in neuer Gestalt. Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung will Sie auch mit Heft 2 ausführlich über Fakten und Hintergründe aktueller Gesundheitsthemen informieren. Ich wünsche Ihnen wieder viel Vergnügen beim Lesen.

Die Bundesregierung hat inzwischen einen Gesetzentwurf zur steuerlichen Absetzbarkeit von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen auf den Weg gebracht, der jetzt im Parlament beraten wird (Bürgerentlastungsgesetz). Das neue Recht soll ab 2010 gelten und zieht die Konsequenzen aus einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, wonach die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Absicherung gegen Krankheit zum steuerfreien Existenzminimum gehören, und zwar einschließlich der Beiträge für Ehepartner und Kinder.

Der Regierungsentwurf ist für die PKV mit bürokratischen Erschwernissen verbunden. Er sieht vor, die steuerlich nicht begünstigten PKV-typischen Mehrleistungen oberhalb des Niveaus der gesetzlichen Krankenkassen durch brancheneinheitliche pauschale, prozentuale Abschläge auszuklammern. Es ist richtig und notwendig, dass die PKV-typischen Mehrleistungen brancheneinheitlich und nur pauschal berücksichtigt werden, doch der Regierungsentwurf lässt noch kein praktikables Regelungskonzept für die Rechtsverordnung erkennen, die die Anwendung der Abschläge im Einzelnen regeln soll.

Ein solches Konzept wäre allerdings dringend notwendig: Die individuelle Wahlfreiheit, aus einer enormen Vielfalt von Versicherungstarifen einen „maßgeschneiderten“ Vertrag vereinbaren zu können, gehört zu den großen Vorzügen der PKV. Daraus sind über 24.000 selbstständig kalkulierte und sehr unterschiedliche Tarife bzw. Beihilfestufen entstanden. Wenn die pauschalen Abschläge mangels Regelungskonzept nicht zur Anwendung kommen, droht eine Situation, für jeden einzelnen Tarif den Steuerabschlag separat und exakt ausrechnen zu müssen.

Dies gäbe gigantische Bürokratiekosten, nach Schätzung des Finanzministeriums in dreistelliger Millionenhöhe. Am Ende müssten die Versicherten für diesen unnötigen bürokratischen Perfektionismus aufkommen. Deshalb kommt es jetzt darauf an, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Rechtsverordnung nicht erneut auf eine komplizierte und bürokratische Lösung zurückfällt. Wir engagieren uns für eine sachgerechte und unbürokratische Regelung zum Steuerabzug der Beiträge. Dabei setzen wir weiter auf die Kraft der pragmatischen Argumente.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Dr. Volker Leienbach



Eine neue Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zeigt: Die „Solidarität“ in den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt keineswegs immer zu Gunsten von Familien.

## In dieser Ausgabe

|   |           |
|---|-----------|
| <b>„Solidarität“ in der GKV</b>   | <b>4</b>  |
| Eine neue Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zeigt, wie Familien belastet werden |           |
| <b>„Gesundheitsfonds wieder abschaffen“</b>   | <b>8</b>  |
| Daniel Bahr, FDP-Gesundheitspolitiker, stellt sein Konzept für ein modernes Gesundheitssystem vor   |           |
| <b>Abgestempelt</b>   | <b>10</b> |
| Sozialämter drängen die Ärmsten der Armen in den teuren Basistarif                                  |           |
| <b>Arztsuchmaschine</b>   | <b>12</b> |
| Privatversicherte können ihren Arzt künftig gezielt nach Servicemerkmalen auswählen                 |           |
| <b>PKV-Verband unterstützt Förderschule</b>   | <b>14</b> |
| Die PKV hilft Kölner Schülern mit Behinderungen beim Einstieg ins Berufsleben                       |           |
| <b>Meldungen</b>  | <b>14</b> |
| <b>Versicherungsfremde Leistungen</b>   | <b>15</b> |
| Prof. Dr. med. Kuno Winn, Vorstandsvorsitzender des Hartmannbundes, fordert Entlastungen            |           |



Hilfebedürftige werden in den Basistarif abgeschoben



Die PKV erweitert das Angebot ihrer Arztsuchmaschine



# Wie solidarisch ist die GKV?

## Die Schwächen des Familienausgleichs

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bezeichnet sich selbst gerne als solidarische Krankenversicherung. Gesundheitspolitisch hat das erhebliche Konsequenzen. Maßnahmen, die der GKV helfen, gelten dann als Stärkung der Solidarität, Eingriffe zu ihren Lasten hingegen als Einschränkung der Solidarität. Gerade in der gegenwärtigen Wirtschaftsentwicklung ist der Ruf nach mehr Solidarität zudem deutlich lauter geworden.

Eine Studie, die den tatsächlichen Wert dieser Solidarität einer kritischen Prüfung unterzieht, kommt also genau zur richtigen Zeit. Nun hat Solidarität in der GKV viele Aspekte; ein stets als besonders wichtig hervorgehobener Teil ist der Familienausgleich in Form der beitragsfreien Familienmitversicherung. Dies hat nun das Wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherung (WIP)

genauer untersucht. Die Ergebnisse sind bemerkenswert.

Die Minimalanforderung an gerechte Beiträge nach der Leistungsfähigkeit müsste lauten:

- Haushalte mit gleichen Bruttoeinkommen sollen gleich belastet werden – und zwar unabhängig von der Personenzahl und davon, wie viel die einzelnen Personen zum Einkommen beitragen.
- Entsprechend soll der Beitrag umso höher sein, je höher das Einkommen in Haushalten ist, und umgekehrt.

### Beitragsberechnung orientiert sich nicht an der Kinderzahl

Ein Höchstbeitrag für GKV-Mitglieder ergibt sich durch die Beitragsbemessungsgrenze, auch wenn das Einkommen darüber liegt. Ab dieser Grenze zahlen

alle den gleichen Beitrag, es wird nicht mehr nach der Einkommenshöhe unterschieden. Dieser Beitrag wird auch mit zunehmender Haushaltsgröße nicht erhöht. Die Beitragsberechnung der GKV unterscheidet nicht danach, ob es Haushalte mit oder ohne Kinder sind. Erzielt allerdings ein weiteres Familienmitglied ein beitragspflichtiges Einkommen, dann ist darauf ein weiterer Beitrag für die Familie zu bezahlen.

Ein-Verdiener-Haushalte können Singles sein, aber auch Alleinerziehende oder große Familien mit nur einem „Ernährer“. Für sie alle bemisst sich der GKV-Beitrag aber nur nach einer Größe, dem Bruttoeinkommen. Bei gleich hohem Einkommen ist ein Single-Haushalt zweifelsfrei wirtschaftlich leistungsfähiger als ein fünfköpfiger Haushalt mit einem Verdiener – doch beide müssen denselben GKV-Beitrag zahlen. Die GKV benachtei-

Eine neue Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zeigt: Die Solidarität in den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt keineswegs immer zu Gunsten von Familien.

ligt also tendenziell Familien gegenüber kleineren Haushalten.

Zwei-Verdiener-Haushalte, in denen beide Ehegatten berufstätig sind, können wiederum unterschiedliche Haushaltstypen mit oder ohne Kinder sein. Für sie kann die Krankenkasse deutlich teurer werden als für einen Alleinverdiener-Haushalt, wenn ihr gemeinsames Haushaltseinkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet. Denn für sie wird der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zwei Mal fällig. Dabei ist die Beitragshöhe davon abhängig, wie das Einkommen zwischen beiden aufgeteilt ist (s. Fallbeispiel 1).

Auch im Vergleich von Haushalten mit jeweils zwei Verdienern können sich die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stark unterscheiden, obwohl das gemeinsame Haushaltseinkommen gleich hoch ist. Das Fallbeispiel 2 auf Seite 6 zeigt die beträchtlichen Unterschiede.

Die Beispiele sind zwar nicht ganz neu, da die Studie aus Gründen der Vergleichbarkeit mit Daten aus dem Jahre 2006 arbeitet. Doch sie sind das Ergebnis der Tatsache, dass in der Beitragssystematik der GKV mehrere widersinnige Faktoren zusammenwirken – und die haben sich bis heute nicht verändert:

- Das Anknüpfen am Erwerbseinkommen grenzt andere Einkommensarten aus und kann bei gleicher Familienkonstellation und gleichem Bruttoeinkommen, aber unterschiedlich hohem Erwerbseinkommen zu unterschiedlichen Belastungen führen.
- Die Existenz der Bemessungsgrenze begünstigt Ein-Verdiener-Haushalte und benachteiligt Mehr-Verdiener-Haushalte.
- Die Familiengröße selber ist für die Beitragsbemessung hingegen nicht relevant.

### Höhere Belastung bei berufstätigen Kindern

Noch krasser werden die Beitragssprünge für Familien, wenn auch Kinder berufstätig sind und daher beitragspflichtig werden (Kinder bis 23 Jahre sind nur beitragsfrei mitversichert, solange sie kein eigenes Einkommen erzielen).

- Die Familie eines Hochverdieners oberhalb der Bemessungsgrenze ist mit einem einzigen GKV-Beitrag komplett abgesichert, einschließlich eines studierenden Kindes (Kinder bis zu 25 Jahre sind beitragsfrei mitversichert, solange sie sich in der Ausbildung befinden).
- Eine Kleinverdiener-Familie, in der Vater, Mutter und Kind arbeiten gehen

#### Fallbeispiel 1

- Bei Ehepaar A verdient ein Partner 70.000 Euro, der andere nichts. Sie zahlen bis zur Bemessungsgrenze (2006: 42.750 Euro) einen GKV-Beitragsatz (damals im Schnitt 14,22 Prozent), unter dem Strich also 6.079 Euro Beitrag.
- Bei Ehepaar B verdienen beide Partner jeweils 35.000 Euro, also unterhalb der Bemessungsgrenze, und werden daher jeweils in voller Höhe beitragspflichtig. Die GKV-Beiträge für sie zusammen betragen 9.954 Euro pro Jahr, also 3.875 Euro mehr als bei Ehepaar A.

Beide Ehepaare haben ein gleich hohes Haushaltseinkommen von jeweils 70.000 Euro – aber dennoch krass unterschiedliche Beitragslasten. Der GKV-Versicherungsschutz von Ehepaar B kostet 64 Prozent mehr als der von Ehepaar A.

## Fallbeispiel 2

- Ein Zwei-Verdiener-Haushalt mit zusammen 78.000 Euro Jahreseinkommen zahlte 2006 insgesamt 8.042 Euro GKV-Beitrag, wenn der eine Partner besonders viel verdiente (64.350 Euro) und der andere deutlich weniger (13.650 Euro).
- Mit demselben gemeinsamen Jahreseinkommen, bei dem aber beide Partner gleich viel verdienten (je 39.000 Euro), wurde jedoch ein GKV-Beitrag von 11.092 Euro fällig. Das waren 3.050 Euro oder 38 Prozent mehr.

(müssen), zahlt hingegen drei Mal Beitrag auf das jeweils ganze Erwerbseinkommen, wenn es in allen drei Fällen unter der Bemessungsgrenze liegt.

## Lange Ausbildungszeiten werden begünstigt

Hier zeigt sich eine Umverteilung zu Lasten von Familien mit Kindern, die eine relativ geringe Ausbildungszeit hatten (frühe Erwerbstätigkeit nach kurzer Ausbildung), und zu Gunsten von Familien mit Kindern in langer Ausbildungszeit (Studium). Dies ist keine Kleinigkeit, denn die jährlichen Beitragsersparnisse für die Gesamtzahl der GKV-familienversicherten Studierenden belaufen sich auf mehr als 1,2 Milliarden Euro (Stand 2004). Eine weitere gesellschaftspolitische Dimension erhält dieser Umstand

vor dem Hintergrund, dass längere Bildungszeiten tendenziell eher von Kindern aus besser ausgebildeten, einkommensstarken Familien wahrgenommen werden und Kinder aus sozial schwachen Familien eher frühzeitig in das Berufsleben eintreten. Diese Umverteilungswirkung ist kaum vereinbar mit dem Anspruch der GKV, die Solidarität solle von Leistungsstarken zu Leistungsschwachen erfolgen und nicht umgekehrt.

Es gibt also nicht nur widersinnige Faktoren der Beitragsbemessung, es gibt auch schichtenspezifische Verteilungswirkungen. In den ersten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts dominierten in der GKV typischerweise Familien mit nur einem Erwerbseinkommen und einer meist deutlich größeren Kinderzahl als heute. Damals kam es daher im Grundsatz kaum

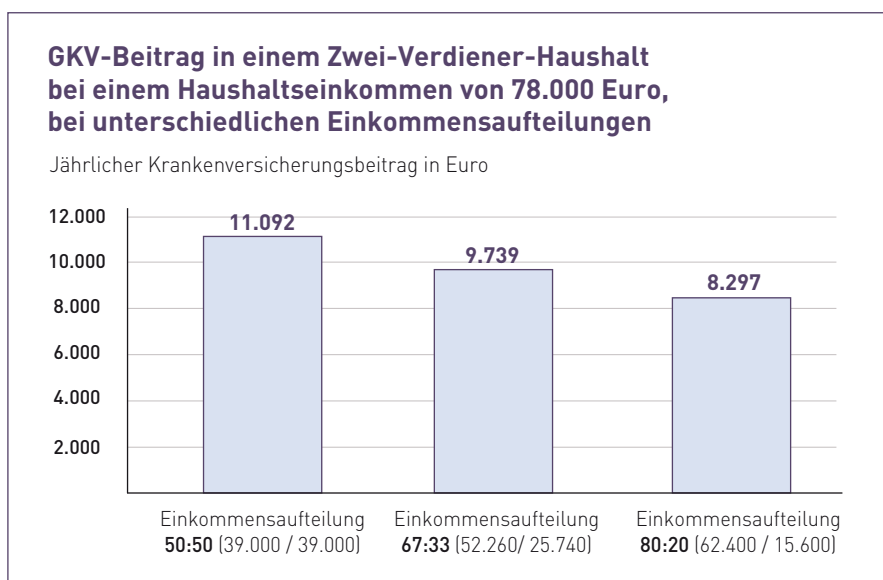
zu diesen Verwerfungen bei der Beitragslast. Die Biografien der Versicherten sind aber heute deutlich vielfältiger geworden. Die Ein-Verdiener-Familie mit vielen Kindern ist nicht mehr der Regelfall, sondern fast schon die Ausnahme. Die Beitragskonzepte aus den Frühzeiten der GKV passen deshalb heute nicht mehr.

Nun muss das nicht zwingend dazu führen, den Familienausgleich in der GKV aufzugeben und ihn allein in der Steuerpolitik wahrzunehmen. Die jüngste Gesundheitsreform weist durch die Steuerzuschüsse bereits in diese Richtung. Möglich wäre es aber auch, die Beitrags-erhebung in der GKV selbst nach den Grundsätzen der Familiensolidarität zu reformieren.

Dazu stellt das WIP zwei alternative Konzepte vor. Das am Steuersystem angelehnte Konzept des beitragsfreien Existenzminimums und das Konzept der Äquivalenzeinkommen. Die durchgerechneten Ergebnisse der Konzepte liegen dicht beieinander.

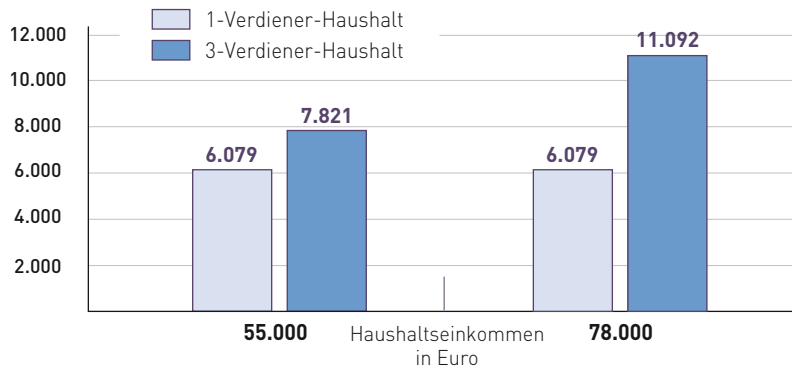
## Gerechtigkeitslücke von 39 Milliarden Euro

Bei einem beitragsfreien Existenzminimum wäre die Entlastung in den unteren



## Vergleich der Beiträge zur GKV eines Ein-Verdiener-Haushalts und eines Drei-Verdiener-Haushalts

Jährliche Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in Euro



Einkommensgruppen wesentlich stärker als in den oberen, zudem steigt die Entlastung mit zunehmender Personenzahl im Haushalt. Die Studie beziffert die Kosten dieses Modells, also den Beitragsausfall der GKV, auf circa 39 Milliarden Euro. Mit anderen Worten: So groß ist die „Gerechtigkeitslücke“ in der GKV, wenn man die Beitragsfreiheit des Existenzminimums für gerecht hält. Beim Konzept des Äquivalenzeinkommens, das Haushalte entsprechend ihrer Personenzahl differenziert zu Beiträgen heranzieht, würden der gesetzlichen Krankenversicherung rund 27 Milliarden Euro fehlen, was ebenfalls einen entsprechenden Beitragsanstieg zur Folge hätte.

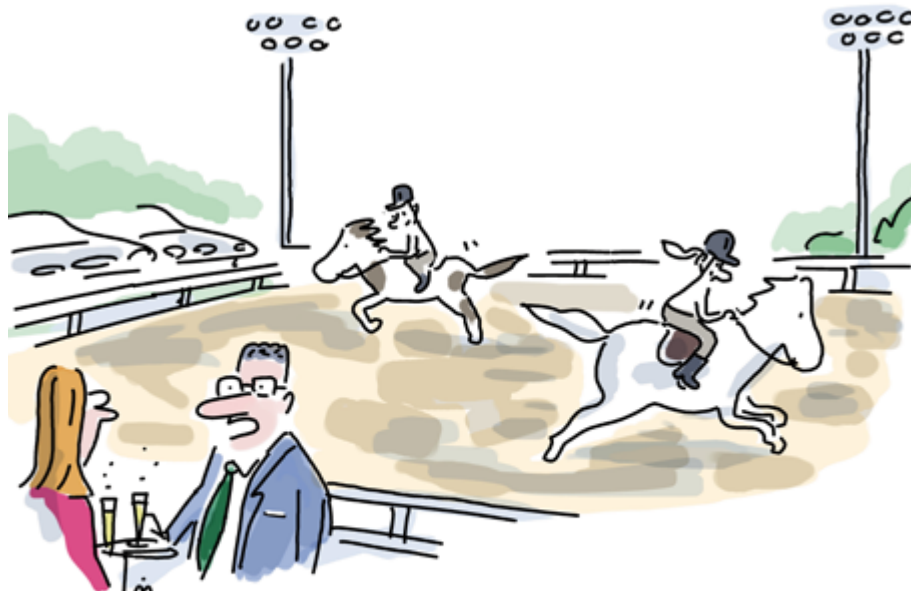
### Der solidarische Ausgleich in der GKV funktioniert nicht

Somit wäre es mit diesen Konzepten zwar möglich, Familien entsprechend ihrer wirklichen Leistungsfähigkeit deutlich besser zu entlasten. Aber um das zu finanzieren, müsste der GKV-Beitragsatz auf die Erwerbseinkommen massiv steigen – je nach Modell auf bis zu 23 Prozent. Darunter hätten vor allem Singles zu leiden. Ob dies in Zeiten eines aus demografischen Gründen ohnehin steigenden Beitragssatzes realistisch ist, liegt naturgemäß außerhalb der Beantwortung der Studie.

Nach Lektüre der Studie steht fest, dass der solidarische Ausgleich zu Gunsten von Familien entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit im aktuellen System nicht funktioniert. Es zeigt sich, dass der Familienausgleich sinnvoller im Steuersystem zu erreichen wäre. Daraus folgt aber auch, dass die Anforderung der Famili-

ensolidarität nicht als Begründung für das derzeitige Beitragssystem in der GKV erhalten kann.

Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber: „Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?“, ISBN 978-3-9810070-8-4; die Studie gibt es auch im Internet: [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)



Ich bezahle für die Kinder schon Golf-, Reit- und Klavierstunden. Also für Krankenkassenbeiträge bleibt da nun wirklich kein Geld!

IM GESPRÄCH: DANIEL BAHR, FDP-GESUNDHEITSPOLITIKER

# „Gesundheitsfonds wieder abschaffen“

Daniel Bahr ist Mitglied der FDP-Bundestagsfraktion und seit 2005 deren gesundheitspolitischer Sprecher. Im Interview mit PKV Publik spricht er über sein Konzept für ein modernes Gesundheitssystem, über schuldenfinanzierte GKV-Zuschüsse und die Gebührenordnungen für Ärzte.

*Sie haben ein FDP-Konzept für die Zukunft des Gesundheitssystems als Initiative im Bundestag auf den Weg gebracht. Was sind Ihre Kernforderungen?*

**Bahr:** Die FDP ist die einzige Partei, die mit ihrem Gesundheitskonzept Antworten auf die steigenden Lasten der demografischen Entwicklung gibt. Wir setzen auf Vorsorge und Kapitaldeckung. Aktuell werden die Lasten auf kommende Generationen verschoben und gleichzeitig wird der Weg in die staatlich-zentralistische Einheitskasse geebnet. Dieser Weg ist fatal. Die Bürger werden darunter leiden. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben immer mehr Bürokratie aufgebaut und den Versicherten die Wahlfreiheit genommen. Das Sozialgesetzbuch V muss komplett neu geschrieben werden.

Wir wollen den Bürgern die Wahlfreiheit geben. Unser Ziel ist der private Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle. Das FDP-Konzept sieht eine Pflicht zur Versicherung der medizinischen Regelleistung vor. Wie, wo und in welchem konkreten Umfang der Versicherte sich bei einem Versicherer seiner Wahl versichert, soll er selbst entscheiden. Jeder Bürger hat Anspruch auf eine Krankenversicherung mindestens im Umfang der Regelleistungen. Wer sich die Prämie nicht leisten kann, der erhält einen Zuschuss aus Steuermitteln.

*Welche Rolle soll die private Krankenversicherung im Rahmen des FDP-Konzeptes spielen?*

**„Jeder soll selbst entscheiden, wie und wo er sich versichert.“**

**Bahr:** Mit der letzten Gesundheitsreform ist der Zugang zur PKV erheblich erschwert und der Weg in die Einheitskassenlandschaft auch über den Basistarif weiter geebnet worden. Wir brauchen aber stattdessen mehr PKV-Elemente,

wenn wir die auf uns zukommenden Herausforderungen aus demografischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt ohne dras-

tische Rationierung bewältigen wollen. Jeder Bürger muss die freie Wahl haben, bei welchem Krankenversicherer er seinen Versicherungsschutz abschließen möchte.

*Sehen Sie konkrete Chancen, das Konzept in der kommenden Wahlperiode durchzusetzen?*

**Bahr:** Ja, weil es nötig ist und einige kleine kosmetische Korrekturen nicht mehr ausreichen. Bei der Alterssicherung wurde mit der Riester-Rente der Einstieg in die Kapitaldeckung begonnen. Wenn die Demografie für die Rente ein Problem ist, dann gilt das Gleiche auch für die Gesundheit. Auch die anderen Parteien werden erkennen, dass wir schrittweise weg vom Umlagesystem müssen. Wir brauchen eine Rückbesinnung auf Eigenverantwortung und Wahlfreiheit der Bürger. Staatliche Gesundheitssysteme führen zu Rationierung und Fehlversorgung.

*Union und SPD haben den Gesundheitsfonds installiert und scheinen sich auch auf Dauer damit einrichten zu wollen. Welche Zwischenbilanz des Fonds ziehen Sie?*



**Bahr:** Alle unsere Befürchtungen haben sich leider bestätigt. Der Fonds ist eine Missgeburt. Für die Bürger wird es teurer, aber nicht besser. Sie zahlen immer mehr und hören gleichzeitig den Unmut der Ärzte, dass das Geld dort gar nicht ankommt. Der Gesundheitsfonds wird von der Regierung manipuliert, um politische Ziele durchzusetzen. Die FDP setzt sich zum Ziel, den Gesundheitsfonds wieder abzuschaffen.

*Im Rahmen des Konjunkturpaketes II subventioniert der Bund die gesetzlichen Krankenkassen in den nächsten Jahren mit zusätzlich rund 28 Milliarden Euro. Sie sollen schuldenfinanziert werden und die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung künstlich senken, wobei die PKV-Versicherten ausgegrenzt werden. Wie bewerten Sie diesen Weg zur Stützung der Konjunktur?*

**Bahr:** Genau hier zeigt sich, wie der Gesundheitsfonds zum Spielball der Regierung wird. Erst beschließt die Regierung zum 1. Januar eine kräftige Beitragserhöhung, die zum 1. Juli, das heißt zwei Monate vor der Bundestagswahl, durch neue Schulden kaschiert wird. Die Rechnung erhalten insbesondere die Jungen, die neben steigenden Beiträgen auch bald noch höhere Steuern zahlen müssen, um die Schulden wieder abzubauen. Die Privatversicherten zahlen diese Zechen als Steuerzahler ebenfalls, obwohl sie von dem Bundeszuschuss nichts haben. Schuldenfinanzierte Beitragssenkungen ersetzen keine Strukturreformen.

*Das Gesundheitsministerium spannt einen „Rettungsschirm“ für den Gesundheitsfonds auf, hinzu kommt die Milliardenspritze des Bundes. Ist die GKV damit nicht längst im „Stresstest“ der Finanzkrise durchgefallen?*

**„Die Beitragserhöhung wird zum 1. Juli durch neue Schulden kaschiert.“**

**Bahr:** Genau, der Gesundheitsfonds funktioniert nur, weil die Regierung ständig korrigiert und Milliarden reinpumpt. Er ist ein Risiko für den Bundeshaushalt. Der Finanzminister muss mit einem Darlehen einspringen. Der Steuerzahler spannt einen Rettungsschirm über die verkornte schwarz-rote Gesundheitsreform. Die Krankenkassen müssen diese Darlehen aber, wenn auch erst später, zurückerzahlen. De facto werden damit neue Schulden bei den Krankenkassen aufgehäuft. Das ist paradox. Schließlich hatte sich die Regierung Ende 2008 noch für den Schuldenabbau bei Krankenkassen gelobt.

*Welche Schlüsse müssen daraus gezogen werden?*

**Bahr:** Ich bleibe dabei: Der Gesundheitsfonds löst keine Probleme, er schafft nur neue. Er muss wieder abgeschafft werden. Die Krankenkassen sollen ihre Beitragsautonomie zurück erhalten. Dann können sie im Wettbewerb zueinander über die Höhe ihrer Beiträge entscheiden - nach unseren Vorstellungen am besten in einem Prämiensystem mit sozialer Unterstützung. Dann gibt es auch einen Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistung.

*Die FDP hält den Wert der Freiberuflichkeit hoch. Wie bewerten Sie die Idee einer Öffnungsklausel in der künftigen Gebührenordnung für Zahnärzte, um Alternativen zu staatlich verordneten Preisen zu suchen – zum Beispiel durch frei ausgehandelte Verträge zwischen PKV und Ärzten, etwa zur Definition von Qualitätsstandards?*

**Bahr:** Trotz eines Übermaßes an Reglementierungen sorgen freiberuflich tätige Ärzte durch ihr Engagement dafür, dass Kranke eine gute medizinische Versor-



**Daniel Bahr** ist 1992 der FDP beigetreten und seit 1998 Mitglied im Bundesvorstand der Partei. Von 1999 bis 2004 war er Bundesvorsitzender der Jungen Liberalen. Mitglied des Deutschen Bundestages wurde er im Jahr 2002.

gung erhalten. Die FDP setzt sich für eine leistungsgerechte und transparente Vergütung ein, die Arzt und Patient auch verstehen, und zwar sowohl in der GKV als auch in der PKV. Wenn das gewährleistet ist, können wir uns im Rahmen der GOZ eine Öffnungsklausel vorstellen, die es den Vertragspartnern auf freiwilliger Basis unter fairen Bedingungen ermöglicht, Verträge zu vereinbaren.

*Die GOZ-Novellierung ist sehr umstritten. Rechnen Sie mit einem Scheitern?*

**Bahr:** Die Zeit für eine Umsetzung der GOZ-Novelle wird langsam knapp. Noch leistet die Union gegen die Pläne aus dem Bundesgesundheitsministerium Widerstand. Bei anderen Vorhaben haben wir aber auch erlebt, dass sich letztlich Frau Schmidt gegen die Union durchgesetzt hat.

# Abgestempelt

Der Staat lässt Hilfebedürftige auf Gesundheitskosten sitzen



■ Es war eine schlimme Tropenkrankheit mit schweren Folgen. Die Betroffene wurde einige Jahre lang fast zum Pflegefall, verlor darüber ihre eigene kleine Firma, war berufsunfähig und plötzlich auf Sozialhilfe angewiesen. Wenigstens bezahlte ihre private Krankenversicherung die medizinisch notwendigen Medikamente und Behandlungen. Und das Sozialamt übernahm die Versicherungsbeiträge, weil der PKV-Tarif günstiger war als eine direkte Übernahme der Behandlungskosten.

Doch dann bereitete ein Brief vom Sozialamt der Frau neuen Kummer. Plötzlich wurde die Übernahme der Versicherungsbeiträge gestoppt – verbunden mit dem Hinweis, sie müsse sich jetzt im neuen Basistarif versichern. Und das, obwohl der Basistarif für sie weniger Leistung und zudem höhere Kosten bringt als ihr bisheriger PKV-Tarif. Die Patientin steht also schlagartig schlechter da – nur das Sozialamt stellt sich besser, weil sein Zuschuss zum Basistarif begrenzt ist und damit noch billiger als der vorherige Beitrag. Die so erzielten Einsparungen des

Sozialamtes gehen zu Lasten der chronisch kranken Frau und zu Lasten der privaten Krankenversicherung.

Die Träger der Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung für Arbeitssuchende nutzen dabei ein vom Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform (GKV-WSG) geschaffenes Schlupfloch, um bei hilfebedürftigen Versicherten im Basistarif einen Großteil der Krankenversicherungskosten auf die PKV abzuwälzen. Dabei definiert das Gesetz folgende Abstufung:

■ Wenn durch die Zahlung des Basistarif-Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, verringert sich der zu zahlende Beitrag um die Hälfte – also von derzeit rund 570 Euro auf rund 285 Euro (§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG). Das heißt, hier wird die Hälfte der Kosten auf die Versicherten der privaten Krankenversicherung verlagert, denen dadurch 285 Euro Beitrag vorenthalten werden.

## *Sozialämter sparen auf Kosten von Kranken und Versicherten.*

■ Wenn auch durch Zahlung dieses reduzierten Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, beteiligt sich der nach dem Sozialgesetzbuch zuständige Träger im erforderlichen Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

■ Wenn unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags die Hilfebedürftigkeit bereits besteht, erhalten die Betroffenen zu dem halbierten Beitragssatz vom zuständigen Träger nur einen Betrag als Beitragszuschuss, den die Behörden auch für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der GKV zahlen. Im Jahr 2009 sind das 129,54 Euro. Den übrigen Beitrag, also die Differenz zu 285 Euro, muss der Versicherte selbst zahlen. Er muss somit rund 155 Euro aufbringen – von dem Geld, das an sich zur Deckung seines sächlichen Existenzminimums bestimmt ist.

Der chronisch kranken Patientin ist es ein Rätsel, wie sie das von ihren 345 Euro

Härtefälle an der Schnittstelle von Basistarif und Sozialhilfe: Sozialämter drängen die Ärmsten der Armen in den Basistarif. Dabei nutzen sie ein Schlupfloch, dass der Gesetzgeber ihnen gelassen hat. Die Betroffenen bleiben auf höheren Kosten und geringeren Leistungen sitzen.

Grundsicherung bezahlen soll. Rätselhaft ist es auch für die Versicherungsunternehmen, weil der hier als Maßstab verwendete Krankenversicherungsbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II bei weitem nicht kostendeckend ist, sondern vom Bund künstlich gedrückt wurde. Das beklagen PKV und gesetzliche Krankenkassen gleichermaßen. Das Fritz-Beske-Institut beziffert den Beitragsausfall durch diesen Berechnungstrick des Bundes auf jährlich 4,7 Milliarden Euro.

Im Klartext: Ausgerechnet diejenigen, die hilfebedürftig sind, werden durch die Gesundheitsreform und die Praxis der Behörden im Stich gelassen. Der Staat lässt die Ärmsten der Armen auf rund 155 Euro Beitragslast sitzen; er verkürzt damit systematisch die von der Sozialhilfe geleistete Absicherung des verfassungsrechtlich gewährleisteten Existenzminimums. Die Härtefälle beruhen nicht auf dem Verbleib der Versicherten in der privaten Krankenversicherung, sondern auf dem unzureichenden Zuschuss zur Krankenversicherung beim Bezug von Hartz IV.

Nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums sollen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung die Lücke

decken. Doch diese Position ist mit der geltenden Rechtslage unvereinbar. Das Gesetz sieht bei bestehender Hilfebedürftigkeit nur eine Halbierung des Beitrags vor. Die Zahlung des Restbeitrags

***Ausgerechnet die  
Hilfebedürftigen werden  
durch die Praxis der Behörden  
im Stich gelassen.***

ist Sache des Sozialleistungsträgers. Denn dieser muss gewährleisten, dass eine Krankenversicherung finanziert werden kann (vgl. § 32 SGB XII). Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach die Beiträge zur privaten wie gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung existenznotwendiger Aufwand sind. Dieser Aufwand ist nicht nur von der Einkommensteuer freizustellen, sondern auch von der Sozialhilfe zu übernehmen, wenn der Einzelne nicht in der Lage ist, die Beiträge selbst zu tragen.

Überdies blendet das Ministerium offenbar aus, dass die Gewährleistung des Existenzminimums verfassungsrechtlich Aufgabe des Staates ist. Die Auffassung des Ministeriums würde darauf hinauslaufen, dass die eigentlichen Träger sozialstaatlicher Leistungen aus der Pflicht wären und ihre Kosten an die PKV abdrücken könnten. Dies ist auch mit den Grundrechten der Versicherungsunternehmen nicht vereinbar. Durch die gesetzliche Vorgabe eines nicht kostendeckenden

Höchstbeitrags für den Basistarif sowie die Beitrags-Halbierung bei Hilfebedürftigkeit wurden ohnehin schon Aufgaben der Sozialhilfe auf die PKV übertragen, obwohl eine verfassungsrechtlich tragfähige Rechtfertigung hierfür fehlt.

Doch unabhängig vom Streit um die Rechtslage gilt: Die soziale Absicherung des Existenzminimums von Hilfebedürftigen ist ureigenste Aufgabe des Staates, die aus allgemeinen Haushaltsmitteln zu finanzieren ist. Daher ist es nicht zulässig, dass diese Verantwortung von der großen Gemeinschaft aller Steuerzahler (inklusive der PKV-Versicherten) willkürlich auf die kleine Gemeinschaft der 8,6 Millionen Privatversicherten abgewälzt wird. Überdies erhält die PKV keinerlei Steuermittel für derartige versicherungsfremde Leistungen, während die gesetzliche Krankenversicherung viele Milliarden Euro Zuschuss aus Steuergeldern bekommt.

Härtefälle an der Schnittstelle von Basistarif und Sozialhilfe – wie der oben geschilderte – gehen allein auf die Gesundheitsreform zurück. Dass Sozialämter derzeit Hilfebedürftige mit privatem Krankenversicherungsschutz gegen deren Willen aus einem preiswerteren und besseren PKV-Tarif in den teureren Basistarif zwingen, zeigt exemplarisch, wie fragwürdig und unsolidarisch diese Gesundheitsreform in der Praxis ist.



# Arztsuchmaschine

Privatversicherte können ihren Arzt künftig gezielt nach Servicemerkmalen auswählen

Nach der letzten Gesundheitsreform wird für die wirtschaftliche Existenz der ärztlichen Praxis ein hinreichender Anteil an Privatpatienten immer wichtiger. Zugleich hängt aber die zukünftige Attraktivität der PKV entscheidend davon ab, dass sich ihr Leistungsumfang zunehmend deutlich von dem der GKV und insbesondere vom Basistarif abhebt. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsreform auch zu einer Beitragserhöhung von PKV-Tarifen geführt hat. Es gilt deshalb, die Attraktivität der PKV-Produkte außerhalb des Basistarifs vor allem auf der Leistungsseite zu steigern.

Die GKV versucht derzeit vor allem durch geschickte vertragspolitische Instrumente die Effizienz der Versorgung zu steigern. Die große Mehrzahl der Verträge ist auf eine Optimierung der Sachleistung ausgerichtet und wird die freie Arztwahl für viele Versicherte in Zukunft schwieriger machen.

Die PKV muss von ihrem Selbstverständnis her einen anderen Weg gehen. Kos-

tenerstattung mit freier Arztwahl und Wettbewerb sind Kernbestandteile des Leistungsprinzips der PKV und werden mit jeder weiteren Ausgestaltung des Sachleistungsprinzips in der GKV immer attraktiver werden.

Wettbewerb heißt in der ambulanten ärztlichen Versorgung bei der PKV beispielsweise, dass Patienten ihren Arzt frei wählen und Ärzte über ein gutes Angebot um Privatpatienten konkurrieren. Wenn der Wettbewerb gut läuft, dann nutzt das allen Beteiligten. Dies garantiert höhere Qualität und auch höhere Attraktivität sowohl für die Patienten als auch für die teilnehmenden Ärzte. Wettbewerb ist von seinem Selbstverständnis her immer ein überlegener Gestaltungsprozess gegenüber den vertragspolitischen Detailregelungen mit Leistungsanbietern.

Aus diesem Grund bietet die PKV schon heute auf ihrer Internetseite [\[privatpatient.de\]\(http://privatpatient.de\) eine hochwertige Arztsuchmaschine an, in der Ärzte innerhalb eines gewählten Einzugsgebietes sowohl nach Fachgebietsbezeichnungen als auch nach ärztlichen Zusatzbezeichnungen von interessierten Patienten gefunden werden können. Diese Suchmaschine ist mit einem Aktualitätsgrad von über 99 Prozent derzeit das beste auf dem Markt erhältliche Produkt.](http://www.der-</a></p></div><div data-bbox=)

Der PKV-Verband geht nun mit dem Anbieter der Suchmaschine [docfinderplus](http://docfinderplus) eine neue Form der Kooperation ein. Konnten die Ärzte in [docfinderplus](http://docfinderplus) bisher schon umfassend das Konzept ihrer Praxis darstellen, dann gehen wir jetzt gezielt noch einen Schritt weiter, um den besonderen Belangen von Privatpatienten noch besser zu entsprechen.

Da der Wettbewerb um Privatpatienten für Ärzte immer wichtiger wird, sollten nicht nur gezielt Servicemerkmale auf-

***Guter Service ist eine wichtige Unterscheidung im Leistungsangebot.***

Bereits heute bietet die PKV ihren Versicherten eine hochwertige Arztsuchmaschine im Internet an. In Zukunft wird dieses Angebot noch erweitert. Insbesondere kann gezielt nach Servicemerkmalen wie kurzen Wartezeiten gesucht werden. *von Christian Weber*

genommen werden. Die Ärzte sollen also nicht nur allein auf die konkreten Servicemerkmale für Privatpatienten hinweisen können. Vielmehr soll in naher Zukunft die Arztsuche gezielt auf Ärzte ausgerichtet werden können, die solche Servicemerkmale anbieten. Damit wird es zum Beispiel gezielt möglich, nach Arztpraxen in einer Region zu suchen, wo ein Termin innerhalb von drei Tagen vereinbart werden kann und wo die Wartezeit in der Praxis für Privatpatienten nicht mehr als 30 Minuten beträgt.

Natürlich setzt dies gezielte Such- und Servicekriterien sowie eine gewisse Mindestzahl von teilnehmenden Ärzten voraus. Der PKV-Verband ist aber optimistisch, dass sich dies mit der Zeit schnell erweitern lässt, zumal das Projekt von wichtigen Ärzteverbänden wie dem Hartmannbund und dem NAV-Virchowbund unterstützt wird.

Alle Partner sind sich einig, dass Wettbewerb und besserer Service ein wichtiger Bestandteil der künftigen Attraktivität des PKV-Marktes sind.

Gerade ein guter Service ist eine wichtige Unterscheidung im Leistungsangebot, den der Patient auch direkt beurteilen kann. Medizinische Kriterien sind hingegen schwierig darzustellen. Dies ist beim Service naturgemäß anders.

Wo ein neues Konzept auf dem Markt ist, muss natürlich auch mit Kritik gerechnet werden. So wird mit Sicherheit wieder der Vorwurf der „Zweiklassenmedizin“ in die Diskussion gebracht werden. Auch aus diesem Grund geht es deshalb um Servicemerkmale, die nicht

zu Lasten von Kassenpatienten angeboten werden. Im Gegenteil: Der wirtschaftliche Erfolg der Privatpraxis ist oft erst ein Garant für eine leistungsfähige Kassenpraxis.

[www.derprivatpatient.de](http://www.derprivatpatient.de)

## Verfeinerte Arztsuche auf [www.derprivatpatient.de](http://www.derprivatpatient.de)

### Sie suchen einen Arzt, der Ihnen besondere Servicemerkmale bietet?

Viele Privatpatienten legen beim niedergelassenen Arzt nicht nur auf eine qualitativ hochwertige Behandlung, sondern auch auf Service besonderen Wert. Durch eine gute Praxisorganisation können Ärzte oft besondere Servicemerkmale anbieten.

Sie können deshalb Ihre Arztsuche durch die Auswahl bestimmter Servicemerkmale besonders ausrichten:

- Terminvergabe in der Regel innerhalb von 3 Tagen\*
- Abendsprechstunde
- Samstagssprechstunde
- Wartezeit bei vorausgegangener Terminvergabe in der Regel nicht über 30 Minuten\*
- Für Patienten im Bedarfsfall telefonische Erreichbarkeit auch außerhalb der Behandlungszeiten möglich (nach individueller Vereinbarung)
- Im Bedarfsfall werden auch Termine bei anderen Fachärzten vermittelt
- Zusätzliche Servicemerkmale

\*organisatorisch ist dies z. B. durch zusätzliche Behandlungszeiten außerhalb der Vertragspraxis für GKV-Versicherte möglich



Im Kreise von Förderschülern präsentieren Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach und Schulleiter Ludwig Gehlen die Partnerschaftvereinbarung zwischen PKV und der Kölner Anna-Freud-Schule.

## PKV-Verband unterstützt Förderschule

Schüler mit Behinderungen der Anna-Freud-Schule können sich künftig am Kölner Hauptsitz des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) gezielt auf ihren Einstieg in das Berufsleben vorbereiten. In einer Partnerschaftvereinbarung haben der Schulleiter Oberstudiendirektor Ludwig Gehlen und PKV-Verbandsdirektor Volker Leienbach die Weichen für eine intensive Zusammenarbeit gestellt.

„Die private Krankenversicherung zeigt damit soziale Verantwortung und konkreten Einsatz für die Zukunftschancen der jungen Generation. Unser Ziel ist, den Jugendlichen erste Praxiserfahrungen für ihren Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen“, so Leienbach.

„Dazu bieten wir ihnen in einem differenzierten Programm unter anderem ein mindestens dreiwöchiges Praktikum sowie ein intensives Bewerbungstraining an. In Zukunft werden wir zudem die Schule aktiv einbinden und direkt auf freie Ausbildungsplätze in unserem Verband hinweisen. Mit dieser Partner-

schaftsvereinbarung starten wir ein langfristiges Engagement. Nach jeweils einem Jahr werden wir mit den Vertretern der Anna-Freud-Schule unsere Erfahrungen diskutieren und unsere Maßnahmen gegebenenfalls ausbauen.“

Die Anna-Freud-Schule in Köln ist eine Ganztagschule, der auch ein Internat angeschlossen ist, das von den weiter entfernt wohnenden Schülerinnen und Schülern genutzt wird. Die Schüler, die die Schule mit qualifizierten Schulabschlüssen bis hin zum Abitur verlassen, haben zumeist körperliche Einschränkungen wie Muskel- oder Cerebralerkrankungen. Diese Einschränkungen führen dazu, dass sie für bestimmte Aufgaben spezielle Hilfsmittel wie etwa Spezialtastaturen einsetzen müssen.

Die Schule ist bis heute die einzige weiterführende Schule für Körperbehinderte im Bildungsbereich der Sekundarstufe I und II in Nordrhein-Westfalen und den angrenzenden Bundesländern.

[www.anna-freud-schule.de](http://www.anna-freud-schule.de)

## Privatpatienten deutlich zufriedener

Im Lauf der vergangenen Jahre ist die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland aus Sicht vieler Versicherter schlechter geworden. Insgesamt überwiegt allerdings nach wie vor die Zufriedenheit mit der Arbeit von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern. Dabei fühlen sich Privatpatienten besser betreut als Kassenpatienten.

Zu diesem Ergebnis kommt das aktuelle „Gesundheitsbarometer“ der Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young. Dieses basiert auf einer repräsentativen Meinungsumfrage unter 2.000 Verbrauchern in Deutschland. Allerdings seien die Unterschiede nicht so eklatant, dass man auf eine „Zwei-Klassen-Medizin“ schließen könne. „Bedenkt man, dass für einen Arzt die Behandlung eines Privatpatienten deutlich lukrativer ist als die Behandlung eines Kassenpatienten, sind die Unterschiede sogar eher gering“, heißt es bei Ernst & Young.

[www.de.ey.com](http://www.de.ey.com)

## Gendiagnostikgesetz in der Schwebel

Die Verabschiedung des Gendiagnostikgesetzes (vgl. PKV Publik, Ausgabe 1/2009) ist weiter offen. Dem Vernehmen nach gibt es zwischen den Koalitionspartnern unter anderem noch Diskussionsbedarf bei der Frage, ob im Bereich der pränatalen Diagnostik stärkere Verbotsnormen plus Sanktionsmöglichkeiten im Gesetz verankert werden sollen, um zum Beispiel geschlechtsselektive Abtreibungen zu vermeiden. Damit verschieben sich auch die Beratungen zum Gesetzentwurf im Bundestag.

GASTKOMMENTAR

# Die GKV soll sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren

Die GKV sollte sich auf ihre Kernaufgaben Prävention, Diagnose und Therapie konzentrieren. Versicherungsfremde Leistungen sollten hingegen gestrichen werden. Die Beitragszahler könnten auf diese Weise um mehrere Milliarden Euro jährlich entlastet werden.

Von Prof. Dr. med. Kuno Winn

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung steht auf Rekordmarke und dennoch klagen die gesetzlichen Krankenversicherungen, dass das Geld nicht reicht. Die Bundesregierung schießt in ihrem Konjunkturpaket II zusätzliche Milliarden zu, um die Beitragszahler teilweise wieder zu entlasten. Ein Blick auf Flickwerk und fragwürdige Strukturen.

Der Wurm ist drin im deutschen Gesundheitssystem. Und das nicht erst seit gestern. Jüngster Beleg (und leider nur ein Beispiel von vielen): Der Gesundheitsfonds sollte die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung neu strukturieren und auf sicherere Beine stellen. Seit Januar dieses Jahres zahlen Arbeitnehmer einen Einheitsbeitrag von 15,5 Prozent – durch Steuermittel ab Juli abgedeckt von immer noch 14,9 Prozent. Wie auch immer: Für die meisten Versicherten sind das höhere Beiträge als je zuvor und für die Kassen – so sollte man meinen – insgesamt deutlich

höhere Einnahmen. Und trotzdem: Noch bevor der Fonds überhaupt faktisch am Start war, gab es reichlich Klagen über unzureichende Finanzmittel. So wurden denn auch flugs prophylaktisch schon einmal Zusatzbeiträge angekündigt. Das sieht in der Summe nach allem Möglichen aus, nur nicht nach einem schlüssigen Konzept. Eher schon nach Flickwerk an Systemfehlern.



## Prof. Dr. med. Kuno Winn

ist seit Oktober 2005 Vorsitzender des Ärzte-Berufsverbandes Hartmannbund. Von 1994 bis 2008 war er Mitglied des Niedersächsischen Landtages und bis 2005 gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion.

Ist das der richtige Weg? Nein! Statt Steuern in die gesetzliche Krankenversicherung zuzuschießen, müssen zur Entlastung der Beitragszahler endlich versicherungsfremde Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog in den Bundeshaushalt zurückgeführt werden. Wir brauchen eine grundsätzliche, nachhaltige und sachgerechte Entlastung des Systems, das sich künftig auf die Kernaufgaben des Gesundheitswesens konzentriert: Prävention, Diagnose und Therapie. Quersubventionen der GKV aus Steuergeldern haben in der Vergangenheit immer wieder zu einer „Politik nach Kassenlage“ geführt. Dies macht eine zukunftssichere und verlässliche Finanzierung des Gesundheitssystems von vornherein unmöglich.

Insgesamt könnte der Beitragszahler durch Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung um mehrere Milliarden Euro jährlich entlastet werden. Nur so ist eine systemgerechte und spürbare Beitragssenkung – unabhängig von der jeweils gerade aktuellen Finanzlage der öffentlichen Kassen – auf Dauer möglich.

Wie gesagt: Der Wurm ist drin im Gesundheitssystem. Längst an zu vielen Stellen. Das müssen wir unseren Patienten deutlich machen. Wir müssen mit ihnen gemeinsam für andere Weichenstellungen kämpfen. Mit unserer Kampagne „wahlweise gesund“ wollen wir das im Vorfeld der Bundestagswahl am 27. September tun.

[www.wahlweise-gesund.de](http://www.wahlweise-gesund.de)

**Gut für seine  
Generation.**

**Und für alle anderen.  
Die privaten Krankenversicherungen.**



Die PKV ist generationengerecht. Denn Privatversicherte bilden mit ihren Beiträgen Alterungsrückstellungen. So sorgen sie für die im Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vor. Damit werden die Jüngeren nicht belastet. Eine Rechnung, die für alle aufgeht. Heute und in Zukunft. Mehr Infos: [www.pkv-gut-fuer-alle.de](http://www.pkv-gut-fuer-alle.de)

**Gut für alle.**

 **PKV**  
Die privaten Kranken-  
versicherungen