

Brief aus Berlin und Köln

Parteiübergreifend haben sich junge Parlamentarier mit dem Ziel zusammengeschlossen, die Generationengerechtigkeit in unserer Verfassung zu verankern. Und dies aus guten Gründen, denn Generationengerechtigkeit ist in unserem Lande nicht mehr gewährleistet. +++ Ulla Schmidt weicht in Wahlkampfrhetorik aus +++ Zu wenige Privatpatienten als wichtige Ursache des Ärztemangels +++ Kein weiterer Ausbau des bürokratischen Ungetüms Risikostrukturausgleich +++ Elektronische Gesundheitskarte fordert alle Systembeteiligten heraus

> Seite 38

Privatversicherte sollen soziale Pflegeversicherung sanieren

Der Regierungsberater Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach behauptet, dass die defizitäre soziale Pflegeversicherung bis 2015 keine Finanzprobleme mehr hat, wenn die Privatversicherten ab 2006 in eine „Bürgerversicherung Pflege“ einzahlen. Dabei unterlaufen ihm offensichtliche Fehler, die selbst bei manchem seiner Fans Kopfschütteln auslösen.

> Seite 43

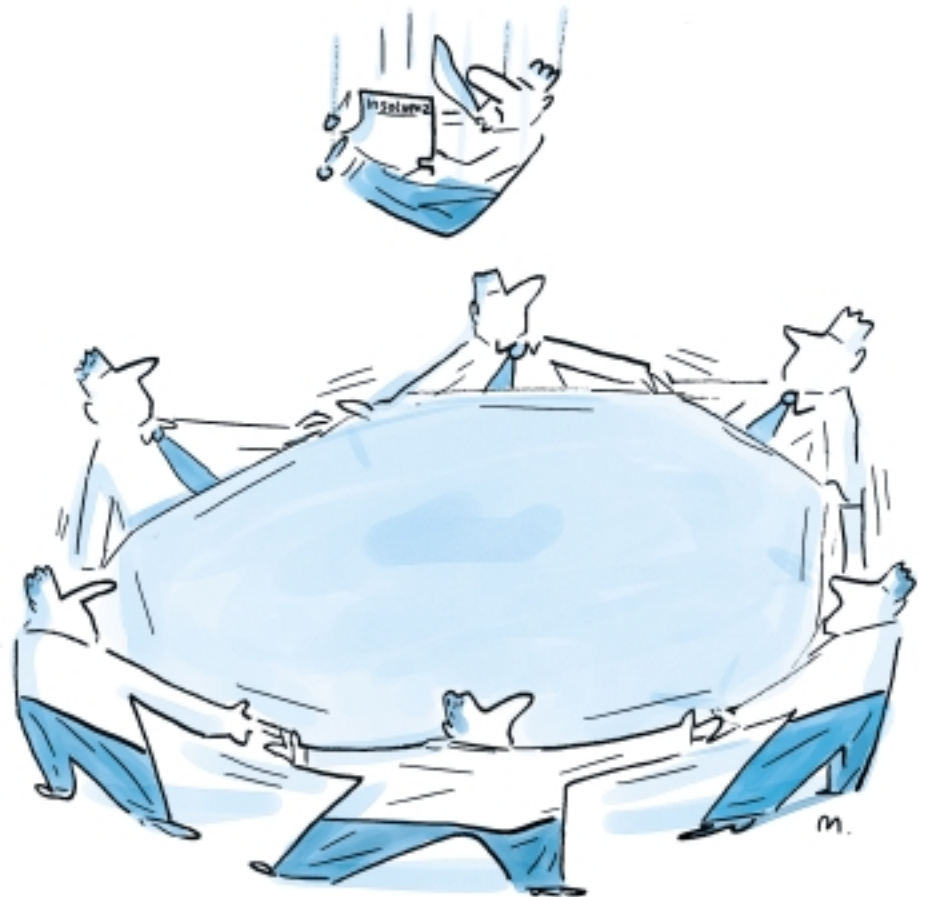
Novellierung der GOZ eingeleitet

Mitte 2004 hat das Gesundheitsministerium endlich die Initiative zur Überarbeitung der Gebührenordnung für Zahnärzte ergriffen. Zur fachlichen Vorbereitung wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, an der auch der PKV-Verband beteiligt ist.

> Seite 45

Weitere Themen in dieser Ausgabe

Zwanzigjähriges Bestehen des Deutschen Instituts für rationale Medizin > Seite 47 +++ Impressum > Seite 48



Privatversicherte künftig auch bei Insolvenz geschützt

Mit der Schaffung eines gesetzlichen Insolvenzschutzfonds für die private Krankenversicherung hat der Gesetzgeber den Schutz der PKV-Versicherten weiter verbessert. Dass die Verträge in der substitutiven Krankenversicherung nicht gekündigt werden können, ist schon seit über 40 Jahren eine Selbstverständlichkeit.

Nunmehr wird auch Vorsorge getroffen für den – bisher allerdings noch nie eingetretenen – Fall, dass ein Krankenversicherungsunternehmen zahlungsunfähig wird und die Krankenversicherungsverträge mit der Insolvenzeröffnung erlöschen.

> Seite 40

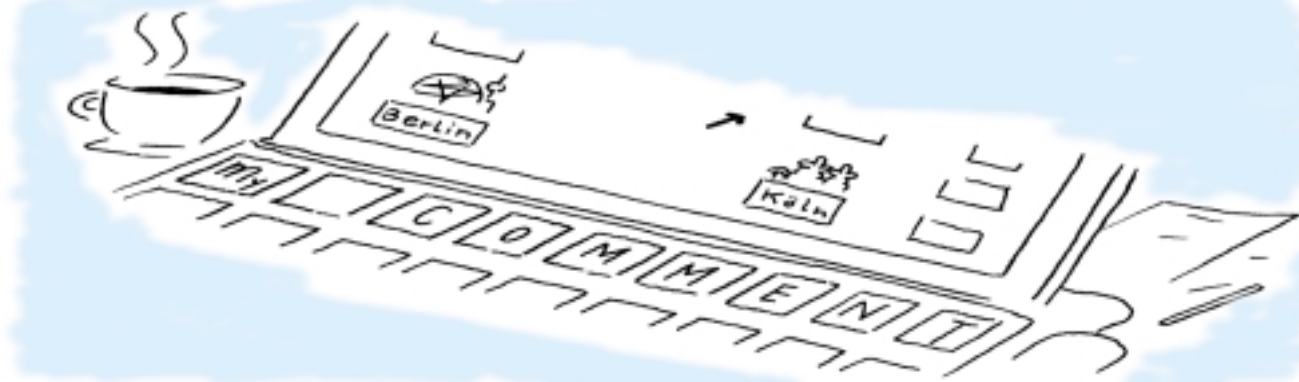
Geschäftszahlen 2004: GKV-Reform strahlt weiterhin auf die PKV aus

Die Einschränkungen und Änderungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz bescherten der Zusatzversicherung einen erfreulich hohen Zuwachs. Andererseits war der Neuzugang in der Vollversicherung erneut niedriger als im Vorjahr.

Durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1. Januar 2003 wurde vielen Arbeitnehmern der Weg in die PKV versperrt. Dies wirkt bis heute fort.

> Seite 41

Brief aus Berlin und Köln



Parteiübergreifend haben sich junge Parlamentarier mit dem Ziel zusammengeslossen, die Generationengerechtigkeit in unserer Verfassung zu verankern. Und dies aus guten Gründen, denn Generationengerechtigkeit ist in unserem Lande nicht mehr gewährleistet.

Da ist zum einen der hohe und täglich steigende Schuldenberg, der jedem Neugeborenen – und es gibt immer weniger Neugeborene – in die Wiege gelegt wird. Zum anderen wird das Prinzip der Generationengerechtigkeit in der Finanzierung unserer Sozialsysteme sträflich vernachlässigt. Immer weniger Jüngere im erwerbsfähigen Alter zahlen für immer mehr Ältere stetig steigende Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung. Schuldenberg und steigende Sozialausgaben führen dazu, dass allein im Bundesetat der Anteil an Ausgaben für Sozialversicherung, Zinsen und Tilgung heute schon bei 53,8 % liegt – mit stark steigender Tendenz. Zum Befund gehört weiter, dass heute bereits zur Tilgung der Kredite neue Schulden aufgenommen werden müssen und in diesem Jahr fünf Bundesländer nicht in der Lage waren, verfassungsgemäße Haushalte aufzustellen.

Weiter kritisieren die 49 überwiegend jungen Abgeordneten aller Bundestagsfrak-

tionen in ihrem vierseitigen Gesetzentwurf für eine Verfassungsänderung die zu geringen Investitionen in Bildung und Forschung. In ihrer Analyse sehen sie eindeutig die „Tendenz zur Bevorzugung der Gegenwart und zur Vernachlässigung der Zukunft.“

Und in der Tat verschließen wir in Deutschland die Augen vor bereits heute sichtbaren Problemen, die allerdings erst in der Zukunft ihre volle Wirksamkeit entfalten werden – wie etwa die stark steigenden Defizite in der sozialen Pflegeversicherung, die wachsenden Finanzierungs- und Liquiditätsprobleme in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die stark steigenden Belastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung. Insofern ist die Formulierung der jungen Parlamentarier in ihrem Text für einen neuen Artikel 20 b im Grundgesetz zu unterstreichen, mit der sie fordern, dass „der Staat ... in seinem Handeln das Prinzip der Nachhaltigkeit zu beachten und die Interessen künftiger Generationen zu schützen (hat).“

Die private Krankenversicherung hat hier Vorbildfunktion, indem sie durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen Vorsorge für die mit dem Alter stark steigenden Gesundheitsausgaben trifft. Ende 2004 betrug diese Alterungsrückstellungen in

der privaten Krankenversicherung bereits 80 Mrd. Euro.

Und auch für die soziale Pflegeversicherung hat der PKV-Verband mit seinem Reformkonzept (vgl. PP 3/2005 vom 15. April 2005) einen verantwortungsvollen Vorschlag an die Politik gemacht, die sich bereits heute abzeichnenden Probleme der sozialen Pflegeversicherung, die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit großer Geschwindigkeit zunehmen werden, zu lösen.

Ulla Schmidt weicht in pure Wahlkampfheterik aus

Doch anstatt unseren Vorschlag ernsthaft zu prüfen, will Gesundheitsministerin Ulla Schmidt die „künstliche Unterscheidung“ zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung aufheben und die private ausgestalten wie die soziale. Dabei weiß sie doch ganz genau, dass die soziale Pflichtversicherung bereits 10 Jahre nach ihrer Einführung an ihre Grenze gestoßen ist und dass sie mit ihren jährlich steigenden Defiziten sowie wegen fehlender Demografievorsorge unsere Kinder und nachwachsenden Generationen belastet. Der Ministerin sind natürlich auch die 14 Milliarden Euro Alterungsrückstellungen bekannt, mit denen die privat Pflegeversicherten für ihre eigene Zukunft vorsorgen und damit für Generationengerechtigkeit sorgen.

Die Äußerungen der Ministerin sind typische Wahlkampfrhetorik vor der Landtagswahl in NRW. Ihr Vorschlag ist ordnungspolitisch verfehlt, wirtschaftlich unsinnig, verfassungsrechtlich unzulässig und er richtet sich direkt gegen die neun Millionen Bürger, die für ihr eigenes Pfliegerisiko im Alter verlässlich vorgesorgt haben.

Zu wenige Privatpatienten als wichtige Ursache des Ärztemangels

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat ein Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ vorgelegt. Es zeigt unter anderem, wie groß schon jetzt die Versorgungsprobleme in den neuen Bundesländern, vor allem in den ländlichen Gegenden, sind. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung können Ärzte kaum noch Nachfolger für ihre Praxen finden.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielgestaltig. Das Gutachten nennt einige, es spart allerdings einen entscheidenden Grund aus: Als Folge des sehr geringen Anteils an Privatversicherten und damit an Privatpatienten in Ostdeutschland verfügen die niedergelassenen Ärzte dort über deutlich geringere Einnahmen als ihre Kollegen in den alten Bundesländern. Eine flächendeckende Versorgung im ambulanten Bereich mit einer guten technischen Infrastruktur, ohne Wartezeiten für die Patienten sowie ohne ethisch nicht vertretbare Rationierungen gibt es in Deutschland derzeit nur wegen des überproportionalen Finanzierungsanteils des Privatsektors. Den Ärzten wie auch dem stationären Sektor wird immer deutlicher, dass weniger Privatpatienten ein Weniger an Einnahmen und damit ein Weniger an Qualität – insbesondere auch für die Breitenversorgung – bedeuten. Dies wird auch in der Politik zunehmend gesehen, allerdings verbietet die Festlegung der regierungsseitigen Gesundheitspolitik auf die

sog. Bürgerversicherung eine auf Faktenbasierte Diskussion um eine sinnvolle Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens.

Kein weiterer Ausbau des bürokratischen Ungetüms Risikostrukturausgleich

Die geplante grundlegende Neuregelung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen mit einer unmittelbaren Berücksichtigung der Morbidität der GKV-Versicherten verzögert sich weiter. Mit der dafür notwendigen Rechtsverordnung ist nach Angaben des Gesundheitsministeriums erst in der nächsten Legislaturperiode zu rechnen. Und in der Tat sollte die Ausweitung des ohnehin schon sehr komplexen und komplizierten RSA wohl überlegt werden. In Deutschland dürfte es schon heute kaum noch einen Experten geben, der den Ausgleich zwischen den Krankenkassen – in dem mehr Geld bewegt wird als etwa im Rahmen des Länderfinanzausgleichs – vollständig überblickt und durchschaut.

Eine Ausweitung des RSA birgt die Gefahr, dass ein ohnehin schon bestehendes bürokratisches Ungetüm weiter ausgebaut wird, um in einem komplizierten und umstrittenen Umverteilungsprozess die Wett-

bewerbsillusion in der GKV aufrecht zu erhalten. Den wiederholt vorgetragenen Forderungen aus der Politik, die PKV in diesen und auch in den erweiterten Finanzausgleich einzubeziehen, ist eine klare Absage zu erteilen, zumal der Privatsektor bereits heute einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag für unser Gesundheitswesen insgesamt leistet.

Elektronische Gesundheitskarte fordert alle Systembeteiligten heraus

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte stellt für alle Systembeteiligten eine Herausforderung dar – auch für die private Krankenversicherung. Hier gibt es zwingend zu beachtende Spezifika, die bei der weiteren Ausgestaltung der Karte zu berücksichtigen sind. Zum einen geht es dabei um Abrechnungsfragen – Stichworte Beihilfe und Zustimmung des Patienten vor Einreichung von Rechnungen –, zum anderen geht es um die notwendige Lösung des Akzeptanzproblems. Das mit der Karteneinführung verbundene Investment großen Ausmaßes ist nur dann zu rechtfertigen, wenn alle Beteiligten auch im Bereich der privaten Krankenversicherung die Karte tatsächlich einzusetzen haben. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, dem der PKV-Verband entsprechende Vorschläge unterbreitet hat. *L*



Privatversicherte künftig auch bei Insolvenz geschützt

Mit der Schaffung eines gesetzlichen Insolvenzicherungsfonds für die private Krankenversicherung – ebenso wie auch für die Lebensversicherung – hat der Gesetzgeber den Schutz der PKV-Versicherten weiter verbessert.

Dass die Verträge in der substitutiven Krankenversicherung nicht gekündigt werden können, ist schon seit über 40 Jahren eine Selbstverständlichkeit. Nunmehr wird auch Vorsorge getroffen für den – bisher allerdings noch nie eingetretenen – Fall, dass ein Krankenversicherungsunternehmen zahlungsunfähig wird und die Krankenversicherungsverträge mit der Insolvenzeröffnung erlöschen. Auslöser für diese Initiative war der Verfall der Aktienmärkte und der Rückgang des Zinsniveaus. Dies führte auch in der Versicherungswirtschaft zu Schwierigkeiten. Obwohl kein Krankenversicherer gefährdet war, hat die PKV seinerzeit mit der Gründung der Medicator AG reagiert, deren Zweck in der Sanierung notleidender Krankenversicherer besteht. Der Gesetzgeber wollte jedoch nicht allein auf die Branchenlösung vertrauen und hat deshalb Ende 2003 einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die Einrichtung je einer gesetzlichen Sicherungseinrichtung für die Lebens- bzw. die Krankenversicherung regelte.

Medicator ist damit allerdings nicht gegenstandslos geworden, denn das im Dezember 2004 in Kraft getretene Gesetz eröffnet die Möglichkeit, die Funktion des gesetzlichen Sicherungsfonds auf eine private Gesellschaft zu übertragen. Medicator hat inzwischen einen solchen Antrag an das Bundesministerium der Finanzen gerichtet, die für die „Beleihung“ notwendige Rechtsverordnung wird in Kürze erwartet. Die im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zusammengeschlossenen Unternehmen der substitutiven Krankenversicherung gehören der Sicherungseinrichtung kraft ihrer Verbandsmitgliedschaft an. Medicator ist darüber hinaus offen auch für Nichtmitglieder, soweit

sie die substitutive Krankenversicherung betreiben.

Die im Krisenfall benötigten Mittel werden durch Beiträge der Medicator angehörenden Krankenversicherer aufgebracht. Anders als in der Lebensversicherung sind die Krankenversicherer allerdings nicht ab sofort zur Zahlung laufender Beiträge verpflichtet, sondern brauchen den Gesamtbetrag erst dann aufzubringen, wenn ein gefährdeter Versichertenbestand auf Medicator übertragen worden ist. Der nach dem Gesetz aufzubringende Höchstbetrag beläuft sich auf zwei Promille der Summe der versicherungstechnischen Nettorückstellungen der angeschlossenen Krankenversicherungsunternehmen, was derzeit rund 190 Mio. Euro ausmacht. Die freiwillige Lösung ging von einer Haftungszusage von 1 Mrd. Euro aus. Derzeit finden Abstimmungen mit dem Ziel statt, dass auch im Rahmen der gesetzlichen Insolvenzversicherung noch eine Aufstockung erfolgen wird.

PKV für den Fall eines Falles gerüstet

Derzeit verfügt die Medicator AG, deren Alleinaktionär der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ist, über Betriebsmittel in Höhe von 1 Mio. Euro. Darüber hinaus hat die Gesellschaft durch Funktionsausgliederungsverträge mit Krankenversicherungsunternehmen sichergestellt, dass sie zur Organisation der Beitragseinzahlung, der Leistungsbearbeitung und der Verwaltung der Kapitalanlagen im Zeitpunkt einer Bestandsübertragung in der Lage ist.

Ist ein Krankenversicherer dauerhaft außerstande, seine Verpflichtungen zu erfüllen und sind andere Maßnahmen zur

Wahrung der Belange der Versicherten nicht ausreichend, kann die Aufsichtsbehörde den gesamten Bestand an Krankenversicherungsverträgen einschließlich der zur Deckung der Verbindlichkeiten aus diesen Verträgen erforderlichen Gegenstände auf Medicator übertragen. Die Aufgabe von Medicator besteht dann darin, die übertragenen Bestände sobald wie möglich auf aktive Krankenversicherer weiter zu übertragen und dort in eine wachsende und sich weiter entwickelnde Versichertengemeinschaft einzubinden. Die laufenden Versicherungsfälle werden in der Zwischenzeit von Medicator bzw. deren Dienstleister erfüllt.

Medicator kann die Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen der zu übertragenden Bestände ändern. Voraussetzung dafür ist, dass eine solche Änderung zur Fortführung der Verträge beim übernehmenden Krankenversicherer zweckmäßig und für die versicherten Personen zumutbar ist. Wirksam wird die Änderung, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt und ein unabhängiger Treuhänder bestätigt, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Auch wenn die Versicherungswirtschaft sich immer gegen die Schaffung von Konkursicherungsfonds ausgesprochen hat, um das einzelne Unternehmen nicht aus der Verantwortlichkeit zu entlassen, ist mit dieser Ausgestaltung des Sicherungsfonds unter Berücksichtigung der freiwilligen Brancheninitiative eine vertretbare Lösung gefunden worden. Die Privatversicherten haben die Gewissheit, dass ihre Verträge im schlimmsten Falle auch den Untergang ihres Unternehmens überdauern werden. Sa

Geschäftszahlen 2004: GKV-Reform strahlt weiterhin auf die PKV aus

Die Einschränkungen und Änderungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz bescherten der Zusatzversicherung einen erfreulich hohen Zuwachs. Andererseits war der Neuzugang in der Vollversicherung erneut niedriger als im Vorjahr.

Durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1. Januar 2003 wurde vielen Arbeitnehmern der Weg in die PKV versperrt. Dies wirkt bis heute fort: Im Jahr 2004 verzeichnete die Krankheitsvollversicherung einen Nettoneuzugang von 149.100 Personen. Damit wechselten 37.500 Personen weniger als im Vorjahr (186.600 Personen) in die PKV. Der Neuzugang ist somit 2004 um 20 Prozent gesunken. Insgesamt waren zum Jahresende 8,260 Mio. Personen privat vollversichert. Fast 2 Mio. Personen hatten neben ihrer privaten Krankheitsvollversicherung eine Krankentagegeldversicherung bei demselben Versicherungsunternehmen abgeschlossen.

In der privaten Pflegepflichtversicherung wurden Ende 2004 9,030 Mio. versicherte Personen gezählt (Vorjahr: 8,999 Mio. Personen). Der Versichertenbestand und der Nettozuwachs in der Pflegepflichtversicherung weichen von den Daten der Krankenversicherung ab, da hier die Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten mitgezählt werden. Dies sind geschlossene Versichertenkollektive, d.h. es sind keine Neuzugänge, sondern nur noch Abgänge zu verzeichnen.

Der Sozialtarif der PKV, der sog. Standardtarif, erfuhr im Berichtsjahr einen Zuwachs um 4.113 Personen auf 15.110 Versicherte. Im Standardtarif sind die Leistungen mit denen der GKV vergleichbar, der Beitrag ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt.

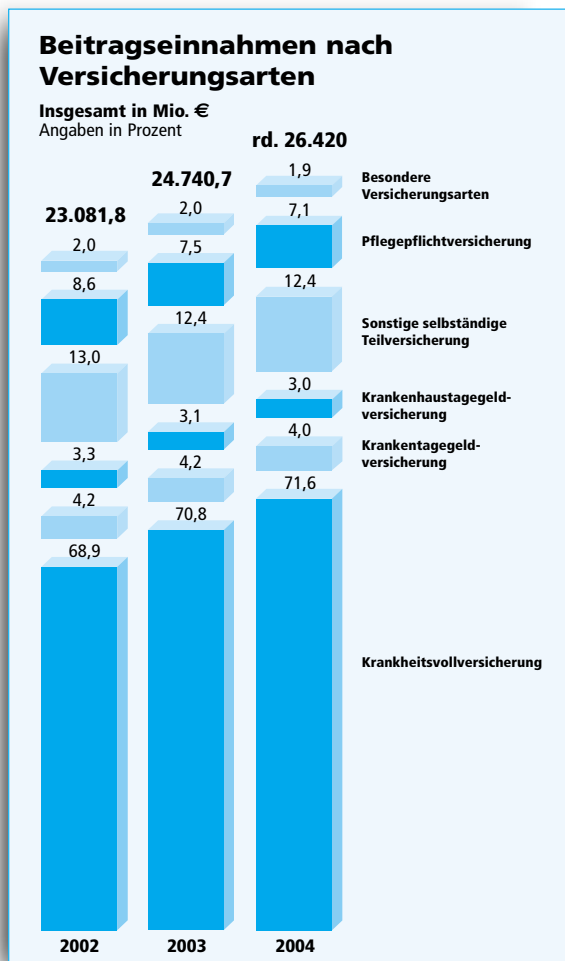
In der Zusatzversicherung war 2004 ein besonders starker Bestandszuwachs zu verzeichnen. Insgesamt hatten sich 16,231 Mio. Personen (Vorjahr: 14,684 Mio. Personen) neben ihrem gesetzlichen Versicherungsschutz zusätzlich privat abgesichert. Hier sind Doppelzählungen enthalten, da nicht nachvollziehbar ist, ob die Versicherten bei verschiedenen Unternehmen unterschiedliche Zusatzversicherungen abgeschlossen haben oder sogar bei einem Unternehmen privat vollversichert und bei einem anderen noch zusätzlich versichert sind. Diese positive Entwicklung dürfte zwei Ursa-

chen haben. Zum einen sorgten die Diskussionen über Einschnitte in den gesetzlichen Leistungskatalog und die tatsächlichen Maßnahmen für eine tiefgreifende Verunsicherung über die künftige Absicherung im Krankheitsfall. Zum anderen erleichtern die seit Januar 2004 möglichen Kooperationen zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen den Abschluss von Zusatzversicherungen.

Ambulante Zusatzversicherung gefragt

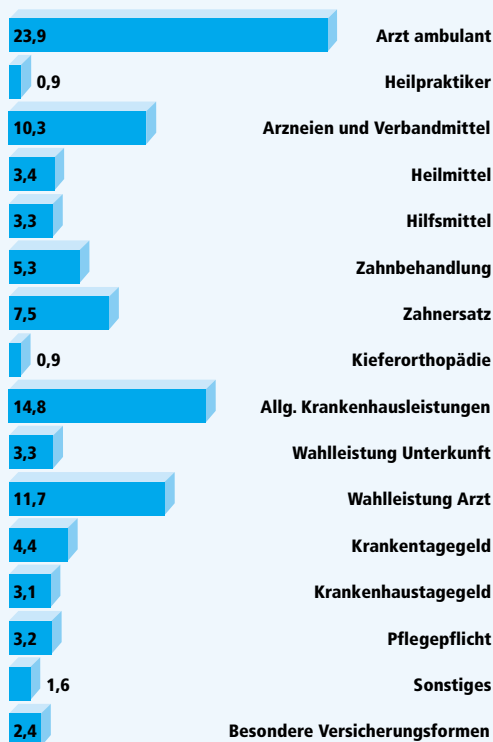
Vor allem in der ambulanten Zusatzversicherung lag der Neuzugang mit 1,088 Mio. Versicherten bzw. 21,3 Prozent deutlich höher als üblich. Insgesamt hatten Ende 2004 6,182 Mio. Personen (Vorjahr: 5,094 Mio. Personen) diese Art der Zusatzversicherung gewählt. Auch in den übrigen Zusatzversicherungen wuchs der Bestand erkennbar. So stieg die Zahl der Zusatzversicherten für Wahlleistungen im Krankenhaus um 112.300 Personen auf 4,827 Mio. Versicherte (Vorjahr: 4,715 Mio. Versicherte). Eine Pflegezusatzversicherung hatten mit 787.100 Personen 37.500 Personen mehr als im Vorjahr (749.600 Personen) abgeschlossen. Fast 1,260 Mio. Personen (Vorjahr: 1,174 Mio. Personen) hatten eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, ohne bei demselben Versicherungsunternehmen auch eine Vollversicherung zu haben. Die Mehrzahl dürfte die Versicherung zusätzlich zum Grundschutz in der GKV gewählt haben.

Lediglich in der Auslandsreisekrankenversicherung ging die Zahl der Versicherten erneut zurück. Für Auslandsaufenthalte hatten fast 26,576 Mio. Personen eine kurzfristige, tageweise bezahlte Versicherung oder eine Jahrespolice abgeschlossen. Dies waren 27.800 Personen weniger als 2003.



Aufgliederung der Versicherungsleistungen

Insgesamt rd. 16,48 Mrd. €
Angaben in Prozent



Im Zusammenhang mit der positiven Entwicklung der privaten Krankenzusatzversicherung darf aber nicht übersehen werden, dass diese an den Gesamteinnahmen lediglich einen Anteil von etwa 12,4 Prozent hat. Eine Verbesserung des Zusatzversicherungsgeschäftes kann deshalb keinesfalls eine Schwächung der Vollversicherung (Anteil: 71,6 Prozent) ausgleichen.

Zügig steigende Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen in der privaten Krankenversicherung betragen 2004 rund 24,55 Mrd. Euro. Gegenüber dem Vorjahr (22,89 Mrd. Euro) war dies ein Anstieg um 1,66 Mrd. Euro bzw. 7,2 Prozent. In der Pflegepflichtversicherung lag die Beitragseinnahme bei rund 1,87 Mrd. Euro und damit um etwa 22 Mio. Euro höher als im Vorjahr (1,85 Mrd. Euro). Insgesamt stieg die Beitragseinnahme um etwa 1,68 Mrd. Euro bzw. 6,8 Prozent auf rund 26,42 Mrd. Euro.

Differenzierte Entwicklung der Versicherungsleistungen

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen stiegen in der Krankenversicherung um ca. 660 Mio. Euro bzw. 4,3 Prozent auf rund 15,95 Mrd. Euro. In der Pflegepflichtversicherung erhöhten sich die Ausgaben um rund 15 Mio. Euro bzw. 3,0 Prozent auf 530 Mio. Euro. Insgesamt lagen die ausgezahlten Versicherungsleistungen (Kranken- und Pflegeversicherung) bei 16,48 Mrd. Euro und damit rund 670 Mio. Euro bzw. 4,2 Prozent über dem Vorjahr.

Werden nur die Versicherungsleistungen für Krankheitskosten (ohne Tagegelder, Pflegezusatzversicherung und besondere Versicherungsarten wie etwa Auslandsreisekrankenversicherung) betrachtet und der Bestandszuwachs herausgerechnet, ergibt sich je Versicherten ein Leistungsanstieg um 2,4 Prozent.

Die Entwicklung der Kosten war sehr unterschiedlich. Während im ambulanten Bereich für Arzneien und Verbandmittel ein leichter Rückgang zu beobachten war, stiegen die Leistungen für Heilpraktikerbehandlung deutlich. Eine außergewöhnliche Ausgabensteigerung war auch im Bereich der Kieferorthopädie zu verzeichnen. Die Kosten für einfache Zahnbehandlung konnten hingegen gesenkt werden. Ähnlich differenziert fielen die Veränderungen der einzelnen stationären Leistungen aus. Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Leistungsbereichen entwickelten sich die Kosten je Versicherten wie in der Tabelle rechts.

Neben den ausgezahlten Versicherungsleistungen erhielten die Versicherten Beitragsrückerstattungen. Diese sind in zwei Arten untergliedert: Zum einen erhalten Versicherte, die über einen bestimmten Zeitraum keine Rechnungen eingereicht haben, im vertraglich vereinbarten Um-

fang Beiträge erstattet, 2004 waren dies etwa 850 Mio. Euro (Vorjahr: 816,2 Mio. Euro). Zum anderen werden Mittel zur Abmilderung von Beitragserhöhungen verwendet, 2004 etwa 1,23 Mrd. Euro (Vorjahr: 1,17 Mrd. Euro). In der Pflegepflichtversicherung gab es 2004 keine Beitragsanpassung, weshalb hier nur rund 20 Mio. Euro (Vorjahr: 721,2 Mio. Euro) hinzukommen.

Kapitalrücklagen von über 90 Mrd. Euro

Damit die Beiträge nicht aufgrund des Älterwerdens der Versicherten steigen, führt die PKV aus den Beitragseinnahmen und den Kapitalerträgen umfangreiche Mittel der Alterungsrückstellung zu. In der Krankenversicherung ist dadurch bis Ende 2004 ein Kapitalstock in Höhe von rund 80 Mrd. Euro gebildet worden und in der Pflegepflichtversicherung von etwa 14 Mrd. Euro. Die gesamte Rückstellung stieg damit um rund 9 Mrd. Euro bzw. 10,6 Prozent auf rund 94 Mrd. Euro.

Die Gesamtaufwendungen, d.h. die Summe aus ausgezahlten Versicherungsleistungen, Veränderungen der Schadenrückstellungen, Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und Zuführung zur Alterungsrückstellung betragen im Jahr 2004 etwa 28,3 Mrd. Euro. *Er*

Ambulante Leistungen	+ 2,2 %
davon	
Arztbehandlung	+ 3,1 %
Heilpraktikerbehandlung	+ 8,5 %
Arzneien und Verbandmittel	- 0,7 %
Heilmittel	+ 4,1 %
Hilfsmittel	+ 0,4 %
Zahnleistungen	+ 2,6 %
davon	
Zahnbehandlung	- 0,5 %
Zahnersatz	+ 4,3 %
Kieferorthopädie	+ 9,9 %
Stationäre Leistungen	+ 2,9 %
davon	
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 5,6 %
Wahlleistung Unterkunft	- 2,5 %
Wahlleistung Arzt	+ 0,2 %
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 3,4 %
Insgesamt	+ 2,4 %

Privatversicherte sollen soziale Pflegeversicherung sanieren

Der Regierungsberater Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Uni Köln, hat behauptet, dass die defizitäre soziale Pflegeversicherung bis 2015 keine Finanzprobleme mehr hat, wenn die Privatversicherten ab 2006 in eine „Bürgerversicherung Pflege“ einzahlen. Den Befürwortern der Bürgerversicherung kommen die Zahlen gerade recht. Dabei haben die offensichtlichen Fehler, die Lauterbachs Untersuchung enthält, selbst bei manchem seiner Fans Kopfschütteln ausgelöst.

2004 gab die soziale Pflegeversicherung 820 Mio. Euro mehr aus, als sie durch Beiträge einnahm. Die Rücklagen aus den ersten drei Monaten der Pflegeversicherung, als Beiträge ohne Gegenleistung gezahlt wurden, sind spätestens 2008 verbraucht. Eine Ursache dafür ist die stetig wachsende Zahl der Pflegebedürftigen als Folge der Überalterung der Bevölkerung. Hinzu kommt, dass die Einnahmen der Kassen aus Beiträgen nicht oder nur geringfügig wachsen. Die private Pflegeversicherung hat dagegen Rücklagen von inzwischen 14 Mrd. Euro aufgebaut. Wie schön, sollte man meinen, dass wenigstens für die 9 Mio. Privatversicherten vorgesorgt ist, denn durch die gesetzlich vorgeschriebenen Rückstellungen sind die Privatversicherten nicht auf die Unterstützung künftiger Beitragszahlergenera-

tionen angewiesen und entlasten so die Sozialversicherungssysteme.

Zahlen Privatversicherte zu wenig?

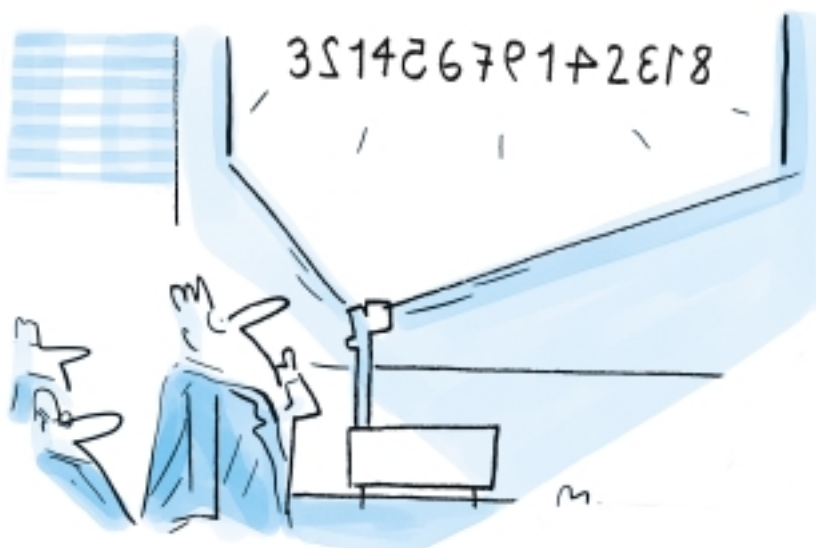
Nach Lauterbach allerdings steht die private Pflegeversicherung offenbar nur so gut da, weil sie auf Kosten der sozialen lebt. In seiner Untersuchung, veröffentlicht in der gewerkschaftsnahen Zeitschrift „Soziale Sicherheit“ (Heft 3/2005), konstatiert er eine „Schiefelage zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung“. Privatversicherte, die hohe Einkommen bezögen, zahlten wegen der günstigeren Risikostruktur niedrigere Beiträge als Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung. Dies sei eine Umkehrung des Solidarprinzips.

Prompt geißelt es Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in einem „Spiegel“-Interview

als ungerecht, dass privatversicherte Gutverdiener viel günstiger wegkommen als gesetzlich Versicherte. Dafür gebe es „absolut keinen Grund“. Dabei ist Lauterbachs Feststellung ebenso sinnlos wie falsch. Sinnlos deshalb, weil hier zwei völlig verschiedene Finanzierungsverfahren gegenüber gestellt werden, die nichts miteinander zu tun haben. Man kann nicht schlicht den Durchschnittsbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung mit dem in der privaten Pflegeversicherung vergleichen, um wie Lauterbach zu dem Schluss zu kommen, die private Versicherung sei auf Kosten der sozialen so erfolgreich. Wenn das zulässig wäre, hätte Lauterbach im Übrigen zum gegenteiligen Ergebnis kommen müssen. Tatsächlich ist es nämlich so, dass die Versicherten der privaten Pflegeversicherung im Durchschnitt keinen niedrigeren, sondern einen höheren Beitrag zahlen.

Beitrag der Beamten müsste auf 100 Prozent hochgerechnet werden

Der Denkfehler der Untersuchung liegt darin, dass bei der Berechnung nicht berücksichtigt worden ist, dass 55 % der Privatversicherten Beamte sind, die 70 % der Leistungen im Pflegefall vom Dienstherrn erhalten und sich deshalb nur für die verbleibenden 30 % versichern müssen. Dementsprechend zahlen sie geringere Beiträge als die Vollversicherten. Rechnet man den Versicherungsbeitrag der Beihilfeberechtigten auf 100 % hoch, ergibt sich in der privaten Pflegeversicherung ein monatlicher Durchschnittsbeitrag von 34,59 Euro gegenüber 19,64 Euro in der sozialen Pflegeversicherung. Richtig ist, dass der



Ein netter Vortrag. Doch bei genauerem Hinsehen hatten sich schon wieder einige Zahlen verdreht.

Beitrag in der privaten Pflegepflichtversicherung nicht vom Einkommen abhängig ist, sondern vom Eintrittsalter. Deshalb zahlt der 30jährige etwa 18 Euro Monatsbeitrag, während ältere Versicherte den Höchstbeitrag von 60 Euro im Monat bzw. 24 Euro für Beihilfeberechtigte zahlen. Die Altersgrenze, ab der dieser Höchstbeitrag zu zahlen ist, liegt derzeit bei 61 Jahren im Normaltarif und 59 Jahren im Beamtentarif.

Da das Pflegerisiko Älterer höher ist als das Jüngerer, die im Übrigen noch viele Jahrzehnte Zeit haben, die erforderlichen Rücklagen anzusammeln, muss bei risikogerechter Kalkulation der Beitrag unterschiedlich hoch sein. Anders als in der sozialen Pflegeversicherung tragen die Älteren durch ihre relativ hohen Beiträge mehr zum Beitragsaufkommen bei. Sie reduzieren dadurch den auch in der privaten Pflegeversicherung noch bestehenden Subventionsbedarf für die höheren Altersgruppen. Wenn man schon die Monatsbeiträge vergleichen will, muss man also feststellen, dass manche Privatversicherte mehr, andere weniger bezahlen als dies in der sozialen Pflegeversicherung der Fall wäre.

Beihilfefaktor erneut ignoriert

Der gleiche Denkfehler setzt sich beim Vergleich der Leistungsausgaben fort. So kann Lauterbach behaupten, dass, selbst wenn man annähme, dass die Verteilung

nach Alter und Geschlecht in beiden Systemen gleich wäre, die Privatversicherten nur ca. 30 % der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung verursachten. Antragstellung und Bewilligung seien in beiden Bereichen der Pflegeversicherung identisch geregelt; der Grund müsse also die prinzipiell geringere Pflegewahrscheinlichkeit der Privatversicherten sein. Auch bei dieser Berechnung wurde der „Beihilfefaktor“ offenbar ignoriert. Dabei ist der Anteil der Beihilfeberechtigten unter den Pflegebedürftigen der privaten Pflegeversicherung mit 78 % außerordentlich hoch, während sie nur etwas mehr als die Hälfte der Versicherten ausmachen.

Private nicht weniger pflegebedürftig

Um die wirklichen Leistungsaufwendungen für diese Gruppe zu ermitteln, müssten die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung für Beihilfebezieher auf 100 % hochgerechnet werden. Bei der von Lauterbach zusätzlich vorgenommenen Alters- und Geschlechtsadjustierung käme man dann vermutlich sogar zu Ausgaben, die über denen der sozialen Pflegeversicherung liegen. Dazu passt die Beobachtung, dass in der privaten Pflegeversicherung die höheren Pflegestufen stärker vertreten sind als in der SPV (siehe Tabelle). Tatsächlich liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass Privatversicherte prinzipiell seltener pflegebedürftig werden als Versicherte der sozialen Pflegeversicherung.

Dieser Fehler stellt den Wert der gesamten weiteren Berechnungen in Frage. So rechnet Lauterbach nach Einführung der Bürgerversicherung mit Mehrausgaben von 500 Mio. Euro (was bereits 90 Mio. Euro unter den Ausgaben der privaten Pflegeversicherung im Jahr 2004 läge), er geht aber gleichzeitig von einer Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber heute um 270 Mrd. Euro aus. Er unterstellt also, dass jeder privat Pflegeversicherte, einschließlich der Kinder, ein monatliches beitragspflichtiges Einkommen von 2.500 Euro in die Bürgerversicherung einbringen würde. Das dürfte erheblich zu hoch gegriffen sein, wenn man bedenkt, dass nur rd. 20 % der Versicherten der privaten Pflegeversicherung Angestellte mit einem Bruttoeinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 3.525 Euro im Monat sind. Dagegen gehören die 4,8 Mio. versicherten Beamten mit ihren Angehörigen – darunter etwa der pensionierte Briefzusteller oder der Polizeibeamte im mittleren Dienst – keineswegs alle zu den „Besserverdienenden“. Auch die Selbständigen sind nicht per se wohlhabend. Dazu schau man sich nur die Einkommen von Rechtsanwälten an, die oft deutlich unter denen von Facharbeitern liegen.

Lauterbachs Überlegungen führen in die Irre

Zu behaupten, die Privatversicherten könnten die Finanzprobleme der umlagefinanzierten Sozialversicherung lösen, führt in die Irre. Abgelenkt wird damit vom eigentlichen Problem der sozialen Pflegeversicherung, nämlich der fehlenden Vorsorge für die Kosten, die durch die Überalterung der Bevölkerung aufgrund des Geburtenrückgangs der letzten Jahrzehnte entstehen. Dies aber wird ab etwa 2030 zu stark steigenden Beitragssätzen führen, zumal dann, wenn die Dynamisierung der Leistungsbeträge wie geplant hinzukommt. Davon ist allerdings bei Lauterbach nichts zu lesen. Sein Betrachtungszeitraum endet im Jahr 2025.

Be

Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen (Ende 2003)

	ambulant		stationär	
	SPV*	PPV*	SPV*	PPV*
Stufe 1	57,2 %	50,8 %	38,7 %	27,0 %
Stufe 2	33,1 %	36,3 %	41,4 %	45,3 %
Stufe 3	9,6 %	12,9 %	19,8 %	27,7 %

* SPV = soziale Pflegeversicherung; PPV = private Pflegepflichtversicherung

Novellierung der GOZ endlich eingeleitet

Mitte vorigen Jahres hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) endlich die Initiative zur Überarbeitung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ergriffen. Zur fachlichen Vorbereitung der Novellierung wurde eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Beihilfe (Bund und Länder) und des PKV-Verbandes eingesetzt.

Die Vorarbeiten stellen sich als schwierig und langwierig dar, so dass die ursprüngliche Ablaufplanung (angestrebt wurde ein Inkrafttreten der GOZ-Novelle zum 1. Oktober 2005) sich sehr schnell als Illusion erwies. Fraglich ist, ob die Vorbereitung noch in diesem Jahr abgeschlossen werden kann. Außerdem dürfte für die Durchführung des folgenden „offiziellen“ Rechtsordnungsverfahrens (Regierungsentwurf, Anhörung, Kabinettsbeschluss, Zustimmung des Bundesrates) ein halbes Jahr zu veranschlagen sein.

Ministerium orientiert sich am BEMA

Wichtigster Punkt im Konzept des BMGS für die GOZ-Novelle ist eine (wohl möglichst enge) Orientierung am aktuellen BEMA (Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen), also an der Grundlage für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen innerhalb der GKV. Dabei geht es zum einen um die Abbildung des zahnärztlichen Leistungsspektrums in Form von Gebührenpositionen, zum anderen um die Übernahme der Bewertungsrelationen. Hintergrund dürfte die mit dem neuen Festzuschussystem in der GKV eher wachsende Bedeutung der GOZ auch für gesetzlich Versicherte sein (Stichwort: Mehrkostenregelung). Die Arbeitsgruppe soll sich zunächst mit der Darstellung des aktuellen Leistungsspektrums (also mit der Gestaltung des Gebührenverzeichnisses) befassen. Erst dann soll es nach dem Willen des Ministeriums um die im Allgemeinen Teil der GOZ (Paragraphenteil) enthaltenen grundsätzlichen Regelungen und insbesondere um die Honorierung der zahnärztlichen Leistungen gehen.

Diskussionsgrundlage sind Arbeitspapiere, die das Ministerium zur Verfügung stellt und die sich im wesentlichen in der Übernahme der entsprechenden Abschnitte des BEMA erschöpfen. Das Ministerium verfolgt das Ziel, in möglichst vielen Einzelpunkten einen Konsens herbeizuführen. Deshalb wurden die konfliktträchtigen Grundsatzfragen und der zentrale Punkt der Honorierung zunächst zurückgestellt. Diese Vorgehensweise ist einerseits nachvollziehbar, trägt aber andererseits – wie natürlich auch die grundsätzlich unterschiedliche Sichtweise von Zahnärzten und Kostenträgern – dazu bei, dass die Arbeit nur langsam vorangeht. An einer konstruktiven Mitarbeit der Kostenträgerseite fehlt es nicht. Schwerer tut sich da schon die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die insbesondere mit dem Grundansatz des BMGS (Orientierung am BEMA) Probleme hat.

BZÄK für freie Vertragsgestaltung

Grundlage für eine Anpassung und Weiterentwicklung des „Leistungskatalogs“ der GOZ ist aus Sicht der BZÄK das von der Zahnärzteschaft erarbeitete Konzept einer umfassenden Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, das den gegenwärtigen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft wiedergeben soll. Grundlage einer modernen Gebührenordnung müsse eine enge Orientierung am Stand der zahnärztlichen Wissenschaft sein. Da sich die Wissenschaft in stetigem Fluss befinde, erweise sich das Ordnungsverfahren als zu starr.

Eine Lösung dieses Problems sei nur möglich, wenn die Entwicklung des Leistungskataloges den jeweiligen Fachgesellschaften zur eigenverantwortlichen Formulierung übertragen werde.

Außerdem plädiert die BZÄK für einen Ausbau der freien Vertragsgestaltung. Die Möglichkeit, eine abweichende freie Vereinbarung zu schließen, stelle ein Grundprinzip einer Gebührenordnung dar. Für die Vergütung gehe das Bürgerliche Gesetzbuch davon aus, dass in erster Linie die Beteiligten die Höhe der Vergütung selbst durch eine Vereinbarung bestimmten. Nur wenn eine solche fehle, sei eine Taxe (die GOZ) als vereinbart anzusehen. Der Patient erhalte mit der individuellen Vereinbarung die Möglichkeit, eine beide Seiten bindende Vereinbarung zu treffen. Dies sei sowohl hinsichtlich des Preises, als auch hinsichtlich von Art und Umfang der Leistung verlässlich.

Zentraler Punkt im Forderungskatalog der BZÄK ist eine massive Erhöhung des GOZ-Punktwertes. Von 1988 bis 2002 seien die Preise für Dienstleistungen und Reparaturen um 47,9 %-Punkte gestiegen. Beziehe man diese Preissteigerung auf den GOZ-Punktwert, so müsste dieser im Jahre 2001 bereits 8,31 Cent (statt nach geltendem Recht rd. 5,6 Cent) betragen haben.

Schutzfunktion der GOZ würde ausgehebelt

Offensichtlich laufen die Vorstellungen der Zahnärzteschaft darauf hinaus, dem Verordnungsgeber das Heft aus der Hand

zu nehmen. Die Entwicklung des Leistungskataloges soll den medizinischen Fachgesellschaften übertragen und die freie Vertragsgestaltung, also ein Abweichen von den bindenden Regelungen der GOZ, quasi zum Regelfall werden. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Gebührenordnung ihre zentrale Funktion, also den Schutz des Patienten, nicht mehr erfüllen könnte. Denn die Reglementierung privatwirtschaftlichen Handelns (wozu auch die Vergütungsgestaltung gehört) durch eine amtliche Gebührenordnung ist letztlich verfassungsrechtlich nur vor dem Hintergrund zu rechtfertigen, dass es zwischen den Parteien des Behandlungsvertrages keine Parität gibt (der Zahnarzt ist aufgrund seiner Fachkompetenz in einer deutlich überlegenen Position) und die eine Partei, der Patient, daher schutzbedürftig ist. Nicht nur aufgrund des entschiedenen Widerstandes der Kostenträgerseite dürften diese Vorstellungen der Zahnärzteschaft daher keine Aussicht auf Realisierung haben.

Eckpunkte der PKV für eine GOZ-Novellierung

Aus Sicht der PKV gibt es angesichts des bestandsbereinigten Anstiegs der Leistungsausgaben im Bereich der zahnärztlichen Behandlung innerhalb von nur 10 Jahren (von 1991 bis 2001) um 48,7 % keinen Spielraum für eine Erhöhung des Gesamtvergütungsvolumens, der über die

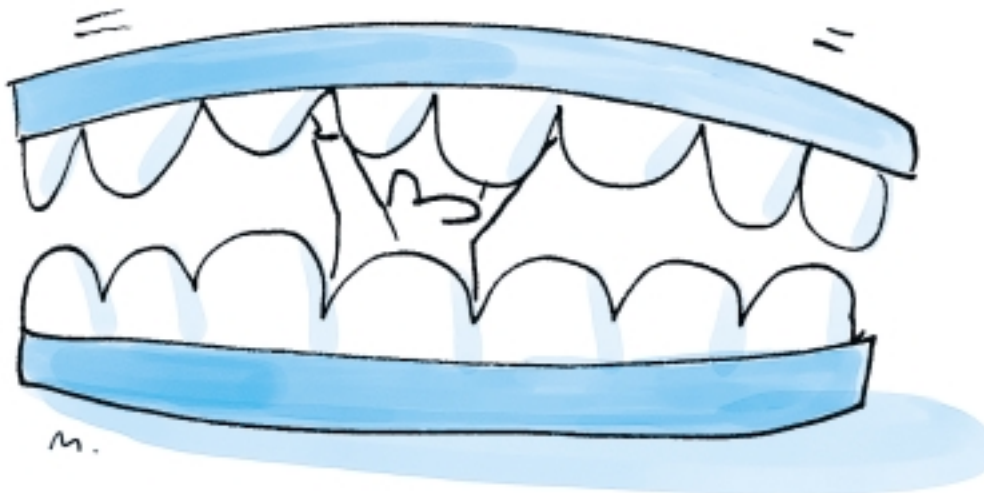
Angleichung des GOZ-Punktwertes an den Punktwert der GOÄ (rd. 5,83 Cent) hinausgeht. Denkbar sind natürlich Verschiebungen innerhalb der Vergütungsstruktur der Gebührenordnung.

Eine Orientierung am BEMA erscheint grundsätzlich möglich, jedenfalls hinsichtlich der zahnärztlichen Maßnahmen, die vom Leistungskatalog der GKV erfasst werden. Es ist nicht ersichtlich, warum ein bestimmtes zahnärztliches Tun bei der Umsetzung in Gebührenpositionen unterschiedlich dargestellt werden sollte. Da die GOZ – anders als der BEMA – das gesamte Spektrum zahnärztlicher Leistungen umfassen muss, stößt der Ansatz einer Orientierung am BEMA ohnehin in vielen Bereichen an seine natürlichen Grenzen. Bei der Grundsystematik des Gebührenverzeichnisses sollte versucht werden, so oft wie möglich Einzelleistungen in Komplexen zusammenzufassen. Damit kann insbesondere einer Ausweitung der Menge der erbrachten Leistungen entgegengewirkt werden. Dieses Problem ist zwar im Bereich der Zahnmedizin bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei der ärztlichen Behandlung, trotzdem ist aus Gründen der Transparenz (und der systematischen Parallelität zur GOÄ, bei der es zu einer Umstellung auf ein Komplexleistungssystem keine Alternativen gibt) auch in der GOZ die Bildung von Leistungskomplexen anzustreben, wo immer dies möglich ist.

Die in § 6 Abs. 1 GOZ vorgesehene partielle Zugriffsmöglichkeit des Zahnarztes auf die GOÄ führt in der Praxis immer wieder zur Verunsicherung, insbesondere wenn GOÄ-Gebührenpositionen auch noch analog angesetzt werden. Es spricht daher vieles dafür, das zahnärztliche Leistungsspektrum abschließend in der GOZ zu erfassen; zumindest muss aber ein Zugriff auf die GOÄ exakt eingegrenzt werden und sich auf solche Leistungen beschränken, die der Zahnarzt nur selten und wenn, dann in der gleichen Art und Weise erbringt wie ein Arzt.

Anreiz für Zahnarzt zu kostengünstigem Einkauf muss erhalten bleiben

Nach jahrelangem Streit hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 27. Mai 2004 (vgl. PKV Publik 7/2004, S. 82 f.) festgestellt, dass Material- und Gerätekosten grundsätzlich nach der Systematik der GOZ mit den Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten sind und nur in Ausnahmefällen, wenn dies in der Gebührenordnung ausdrücklich geregelt ist, als Auslagenersatz dem Patienten in Rechnung gestellt werden können. Diese Systematik (die sich von der der GOÄ unterscheidet – dort gilt ein umgekehrtes Regelausnahme-Verhältnis) bietet den Vorteil, den Zahnarzt dazu anzuhalten, preisbewusst einzukaufen. Die Möglichkeit, Sachkosten im Sinne von Auslagenersatz eins zu eins an den Patienten weiterzugeben, bietet keinerlei Anreiz, sich kostenbewusst zu verhalten. Aus Patientensicht ist es daher immanant wichtig, dass – entgegen einer Forderung der Zahnärzteschaft – die Auslagenersatzsystematik der alten GOZ erhalten bleibt. Wo eine gesonderte Berechnung von Sachkosten möglich bleiben soll, ist als Korrektiv festzulegen, dass als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen Kosten berechnet werden dürfen, soweit diese „angemessen“ sind. Eine solche Regelung enthält die GOZ bereits jetzt, in § 9 geht es aber nur um zahntechnische Leistungen.



In § 10 GOZ sind im Zusammenhang mit der Fälligkeit der zahnärztlichen Honorarforderung die Anforderungen an die Rechnungsstellung geregelt. Hier muss eine Angleichung an die Parallelregelung in der GOÄ (§ 12) erfolgen; insbesondere ist die Verpflichtung, der Rechnung einen Kostenbeleg beizufügen, auf alle Auslagen im Sinne der GOZ auszudehnen.

PKV für Öffnungsklausel

Die Regelung zur Honorarvereinbarung (§ 2 GOZ) ist an die Parallelregelung in der GOÄ (§ 2) anzugleichen, die der Verordnungsgeber 1996 unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BGH konkretisiert hat. Außerdem ist eine „Öffnungsklausel“ aufzunehmen, die es ermöglicht, auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen Zahnärzten (bzw. Gruppen von Zahnärzten, Verbänden u.a.) und Krankenversicherern (bzw. PKV-Verband) von den Vorgaben der Gebührenordnung abzuweichen. Ist die PKV Partei einer sol-

chen Vereinbarung, stellt sich die Situation im Hinblick auf die Parität der Vertragsparteien ganz anders dar, als im Falle einer Honorarvereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient. Der Patientenschutz ist nicht gefährdet, vielmehr eröffnen sich Möglichkeiten für innovative Tarifgestaltungen, für die sich der Versicherte entscheiden kann, aber natürlich nicht muss.

In der amtlichen Begründung zur GOZ heißt es: „Es ist davon auszugehen, dass auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labore und Praxislabore unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, da dies nicht angemessen wäre. Es bleibt abzuwarten, ob längerfristig ergänzende Regelungen für zahntechnische Leistungen notwendig werden.“ Da in der Praxis der gesetzgeberische Wille weitgehend unbeachtet bleibt, bedarf es solcher „ergänzender Regelungen“ zum

„Angemessenheitsgebot“ beim Auslagenersatz für zahntechnische Leistungen.

GOZ muss ihre Schutzfunktion weiterhin erfüllen

Es ist zu begrüßen, dass der Einstieg in die längst überfällige Novellierung der GOZ endlich erfolgt ist. Es bedarf des guten Willens der Beteiligten und einer stringenten Verhandlungsführung des BMGS, soll das Novellierungsverfahren nicht zu einer „unendlichen Geschichte“ werden. Die PKV wird auch weiterhin in der Arbeitsgruppe konstruktiv mitarbeiten. Der Verordnungsgeber ist aufgerufen, darauf zu achten, dass die GOZ ihre Schutzfunktion im Hinblick auf die Patienteninteressen erfüllt. Dies gilt vor allem angesichts der zunehmenden Bedeutung dieser privatrechtlichen Abrechnungsgrundlage auch im Verhältnis von Zahnarzt und gesetzlich versichertem Patienten. Der Bundesrat hat eine Kontrollfunktion, die er auch in diesem Sinne nutzen sollte. *Mi*

Zwanzigjähriges Bestehen des Deutschen Instituts für rationale Medizin

Elektronische Datenverarbeitung bereichert die Medizin auf unterschiedlichen Gebieten. Vor zwanzig Jahren wurde das Deutsche Institut für rationale Medizin (DIRM) gegründet. Die Stiftung soll die medizinische Forschung insbesondere auf dem Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung im Interesse der Versorgung der Bevölkerung fördern.

Das Deutsche Institut für rationale Medizin (DIRM) wurde 1985 vom Verband der privaten Krankenversicherung als rechtsfähige, gemeinnützige Stiftung gegründet. Die medizinische Forschung soll insbesondere auf dem Gebiet der elektronischen Datenverarbeitung im Interesse der Versorgung der Bevölkerung gefördert werden. Förderanträge haben den hierfür allgemein üblichen formalen Anforderungen zu genügen. Das Kuratorium entscheidet über die Vergabe von Fördermitteln. Seine Mitglieder werden von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Ärzte

Deutschlands (Hartmannbund), dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow) und dem PKV-Verband berufen. Derzeitiger und langjähriger Vorsitzender des Kuratoriums ist Dr. Maximilian Zöllner (NAV-Virchow).

Alle Medizinbereiche sind ohne EDV heute nicht mehr vorstellbar

Die Formulierung des Stiftungszwecks hat sich in der Zwischenzeit als zukunftsweisend erwiesen: Moderne Medizin ist ohne elektronische Datenverarbeitung nicht mehr denkbar, weder in der Versorgung

noch in der Forschung. Ein aktuelles Beispiel bietet das neue Krankenhausentgeltssystem (DRG-System): Ohne spezifische Software (sog. Grouper) wäre es in der Praxis unmöglich, die Behandlungsfälle mit den Diagnose-Kodes und Prozeduren-Kodes eindeutig einer Fallgruppe zuzuordnen. Umgekehrt dienen Datenverarbeitungsprogramme den Kostenträgern zur Rechnungsprüfung. Versicherte können anhand der auf der Rechnung enthaltenen Informationen die Korrektheit der Rechnung im Internet nachvollziehen. Der PKV-Verband hat zur Prüfung ärztlicher Privatliquidationen (gemäß der Ge-

bühnenordnung für Ärzte) im Internet (www.derprivatpatient.de) unter anderem eine Prüfsoftware bereit gestellt.

Datenbanken als Voraussetzung für evidenzbasierte Medizin

Ähnliches gilt für die Wissenschaft. Die evidenzbasierte Medizin setzt voraus, dass die wissenschaftliche Literatur in Datenbanken kontinuierlich erfasst wird. Als höchst erreichbarer Evidenzgrad gelten grundsätzlich sog. Meta-Analysen möglichst aller zu einer konkreten Frage jemals durchgeführten Untersuchungen. Ein Beispiel für eine solche Datenbank bietet - im Internet frei zugänglich - Medline, erreichbar z.B. über das Deutsche Institut für Medizinische Information und Dokumentation (www.dimdi.de) des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Die vorhandene wissenschaftliche Evidenz ist die Grundlage für die Formulierung von Behandlungs- und Versorgungsleitlinien. Solche Leitlinien bieten dem Arzt die Möglichkeit, die beste vorhandene Evidenz zum Nutzen des Kranken der Behandlung zugrunde zu legen. Damit tragen sie dazu bei, den Anspruch des Kranken auf eine Therapie entsprechend dem Stand der Wissenschaft durchzusetzen. Speziell für Laien aufbereitete Leitlinien-Versionen erlauben es dem Patienten, dies selbst nachzuvollziehen. Dabei kann von einer Leitlinie sehr wohl abgewichen werden, wenn besondere Bedingungen auf Seiten des Kranken dies geboten erscheinen lassen. Dann muss - mit entsprechender Begründung - sogar abgewichen werden. Die Behandlung wird also rational nachvollziehbar, transparent. Damit gewinnen Leitlinien auch zunehmend haftungsrechtliche Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund fördert das DIRM seit einigen Jahren das Projekt „Wissensnetzwerk von evidenzbasierten Leitlinien

für Ärzte und Patienten“ (www.evidence.de), eine Einrichtung der Universität Witten/Herdecke. Dieses Projekt stellt den internationalen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (Evidenz) für Ärzte und Patienten im Internet bereit. Damit entspricht das Projekt u.a. der Forderung, die Voraussetzungen für autonome Patiententscheidungen („shared decision making“, „empowerment“, Partizipation) zu schaffen. Um das neue Wissen bei den Ärzten zu verankern, wird im Internet (www.medizinerwissen.de) eine interaktive, evidenzbasierte und leitlinienorientierte - von der Ärztekammer zertifizierte - Fortbildung angeboten.

Projekt „Narkoseführung bei Kleinkindern“

Ein anderes Beispiel aus der Förderung des DIRM bietet das Projekt „Narkoseführung bei Kleinkindern“. Hier wurde an der Universität Kiel eine automatisierte Analyse der Hirnströme (EEG) entwickelt, um die Dosierung des intravenös applizierten Narkosemittels zu optimieren und insbesondere bei Kindern Überdosierungen zu vermeiden und dadurch die Nebenwirkungen und Komplikationsrisiken zu minimieren. Als medizinisch wie auch ökonomisch willkommener Nebeneffekt vermindert diese EEG-gesteuerte Narkose den Überwachungsbedarf und die Verweildauer auf der Intensivstation.

Diese Beispiele illustrieren, auf welchen unterschiedlichen Gebieten elektronische Datenverarbeitung die Medizin bereichert. Sie illustrieren auch, dass die Stifter des DIRM vor zwanzig Jahren den Stiftungszweck gut gewählt haben. Sie illustrieren schließlich, dass das Kuratorium gute Projekte als förderungswürdig erkannt hat.

Impressum

Herausgeber:

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

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Ulrike Pott

Produktion: Karin Held

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Andreas Besche, Sabine Erbar, Prof. Dr. Jürgen Fritze,
Jürgen Miebach, Sibylle Sahmer

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag: Versicherungswirtschaft GmbH

Klosterstr. 20-24, 76137 Karlsruhe

Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand
und Mehrwertsteuer

ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.06.2005.