

„Reformieren, nicht zerschlagen“

Die PKV will auf der Basis der jetzigen Systemstrukturen einen zukunftssicheren, generationengerechten und bezahlbaren Versicherungsschutz für alle gewährleisten. Dafür stellt das PKV-Reformkonzept den gesetzlichen Leistungskatalog auf den Prüfstand und zeigt Wege für mehr Wettbewerb, Wahlfreiheit und Kapitaldeckung im Gesundheitssystem auf.

> Seite 66

PKV-Vorstand wieder gewählt

Reinhold Schulte steht für weitere drei Jahre an der Spitze des Verbandes. Auch die übrigen Vorstandsmitglieder sowie der PKV-Hauptausschuss wurden im Zuge der Mitgliederversammlung im Amt bestätigt.

> Seite 65

Kirchhof-Plädoyer gegen Bürgerversicherung und Umlage

Nach Einschätzung des früheren Bundesverfassungsrichters Prof. Dr. Paul Kirchhof verstößt die Bürgerversicherung gegen das Grundgesetz. Anlässlich der PKV-Mitgliederversammlung plädierte Kirchhof für den Erhalt der privaten Krankenversicherung sowie für mehr Eigenverantwortung der Bundesbürger.

> Seite 69

Zehn Jahre Medicproof

Die Einführung der Pflegeversicherung 1994 machte die Begutachtung der Bedürftigen durch einen unabhängigen medizinischen Dienst notwendig. Für die private Pflegeversicherung übernahm die Medicproof GmbH diese Aufgabe.

> Seite 70

Weitere Themen in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln > Seite 62 +++
100 Jahre Debeka > Seite 71 +++ Persönliches +++
Impressum > Seite 72



PKV legt eigenes Reformkonzept zur Krankenversicherung vor

„Reformieren, nicht zerschlagen“ – unter diesem Leitmotiv plädieren die privaten Krankenversicherer für eine demografiefeste, generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens. Das anlässlich der PKV-Mitgliederversammlung am 15. Juni vorgestellte Konzept legt dar, wie das bewährte miteinander von umlagefinanzierter gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und kapitalgedeckter PKV zukunftsorientiert weiterentwickelt werden kann. Die PKV-Vorschläge zeigen, dass

nachhaltige Reformen im bestehenden System möglich sind. Anders als bei Bürgerversicherung oder Gesundheitssprämie wird hier auch die Leistungsseite auf den Prüfstand gestellt. Danach ist ein GKV-Beitragssatz von unter 9,5 statt derzeit über 14 Prozent möglich. Die GKV-Versicherten gewinnen damit einen spürbaren Spielraum für die private Absicherung. Durch die notwendige Ausweitung der Kapitaldeckung wird die GKV auch in der demografischen Spitze finanzierbar.

Brief aus Berlin und Köln



„Murks contra Marx – Ob Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung: Keine der Volksparteien hat ein plausibles Konzept für eine Gesundheitsreform“ – so titelte der Spiegel in seiner Ausgabe vom 30. Mai 2005. Und das Magazin liegt mit seiner Kurzanalyse richtig. Mit Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie werden radikale Reformkonzepte für das Gesundheitswesen zum politischen Programm erhoben, die ausschließlich an der Finanzierungsseite ansetzen, den Leistungskatalog und die Ausgabenseite ausklammern und auch auf der Finanzierungsseite keine Antwort auf die Frage geben, wie der durch die demografische Entwicklung verstärkten Ausgabendynamik in der Zukunft begegnet werden kann. Beide Modelle etablieren neue Bürokratien und brechen mit bewährten Systemstrukturen. Es dürfte kaum gelingen, die Bevölkerung für Reformmodelle zu gewinnen, die unser – gerade auch im internationalen Vergleich – alles in allem sehr gut funktionierendes Gesundheitswesen zerschlagen. Ergebnis beider Modelle wäre ein Gesundheitssystem, das unter großem Staatseinfluss steht, in dem es keinen effizienzfördernden Wettbewerb mehr gibt, in dem die Freiheitsgrade von Versicherten, Leistungserbringern und Versicherern nicht gestärkt, sondern im Ergebnis beschnitten werden.

Vielleicht haben die Autoren der jetzt vor-

gestellten Wahlprogramme diese mögliche Entwicklung vor Augen gehabt, als sie ihre Vorstellungen zur Gesundheitspolitik nur in Eckpunkten, die zudem in weiten Teilen sehr vage sind, beschrieben haben.

Realitätsbezogene Gesundheitsreform als Kurs künftiger Politik

Damit ist die Tür für eine realitätsbezogene Gesundheitsreform in der nächsten Legislaturperiode noch nicht ganz zugeschlagen. Eine Gesundheitsreform, die die tatsächlichen Probleme der Gegenwart und die unabweisbar auf uns zukommenden Zukunftsprobleme löst, die die Akteure einbindet und die Bevölkerung mitnimmt, kann nur eine Gesundheitsreform sein, die auf Basis bestehender Systemstrukturen aufbaut. Dabei sollte der Grundsatz gelten: Bewährtes bewahren und gleichzeitig die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen durch mutige Reformen angehen.

Was heißt „Bewährtes bewahren“? Dazu zählt, die Koexistenz von GKV und PKV zu erhalten und zu stärken. Dazu zählt, den vorhandenen Wettbewerb auszubauen, die Freiberuflichkeit der Ärzte ebenso zu erhalten und zu stärken wie die Wahlmöglichkeiten auf Seiten der Versicherten.

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen (an)erkennen und angehen

„Mutig zu reformieren“ heißt, die aktuellen

und zukünftigen Herausforderungen anzuerkennen und darauf heute zu reagieren. Die demografische Entwicklung verlangt, dass die umlagefinanzierte GKV auf ihre Kernaufgaben konzentriert und die demografiefeste kapitalgedeckte Finanzierung in der privaten Krankenversicherung gestärkt wird. Eine in diesem Sinne nachhaltige Reformpolitik muss deshalb auch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Prüfstand stellen. Zwangsbeiträge zu erheben bedeutet, dass jede Leistung im Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung begründet werden muss.

Für ein neues Miteinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat der PKV-Verband auf seiner Mitgliederversammlung Vorschläge gemacht (vgl. dazu die Ausführungen auf den folgenden Seiten). Das PKV-Konzept beinhaltet, dass der GKV-Leistungskatalog auf das medizinisch Notwendige konzentriert wird, dass bestimmte Leistungen gar nicht mehr über Zwangsbeiträge finanziert werden und dass andere Leistungen – Zahnersatz und Zahnbehandlung, private Unfälle und Krankengeld – im demografiefesten System der privaten Krankenversicherung kapitalgedeckt finanziert werden.

Als weitere Maßnahme schlägt der PKV-Verband vor, mit einer Reduktion der Ver-

sicherungspflichtgrenze und mit ihrem Angebot eines Basistarifs an alle freiwillig Versicherten mehr Menschen im kapitalgedeckten System der privaten Krankenversicherung abzusichern. Nur mit diesen beiden Maßnahmen wird erreicht, dass die GKV auch in der Spitze der demografischen Belastung finanzierbar bleibt, dass unsere Kinder und Enkel später nicht überfordert werden und die Bevölkerung auch in Zukunft auf ein leistungsfähiges, wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen mit Freiheitsgraden auf allen Seiten vertrauen kann.

Parteiübergreifende Forderung nach mehr Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

Dass die demografische Entwicklung unser Sozialsystem vor größte Herausforderungen stellt, ist mittlerweile in Politik und Gesellschaft anerkannt. In der gesetzlichen Rentenversicherung wurde darauf mit einer Senkung des Rentenniveaus und einer Förderung der kapitalgedeckten privaten Altersvorsorge reagiert. Auch in der Pflegeversicherung hat die Politik zwischen-

zeitlich eingesehen, dass eine langfristig tragfähige Finanzierung nur durch mehr Kapitaldeckung sichergestellt werden kann. Bereits seit längerem liegen Forderungen nach einer Stärkung der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung von CDU/CSU, von FDP und Bündnis90/Die Grünen vor. Nun hat auch die SPD sich für eine neue Balance von Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung mit dem Ziel einer Stärkung der Kapitalfundierung ausgesprochen. Dies ist ein bemerkenswerter Schritt – wird damit doch anerkannt, dass ein Ausbau der Umlagefinanzierung die falsche Antwort auf die demografische Herausforderung ist. Umso erstaunlicher, dass dieser Zusammenhang im Bereich der Krankenversicherung geleugnet wird. Doch immerhin: Die Positionierung der SPD lässt hoffen, dass in der nächsten Legislaturperiode eine Reform der Pflegeversicherung erfolgen kann, die eine Begrenzung der Umlagefinanzierung und eine Stärkung der Kapitaldeckung vorsieht. Der PKV-Verband hat hierfür ein viel beachtetes Konzept vorgelegt, das in Politik und Öff-

fentlichkeit auf große Resonanz gestoßen ist (vgl. Ausgabe PKV Publik 03/05). Dabei muss allerdings allen Beteiligten klar sein, dass Kapitalbildung in der öffentlichen Hand nicht weiterhilft. Denn dort sind die angesammelten Gelder nicht zugriffssicher. Dies kann man ja derzeit gerade in der Pflegeversicherung selbst beobachten, wo die Rücklage täglich angezapft und bereits in kurzer Frist aufgebraucht sein wird.

Die private Krankenversicherung ist mit der Erarbeitung von langfristig tragfähigen Reformvorschlägen für die Kranken- und die Pflegeversicherung, die von der gesamten Branche getragen werden, ihrer gesellschafts- und gesundheitspolitischen Verantwortung für die nächste Legislaturperiode gerecht geworden. Die PKV steht der neuen Bundesregierung bei den unaufschiebbaren Reformen als kompetenter Gesprächspartner zur Verfügung. Die PKV ist bereit, für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mehr Verantwortung zu übernehmen. *L*



Mitgliederversammlung 2005: PKV legt pünktlich zum Wahlkampf eigenes Reformkonzept zur Krankenversicherung vor

Was bei der Planung der PKV-Mitgliederversammlung 2005 noch niemand ahnen konnte: Durch das voraussichtliche Vorziehen der Bundestagswahl auf September 2005 fiel das diesjährige Spitzentreffen mitten in den aufziehenden Wahlkampf. Während die Parteien zu diesem Zeitpunkt noch über ihre Programme und Manifeste berieten, präsentierten die privaten Krankenversicherer ihr Reformkonzept zur Krankenversicherung.

Unter dem Titel „Reformieren, nicht zerschlagen“ hat der PKV-Verband ein tragfähiges, generationengerechtes Reformkonzept für die Krankenversicherung vorgelegt. „Wir haben in der nun entstandenen Phase des Entscheidungsdrucks auch gute Chancen, unsere Vorstellungen zu politischer Wirkung zu bringen“, so der Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte.

Das PKV-Konzept zeigt auf, wie das bewährte Miteinander von umlagefinanzierter gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und kapitalgedeckter PKV weiterentwickelt werden kann. Die PKV-Reformvorschläge belegen, dass nachhaltige Reformen im bestehenden System möglich sind. Anders als bei Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie wird hier auch die Leistungsseite auf den Prüfstand gestellt. Danach ist ein GKV-Beitragssatz von unter 9,5 statt derzeit über 14 Prozent möglich. Die GKV-Versicherten gewinnen damit einen spürbaren Spielraum für die private Absicherung. Durch die notwendige Ausweitung der Kapitaldeckung bleibt die GKV auch in der demografischen Spitze finanzierbar. (Einzelheiten des PKV-Konzeptes auf Seite 66.)

„Um die sehr gute gesundheitliche Breitenversorgung in Deutschland zu sichern“, so das Fazit von Verbandschef Schulte, „brauchen wir keine Zerschlagung des bisherigen Systems, sondern eine Optimierung der Koexistenz von PKV und GKV. Bürgerversicherung und Pauschalprämie – beides bürokratische Monster mit großem



Der alte und neue Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte

Staatseinfluss – lösen kein einziges strukturelles Problem in der GKV. Ganz im Gegenteil: Indem sie die Herausforderung der demografischen Entwicklung negieren, schaffen sie zusätzliche Probleme und belasten unsere Kinder und nachwachsenden Generationen mit steigenden Kosten. Die Unterdeckung der Krankenversicherung der Rentner, für die die jüngere Generation – und die Arbeitgeber – schon heute einspringen müssen, beträgt derzeit in der GKV etwa 36 Milliarden Euro. Rentner zahlen heute nur noch gut 41 Prozent ihrer Gesundheitsausgaben durch eigene Beiträge. Damit ist die Geschäftsgrundlage

der Umlagefinanzierung ins Wanken geraten und wir müssen umdenken. Die Verlässlichkeit sozialpolitischer Sicherungssysteme ist heute nur durch mehr Kapitaldeckung zu erreichen.“

Verfassungsrechtlich untermauert wurden die Ausführungen des Verbandsvorsitzenden durch den einleitenden Gastvortrag von Prof. Dr. Paul Kirchhof. Der ehemalige Bundesverfassungsrichter kam zu dem Schluss, dass insbesondere die Bürgerversicherung gegen das Grundgesetz verstoßen würde, da sie unverhältnismäßig in die Eigentumsrechte der Versicherten sowie

die Berufsfreiheit der Unternehmen eingreife. Aber auch der Pauschalprämie steht Kirchhof skeptisch gegenüber: „Wir sollten uns bewusst machen, dass die staatlich gewünschte Sicherheit in der privaten Versicherung mit Kapitalstock besser aufgehoben ist als im öffentlichen Umlageverfahren.“ (Ausführliche Auszüge aus dem Vortrag von Prof. Dr. Kirchhof ab Seite 69.)

Gastredner der politischen Parteien rundeten das Programm der diesjährigen Mitgliederversammlung ab. Der stellvertretende Fraktionssprecher von CDU/CSU Wolfgang Zöllner legte dar, welche gesundheitspolitischen Ziele die Union mit der Gesundheitsprämie verfolgt. Daneben sprach er sich für mehr Eigenverantwortung und mehr Wachstum des Gesundheitsmarktes durch weniger staatliche Vorschriften aus. Für die PKV sieht er dabei eine zunehmende Bedeutung. Die Union sei offen für weitere Gespräche mit den privaten Krankenversicherern. Der FDP-Parteivorsitzende Dr. Guido Westerwelle

sprach sich klar für die Prinzipien Eigenvorsorge und Kapitaldeckung in der Krankenversicherung aus. Er plädierte für ein privates Versicherungsmodell mit einer Pflicht zur Versicherung für alle. Auch die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis90/Die Grünen Birgit Bender war der Einladung des PKV-Verbandes gefolgt und erläuterte den Teilnehmern die Eckpunkte des grünen Bürgerversicherungskonzeptes. Sie stellte dabei vor allem auf die – aus ihrer Sicht – fehlende Solidarität bei der heutigen Zweiteilung von GKV und PKV ab. (Auszüge aus den Gastreden ab Seite 67.)

Ihre Teilnahme kurzfristig abgesagt hatte dagegen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. PKV-Verbandsvorsitzender Schulte bezog gleichwohl Stellung zu der von der Ministerin erklärten Absicht, die private Pflegeversicherung wie die gesetzliche Pflegeversicherung auszugestalten: „Niemand würde gewinnen, wenn die gesunde private Pflegeversicherung in die reformbedürftige soziale Pflegeversicherung

überführt würde. Ein solcher Vorschlag ist ordnungspolitisch verfehlt, er ist wirtschaftlich unsinnig und trifft auf verfassungsrechtlich unüberwindbare Hürden. Und er bedeutet eine Vorsorgefalle für die neun Millionen Menschen, die sich mit ihren Beiträgen in dem demografiefesten System der privaten Pflegeversicherung verlässlich abgesichert und bereits 14 Mrd. Euro Rücklage gebildet haben.“

Reinhold Schulte trat nochmals entschlossen dem bisweilen erhobenen Vorwurf entgegen, die PKV konzentriere sich auf einkommenskräftige und risikoarme Bevölkerungsgruppen und entziehe sich damit der Solidarität im Gesundheitswesen. Er wies auf die Überzahlungen in Höhe von zuletzt 8,5 Mrd. Euro jährlich hin, mit denen die privat Versicherten das medizinische Versorgungssystem stützen. Außerdem erinnerte der Verbandsvorsitzende an die Bereitschaft der Versicherungsunternehmen, die Aufnahme in die PKV und den Wechsel zwischen den Trägern zu vereinfachen: „Jeder freiwillig GKV-Versicherte soll die Möglichkeit haben, bis zum 55. Lebensjahr in einen Basisschutz der PKV wechseln zu können, der mindestens vergleichbar mit dem Leistungsrahmen der GKV ist. Wir würden uns verpflichten, alle Wechselwilligen aufzunehmen, auch solche mit erheblichen Vorerkrankungen – ohne Risikozuschlag. Und: Jeder neu im Basisschutz Versicherte soll künftig das Recht haben, jederzeit unter Einhaltung der üblichen Kündigungsfristen von einem Unternehmen zu einem anderen wechseln zu können – und dies nachteilsfrei.“

Die Mitgliederversammlung wählte die Mitglieder des Hauptausschusses erneut ins Amt. Diese wiederum bestätigten den Vorstand, an dessen Spitze auch in den kommenden drei Jahren Reinhold Schulte stehen wird. Die nächste PKV-Mitgliederversammlung findet Ende Mai 2006 wieder in Berlin statt.

SC



Der wiedergewählte Vorstand v.l.n.r.: Uwe Laue, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow, Dr. Ulrich Rumm, Reinhold Schulte, Josef Beutelmann, Dr. Volker Leienbach, Günter Dibbern

„Reformieren, nicht zerschlagen!“

Ziel des PKV-Reformkonzeptes ist es, auf Basis einer optimierten Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung einen zukunftssicheren, generationengerechten und bezahlbaren Versicherungsschutz für alle zu gewährleisten. Bei Umsetzung des Konzeptes könnten die Beiträge in der GKV um ca. 4,8 Prozentpunkte gesenkt werden.

Das PKV-Modell sieht vor, die umlagefinanzierte GKV auf ihre Kernaufgaben zu begrenzen und die angesichts der demografischen Entwicklung notwendige Kapitaldeckung auszuweiten. Im derzeitigen Leistungskatalog der GKV bieten sich drei Bereiche besonders zur Eigenvorsorge an: Private Unfälle, Krankengeld sowie Zahnbehandlung und Zahnersatz können – freiwillig oder obligatorisch – sachgerecht und demografiefest über die PKV abgesichert werden. Durch eine Ausgliederung dieser drei Leistungsbereiche würde die GKV sofort um rund 28 Mrd. Euro entlastet. Damit könnte der Beitrag um ca. 2,9 Prozentpunkte sinken.

Daneben gehören weitere Leistungsarten

der GKV hinterfragt: Satzungsleistungen, wie z.B. Kuren, sind sachgerecht privat zu finanzieren. Versicherungsfremde Leistungen sollten konsequenterweise vollständig aus dem Leistungskatalog herausgenommen und – wo nötig – steuerfinanziert werden. Auch die heutige Zuzahlungsregelung ist neu zu gestalten, zumal die Selbstbeteiligung in der GKV im internationalen Vergleich sehr niedrig ausfällt. Eine stärkere Eigenbeteiligung der Versicherten könnte ihre ausgabensteuernde Wirkung entfalten, ohne den Kernbestand des medizinisch Notwendigen zu gefährden. Diese Maßnahmen würden die GKV um weitere rund 6,9 Mrd. Euro entlasten, was einer Beitragssatzsenkung von etwa 0,7 Prozentpunkten entspricht.

Damit mehr Menschen eine kapitalgedeckte private Krankenversicherung abschließen können, muss die Wahlfreiheit für die Versicherten erweitert werden. Voraussetzung dafür ist eine deutliche Absenkung der Versicherungspflichtgrenze – mindestens auf den Stand vor ihrer drastischen Anhebung Anfang 2003. Auch dies ist ein unverzichtbarer Beitrag zur Generationengerechtigkeit. Denn bereits heute leisten die Privatversicherten einen überproportionalen Finanzierungsanteil für das Gesundheitswesen von jährlich rd. 8,5 Mrd. Euro. Wird die Versicherungspflichtgrenze gesenkt und damit mehr Menschen ermöglicht, sich privat zu versichern, erhöht sich dieser Finanzierungsanteil – zum Nutzen aller.

Die finanziellen Auswirkungen des PKV-Reformkonzeptes für die gesetzliche Krankenversicherung

Ausgaben der GKV (2004)	139.900.000.000 €
Ausgliederung Krankengeld	– 6.400.000.000 €
Ausgliederung Zahnbehandlung	– 7.700.000.000 €
Ausgliederung Zahnersatz	– 3.600.000.000 €
Ausgliederung Privater Unfälle	– 10.400.000.000 €
Streichung versicherungsfremder Leistungen	– 1.600.000.000 €
Ausweitung von Zuzahlungen	– 1.500.000.000 €
Überprüfung des Leistungskatalogs	
– Streichung von Satzungsleistungen	– 3.800.000.000 €
Ausgabenrahmen (gesamt)	105.000.000.000 €
Finanzierung der Kinderversicherung über Steuern	– 10.100.000.000 €
Zusätzliche Beitragseinnahmen durch Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	– 1.100.000.000 €
Grundfinanzierungsvolumen über Beiträge	93.800.000.000 €
Effizienzreserven durch mehr Wettbewerb	xxx ¹
Beitragsrelevant	93.800.000.000 €

¹ Eine 2004 vom Rheinisch-Westfälischen-Institut für Wirtschaftsforschung veröffentlichte Studie sieht durch Struktur-reformen im deutschen Gesundheitswesen ein Potential für ein jährliches Einsparvolumen von 7,5 bis 10 Mrd. €.



Familien- und Kinderförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Sie sollten deshalb nicht über Beiträge, sondern durch die öffentlichen Haushalte getragen werden. Systemgerecht wäre ein steuerfinanzierter Beitrag für Kinder in GKV und PKV. Überdacht gehört auch die beitragsfreie Familienmitversicherung: Nicht berufstätige, kinderlose und nicht pflegende Ehepartner sollten künftig einen eigenen Beitrag in die GKV zahlen. Aus diesen beiden Maßnahmen resultiert insgesamt eine Beitragssatzsenkung von etwa 1,2 Beitragssatzpunkten.

Um den Arbeitsmarkt nicht weiter mit steigenden Lohnzusatzkosten zu belasten, spricht sich der PKV-Verband für eine Abkoppelung des Anstiegs der Gesundheitskosten von den Lohnkosten aus. Dies gelingt durch eine Festschreibung des Arbeitgeberzuschusses, über dessen Höhe politisch zu entscheiden ist. SC

„PKV erhält bei Prämienmodell mehr Bedeutung“

Wolfgang Zöller, MdB, stellv. Fraktionsvorsitzender der CDU/CSU

Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion folgte der Mitgliederversammlung getreu dem Leitspruch seines Vaters „Gott gab Dir nur einen Mund, aber zwei Ohren.“ Zöller hörte zu – mit Gewinn, wie er bekannte. Doch auch die Ausführungen des Unionsfraktionsvize waren informativ:

„Die Diskussionen der letzten Jahre haben gezeigt, dass wir keine Versorgungskrise, sondern eine Finanzierungskrise haben. Mit der solidarischen Gesundheitsprämie wollen wir erreichen, dass die Gesundheitskosten zumindest teilweise von den Arbeitskosten entkoppelt werden. Das hat den Vorteil, dass steigende Gesundheitskosten dann nicht mehr automatisch zu höheren Arbeitskosten führen und Arbeitsplätze gefährden. Diese Form der Finanzierung soll auch zu mehr Wettbewerb zwischen den Kassen um eine bessere Effizienz im Gesundheitswesen führen.“

Damit die Finanzierung niemanden überfordert, haben wir einen sozialen Aus-

gleich für Bezieher niedriger Einkommen vorgesehen. Leistungen, die mit dem Gesundheitssystem nicht unmittelbar zu tun haben, wie etwa die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder, sind Leistungen der Allgemeinheit und müssen daher nicht durch Beiträge, sondern über Steuern bezahlt werden. Langfristig gehören alle versicherungsfremden Leistungen aus dem Gesundheitsbereich herausgenommen.

Unbestritten ist, dass wir künftig mehr Eigenverantwortung tragen müssen, und das heißt nicht nur Zuzahlung. Eigenverantwortung heißt auch ein Stück Mitverantwortung: Es kann nicht sein, dass sich jeder ohne Rücksicht auf die gesundheitlichen Folgen und zu Lasten der Solidargemeinschaft verhält.

Die Union will ihr neues, zukunftsfähiges System der Krankenversicherung nicht nur unter dem Aspekt einer gesicherten, qualitativ hochwertigen Versorgung der Menschen verstanden wissen, sondern auch als Abbau von Behinderungen des Gesund-



Wolfgang Zöller

heitsmarktes. Warum soll dieser mit seinen 4,2 Millionen Beschäftigten nicht noch weiter wachsen können, wenn wir ihn von staatlichen Vorschriften befreien?

In diesem Modell behält dann auch die private Krankenversicherung nicht nur ihren Platz, sondern sie wird Teilnehmer am Wettbewerb und dabei sogar eine zunehmende Bedeutung erhalten. Eine Änderung der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie von der Koalition vorgeschlagen, lehnen wir ab. Ordnungspolitisch wäre es viel sinnvoller darüber zu diskutieren, diese Grenze abzusenken.“

„Bezahlbare Gesundheitsvorsorge nur mit privatem Versicherungsmodell“

Dr. Guido Westerwelle, MdB, Vorsitzender der FDP

Die mögliche Regierungsbeteiligung fest im Blick, bezeichnete sich der FDP-Chef als Vertreter einer „vorübergehend kleineren Partei“. Guido Westerwelle forderte einen echten Systemwechsel im Gesundheitswesen – über die umlagefinanzierten Alternativen Bürgerversicherung und Gesundheitspauschale hinaus:

„Eine ausreichende und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle gibt es in Zukunft nur mit einem freiheitlichen, priva-

ten Versicherungsmodell, das auf den Prinzipien des Wettbewerbs und der sozialen Verantwortung beruht. Es vollzieht den notwendigen Systemwechsel ohne faule Kompromisse, ohne Fortschreibung systematischer Fehlentwicklungen.

Wir wollen ein Gesundheitssystem, das allen Bürgerinnen und Bürgern einen dauerhaft bezahlbaren, individuellen Schutz bietet. Unsere besondere Solidarität gilt dabei den Kindern sowie selbstverständlich den Schwächsten der Gesellschaft. Mit Wahlfreiheit kann man ihnen besser helfen als mit Entmündigung und dem Zwang in marode Systeme.



Dr. Guido Westerwelle

Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das die Patienten in den Mittelpunkt

rückt. Sie müssen freie Wahl haben, wie sie sich versichern und von wem sie sich behandeln lassen wollen. Nur aus mehr Eigenverantwortung erwächst die Bereitschaft, verantwortlich mit der eigenen Gesundheit wie auch mit der Solidargemeinschaft umzugehen.

Wir brauchen echten Wettbewerb zwischen den Kassen, indem wir sie privatrechtlich organisieren und ihnen die Freiheit für die Gestaltung ihrer Tarife geben. Die FDP will keine gesetzliche Pflichtversicherung, sondern eine Pflicht

zur Versicherung im Umfang der Regelleistungen. Dabei muss natürlich von jedem Versicherungsunternehmen ein Pauschaltarif unabhängig vom Alter und Risiko der Versicherten angeboten werden.

Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das von Konjunktur- und Beschäftigungslage unabhängig ist. Nur wenn wir die Lohnnebenkosten nachhaltig senken, können wir verhindern, dass immer mehr Arbeit ins Ausland und in die Schattenwirtschaft abwandert und sich die Arbeitslosigkeit weiter erhöht.

Das Gesundheitswesen muss demografiefest werden. Das jetzige Umlagesystem, in dem immer weniger junge für immer mehr ältere Menschen aufkommen, muss in ein kapitalgedecktes Verfahren mit entsprechenden Alterungsrückstellungen umgewandelt werden. Ich begrüße in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass die privaten Krankenkassen angekündigt haben, die Portabilität der Alterungsrückstellungen für Neuverträge vorzusehen. Aus unserer Sicht muss das auch für die bestehenden Tarife möglich werden.“

„Zweiteilung der Vollversicherung in GKV und PKV hat keine Perspektive“

Birgit Bender, MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Nach der Absage von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt blieb es der gesundheitspolitischen Sprecherin der bündnisgrünen Bundestagsfraktion vorbehalten, für die von SPD und Grünen präferierte Bürgerversicherung einzutreten. „Mir ist bewusst, dass mich hier mit einem solchen Konzept kein Heimspiel erwartet“, so Birgit Bender, die der PKV vorhielt, sich dem Solidaritätsgedanken im Gesundheitssystem zu entziehen:

„Die Beiträge zur Bürgerversicherung sind einkommensbezogen. Alle Bürgerinnen und Bürger werden versicherungspflichtig. Damit findet innerhalb des Krankenversicherungssystems ein Solidarausgleich statt. Zur Beitragsermittlung werden alle Einkunftsarten, also auch Mieten, Zinsen und Kapitaleinkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen.

Künftig konkurrieren alle gesetzlichen und alle privaten Krankenversicherer unter gleichen Spielregeln. Alle Bürgerin-

nen und Bürger haben mithin die freie Wahl zwischen diesen Kassen. Nur so kommt es schnell zu Wettbewerb, nur so lassen sich Beitragssatzsenkungen schnell realisieren und schließlich ist es auch für die öffentlichen Haushalte interessant, hier zu einem schnellen Übergang zu kommen, weil dann Entlastungen bei der Beihilfe entstehen. Und ich nehme auch an, dass die PKV kein Interesse hat, einen abnehmenden und älter werdenden Versichertenbestand nach den alten Regeln fortzuführen.

Unser Ziel ist der Wettbewerb um die beste Versorgung von Patientinnen und Patienten und nicht die Konkurrenz um die gesunden, jungen Einkommensstarken. Deswegen setzen wir uns auch in der gesetzlichen Krankenversicherung dafür ein, dass der Risikostrukturausgleich entsprechend dem Krankheitsvorkommen weiterentwickelt wird – Stichwort „Morbi-RSA“. Der Wettbewerb um die beste Versorgung ist ein Leitmotiv in der grünen Bürgerversicherung. Wettbewerb sollte übrigens auch heißen, dass Versicherte ohne bedeutende finanzielle Mehrbelastungen ihren Versicherer wechseln können.



Birgit Bender

Nach meiner Überzeugung wird die Zweiteilung der Vollversicherung perspektivisch keinen Bestand haben, egal unter welcher politischen Konstellation. Ich möchte Sie deshalb einladen, die Diskussion um die Bürgerversicherung zu nutzen und sich konstruktiv einzumischen. Und ich empfehle Ihnen zu überlegen, ob im Projekt Bürgerversicherung nicht langfristig gute Chancen für Ihre Unternehmen liegen, als Vollversicherer auf einem viel größeren Markt mitzuspielen. Rahmenbedingungen mitzugestalten, statt auf Fundamentalopposition zu beharren, erscheint mir in diesem Falle Erfolg versprechender.“

„Private Versicherung mit Kapitalstock besser als öffentliches Umlageverfahren“

Der frühere Bundesverfassungsrichter Prof. Dr. Paul Kirchhof begründete sein Eintreten für die Eigenvorsorge im Gesundheitswesen in seinem einleitenden Gastvortrag auf der diesjährigen PKV-Jahrestagung mit Freiheits- und Subsidiaritätsprinzipien. Die von der amtierenden Koalition geplante Bürgerversicherung würde Kirchhof zufolge gegen die im Grundgesetz verbrieften Rechte von PKV-Kunden und Unternehmen verstoßen (nachfolgend Auszüge aus seinem Vortrag):

„Die Freiheitsgarantie in Artikel 2 des Grundgesetzes garantiert jedem Menschen in Deutschland, dass er mit dem einen einen Vertrag schließen darf und mit dem anderen einen Vertrag unterlassen darf. Es gehört zur Freiheit, dass der Bürger seinen Vertragspartner selbst wählt und dass er den Vertragsinhalt autonom selbst entscheidet. Das gilt natürlich auch für denjenigen, der sein Leben in der Nachhaltigkeit konzipiert, also für Krisen vorsorgt: Der eine baut ein Haus, der andere schafft sich eine stetige Erwerbsgrundlage, der dritte beteiligt sich am Aktienmarkt, der vierte vereinbart einen Versicherungsvertrag. Wenn nun der Sozialstaat im Vertrauen auf die Freiheitsfähigkeit seiner Bürger kleinmütig geworden ist, mag er ja vielleicht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht einführen. Aber dann ist die Pflichtversicherung widerlegbar für denjenigen, der diesen staatlich erwünschten Erfolg durch private Versicherung bereits erreicht hat. Denn wenn der Vorsorgeerfolg bereits erreicht ist, ist ja nichts mehr sozial vorzuzorgen. (...)

Deswegen könnte man als erstes ein System ähnlich der Kraftfahrzeugversicherung propagieren: Man muss sich versichern, aber wo man sich versichert, ist die Entscheidung des Einzelnen. Das setzt natürlich voraus, dass der Versicherer einem Kontrahierungszwang unterliegt, dass der Sozialstaat demjenigen, der es nicht kann, die Beitragszahlung ermöglicht und dass man bestimmte Standards im Versicherungsvertrag mit berücksichtigt. Das wichtigste Thema sind die jungen Familien, die

völlig überfordert sind, weil sie die bisherigen Versicherungsverprechen im Umlageverfahren finanzieren, gleichzeitig für sich einen Kapitalstock bilden und noch ihre Kinder unterhalten müssen. Für diese Familien werden wir selbstverständlich etwas zu entwickeln haben. Aber wir sollten uns auch dabei bewusst machen, dass die staatlich gewünschte Sicherheit in der privaten Versicherung mit Kapitalstock besser aufgehoben ist als im öffentlichen Umlageverfahren. (...)

Wenn ein Gesetzgeber auf die Idee kommen sollte, die bereits privat Versicherten mitsamt ihrer Rückstellungen in die öffentliche Versicherung zu zwingen, dann werden diese Eigentum im Sinne des Verfassungsrechts verlieren. Zum einen, weil die Kapitaldeckung für sie individuell verloren geht. Zum anderen, weil sie die Allgemeinheit der Zwangsversicherten aus ihrem Kapital mitfinanzieren müssen. Drittens, weil derjenige, der heute umlagefinanziert und die Probleme in die Zukunft verschiebt, natürlich andere Preise anbieten kann, als derjenige, der heute einen Kapitalfonds bildet. Und viertens, weil dann im Umlagesystem die Risiken „längeres Leben, höhere Medizinkosten, demografisches Problem“ nicht abgefangen sind. Die Rechtsfolge des Verfassungsrechts ist eindrucksvoll. Wenn ich jemandem Eigentum nehme, muss ich entschädigen, das besagt Artikel 14 Absatz 3. Aber „Beitragspflichten gegen Entschädigung“ ist ein so großer Unsinn, dass es keinem Gesetzgeber entgehen wird, dass das keine pragmatische Lösung ist. (...)



Prof. Dr. Paul Kirchhof

Damit zu den Grundrechten des privaten Versicherers. Dieser übt seinen Beruf aus und das tut er in der gleichen Freiheit aller Versicherer, also im Wettbewerb. Und in dieser privaten Berufsfreiheit wird er beeinträchtigt. Nicht etwa durch eine einzelne Maßnahme, dass man ihm einen Vertrag nimmt oder dass man in seine Kasse hineingriffe als Staat – schon das wäre offensichtlich verfassungswidrig –, sondern in der härtesten Maßnahme, die einem Staat möglich ist: Er baut ein staatliches Verwaltungsmonopol auf, das diesen in der Berufsfreiheit zu erschließenden Markt völlig versperrt. (...)

Wenn nun jemand sagt, die in Artikel 12 geregelte Berufsfreiheit schütze nicht vor Konkurrenz, ist das natürlich richtig. Dies meint aber die Konkurrenz der Freien, die mit dem Vorzug ihres Angebotes um Kunden werben. Das meint nicht das Staatsmonopol, welches nicht in Freiheit erreicht worden ist, sondern durch Zwangsversicherung und durch Abschöpfung eines staatli-

chen Zwangsbeitrages, der in der Sache eine Steuer ist. Ein solcher Eingriff in die Berufswahlfreiheit wäre nur zulässig bei einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut als rechtfertigendem Grund.

Was aber könnte ein solch überragend wichtiges Gemeinschaftsgut sein? Da gibt es nur zwei Möglichkeiten. Erstens: Die Sicherheit für die Menschen. Das würden wir anerkennen. Aber diese ist ja gerade erreichbar ohne Verletzung der Berufsfreiheit. Denn die beste Methode ist, die Versicherer im freien Wettbewerb das beste Leistungsangebot unterbreiten und den Versicherungsnehmer entscheiden zu lassen, mit wem er kontrahiert. Der zweite Grund, um die Berufsfreiheit so elementar in der Wahlfreiheit einzuschränken könnte sein, und so argumentiert ja auch der Gesetzgeber, dass man das öffentlich-rechtliche Versicherungswesen, das eine deutliche Finanzschwäche hat, mit mehr Finanzen ausstatten will. Aber da entlarvt sich im Grunde der Fehlgedanke des Ausgangspunktes. Denn die Erhaltung eines wirtschaftlich nicht leistungsfähigen staatlichen Verwaltungsmonopols ist selbstverständlich kein Gemeinwohlanliegen. Wir haben kein Interesse per se daran, dass es öffentliche Behörden gibt. Sondern die öf-

fentlichen Behörden müssen sich aus ihrer Effizienz rechtfertigen. Und wenn wir hier eine öffentliche und eine private Alternative haben, gibt es schlechthin keinen Grund, die öffentliche Hand zu begünstigen, indem wir die private Alternative, die erfolgreich ist, verdrängen.

Nun sagen manche, dem privaten Versicherer verbleibe doch noch ein Sektor: Er könne jenseits der Obergrenze sowie die medizinisch nicht notwendigen Leistungen versichern und sich im Wellness-Bereich entfalten. Die Folge der Berufsfreiheit ist jedoch auch die freie Wahl des Berufs. Und diese Versicherer haben nicht den Beruf eines Nischenversicherers gewählt, sondern sie haben den Beruf eines Krankenversicherers gewählt. In dieser Freiheit – Freiheit der Berufswahl, Artikel 12 Absatz 1 – ist der Versicherer zu schützen. (...)

Ich würde dieses Problem gerne noch einmal am Maßstab der Gleichheit entwickeln. In jedem Freiheitsrecht ist ein Gleichheitssatz enthalten. Wenn Artikel 12 Absatz 1 sagt, alle Deutschen haben das Recht, den Beruf frei zu wählen und auszuüben, dann ist in „alle Deutschen“ ein Gleichheitssatz enthalten. Jeder Deutsche hat das gleiche Recht. Und wenn jeder Deutsche dieses

Recht gleichermaßen ausübt, am selben Markt seine Kunden sucht, wird deutlich, dass der Wettbewerb Ausdruck dieser freiheitlichen Gleichheit ist. In diesem Wettbewerb nun wäre der private Versicherer offensichtlich höchst bedrängt. Denn er konkurriert mit der öffentlichen Hand ja nicht auf dem freien Markt. Saugt die öffentliche Hand dem privaten Versicherer die Kunden mit einer Pflichtversicherung ab, dann ist er völlig wehrlos. Selbst wenn er das beste Angebot unterbreitet und die Nachfrager sich danach sehnen, dieses anzunehmen, kann und darf kein Vertrag zustande kommen. Wenn dann der Staat auch noch über Steuerzuschüsse nachdenkt – weil er weiß, dass sein System sich nicht finanziert –, dann ist der eine Konkurrent steuerfinanziert und der andere muss Steuern zahlen. Offensichtlicher kann ich in einem Finanzstaat die Ungleichheit eigentlich gar nicht bekunden. Deswegen ist es offensichtlich, dass hier eine Ungleichheit herrscht, die nur mit dem Ziel gerechtfertigt werden könnte, Sicherheit für die Menschen in Deutschland zu schaffen. Dieses Ziel erreichen wir aber mit dem privaten Versicherer zumindest gleichrangig, um nicht zu sagen wesentlich besser.“

Der vollständige Vortrag wird in Kürze veröffentlicht unter www.pkv.de > zeitschrift > pkv publik.

Zehn Jahre Medicproof

Für die PKV war es die Stunde Null, als im Jahre 1994 die Einführung der Pflegepflichtversicherung bevorstand. Die Umsetzung erforderte den zügigen Aufbau eines unabhängigen medizinischen Dienstes.

Die damals auf einigen Seiten bestehende Erwartung, die Gesamtbevölkerung nach dem Kapitaldeckungsprinzip versichern zu können, war an der dafür erforderlichen Beitragshöhe gescheitert. Wenigstens die privat Krankenversicherten sollten jedoch aus der Umlageversicherung herausgehalten werden. Für diese wurde die private Pflegepflichtversicherung

(PPV) nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ eingeführt.

Modifizierung des PKV-Kalkulationsprinzips erforderlich

Für die private PPV musste daraufhin eine Modifizierung des PKV-Kalkulationsprinzips entwickelt werden. Denn nötig waren

einerseits doppelte Beiträge der PPV-Gründergeneration: Zur Finanzierung der schon Alten und für den Aufbau der Rückstellungen der noch Jüngeren. Andererseits durften die Höchstbeiträge der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nicht überschritten werden und es musste ein Finanzausgleich zwischen den Unternehmen aufgebaut werden. Zu letzterem gehörte die Einstufung der Pflegebedürftigen nach für alle Unternehmen und auch die GKV gleichen Kriterien (§§ 14 und 15 SGB XI). Dies setzte die Begutachtung durch einen unabhängigen medizinischen Dienst voraus und war Ausgangspunkt für die Medicproof GmbH, Gesellschaft für medizinische Gutachten.

Die ersten Jahre

Zwischen dem Sommer 1994, in dem der PKV der gesetzgeberische Durchbruch gelang, und dem Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung am 01.01.1995 lagen gerade einmal sechs Monate. Nach der Ablehnung des medizinischen Dienstes der SPV, die Pflegebegutachtung der privat Versicherten mit zu übernehmen, wandte sich der Verband an einen bundesweiten arbeitsmedizinischen Dienst, die BAD GmbH. Dieser sagte kurz entschlossen zu und gründete für die neuen Pflegebegutachtungen die Tochtergesellschaft Medicproof GmbH. Bald jedoch stellte sich heraus, dass die Ausstattung der BAD GmbH mit 200 Ärzten, die für die Beurteilungen in Frage kamen, nicht ausreichte und dass das Qualitätsmanagement angesichts des Antragsansturms in der Gründungsphase überfordert war. Der PKV-Verband sah sich deshalb gezwungen, die Medicproof GmbH zu erwerben und damit selbst in die Verantwortung zu treten. Unterstrichen wurde dies durch die Übernahme der Geschäftsführung der neuen Tochter durch den Verbandsdirektor. In dieser kritischen Phase des Übergangs im Frühjahr und Sommer 1996 kam dem Verband zugute, dass Staatssekretär a. D. Karl Jung, einer der Väter der Pflegeversicherung, in Pension ging und sich ein halbes Jahr lang für die Medicproof GmbH engagierte, vor allem durch die Schaffung fester Strukturen. In seine Fußstapfen traten sodann für die kaufmännische Seite Rolf Rummel und für den medizinischen Teil Dr. med. Ulrike Diedrich. Beide stehen bis heute in der Verantwortung.

Stabile Gebühren für die Mitglieder

In der Medicproof-Zentrale sind inklusive Teilzeitkräften 42 Personen beschäftigt, davon 7 Ärztinnen und Ärzte. Bundesweit werden die Begutachtungen durch 823 Ärzte und Pflegefachkräfte getragen, die pro Standard-Gutachten 120 EUR Honorar erhalten. Dieses wird von den PKV-

Unternehmen bezahlt, die außerdem eine Pauschale für die Dienstleistungen der Medicproof entrichten. Sie beläuft sich seit den BAD-Zeiten auf unverändert 35,59 EUR (brutto) – obwohl die erledigten Gutachtaufträge vom Höhepunkt im Jahre 2001 (115.065 Aufträge) auf 90.107 Aufträge im Jahre 2004 zurückgegangen sind. Der Grund des Rückgangs war die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Rechtmäßigkeit von Wiederholungsgutachten. Diese Entwicklung zwang zur personellen und technischen Optimierung.

Qualität und Schnelligkeit im Blickpunkt

Die Qualität der Medicproof-Gutachten braucht keinen Vergleich zu scheuen. Das wurde den Gutachtern erst kürzlich von Experten bei einer zentralen Informationsveranstaltung bestätigt. Dazu haben nicht nur die dichten Fortbildungsveranstaltungen beigetragen, sondern auch die konsequente Supervision. All dies ändert aber nichts daran, dass das Einstufungsprofil der Begutachtungen deutliche Unterschiede zu dem der SPV aufweist. Das ist sicher eine Folge der unterschiedlichen Versichertenstruktur, für die das höhere Durchschnittsalter der privat Versicherten am bezeichnendsten ist. So war etwa die Pflegestufe III in der PPV mit 18 Prozent im Jahre 2004 deutlich stärker

besetzt als in der SPV. Neben der Kostengünstigkeit und der Qualität ist die Schnelligkeit der Bearbeitung von Anträgen auf Pflegeleistungen ein besonderes Anliegen. Auch hier muss sich Medicproof nicht verstecken. Im Jahre 2004 konnte die Bearbeitungszeit bei Anträgen auf Pflegeleistungen um einen weiteren Tag verkürzt werden, im ambulanten Bereich auf 25 und im stationären Bereich auf 22 Tage. Geholfen hat dabei der Einsatz der Datenverarbeitung.

Aussicht

Hinsichtlich der Perspektiven von Medicproof ist festzustellen, dass die kostengünstige Pflegebegutachtung heute ein Risikovorteil für die PPV ist. Was die generelle Risikostruktur angeht, dürften sich aber grundlegende Änderungen ergeben: Durch den überproportionalen Versicherungszuwachs der PKV in den letzten Jahrzehnten und die Mitversorgung der vom Nachwuchs abgeschnittenen Beamten von Bahn und Post dürfte sich die PPV in einer Generation zu dem Versicherungsträger mit dem größten Altenanteil entwickeln – was mit entsprechend neuen Herausforderungen für die Medicproof GmbH verbunden sein wird und die Vorzüge des Kapitaldeckungsprinzips zur Geltung bringen dürfte. U

100 Jahre Debeka

Mit einem Festakt beging die Debeka-Krankenversicherung am 1. Juli 2005 am Stammsitz Koblenz ihr rundes Jubiläum. Vor hundert Jahren begann die erfolgreiche Unternehmensgeschichte in der damaligen Rheinprovinz. Bei der am 2. Juli 1905 in Koblenz gegründeten „Krankenunterstützungskasse für die Gemeindebeamten der Rheinprovinz“ stand der Selbsthilfegedanke im Vordergrund. Später wurde der aufnahmefähige Personenkreis um die Angehörigen der Provinzbeamten und die Reichs- und Staatsbeamten

erweitert und der Verein in „Deutsche Beamten-Krankenversicherung“ umbenannt. Aus den drei Anfangsbuchstaben entwickelte sich der heutige Name Debeka. Im Laufe der Zeit kamen die Geschäftszweige Lebensversicherung und Bausparkasse hinzu, 1981 schließlich erfolgte die Gründung der „Debeka Allgemeine Versicherung AG“. Heute betreuen insgesamt rund 14.000 Mitarbeiter über sechs Millionen Kunden, davon rund eine Million in den neuen Bundesländern.

Staatssekretär a. D. Karl Jung gestorben

Erst wenige Wochen ist es her, dass die PKV Karl Jung bei einer Fortbildungsveranstaltung für 400 Gutachter im Bonner Wasserwerk mit anschließendem Rheinausflug anlässlich des 10jährigen Bestehens ihres Pflegebegutachtungsdienstes Medicproof begrüßen konnte. Bis zum späten Abend nahm er sich Zeit. Gelegenheit genug für Gespräche und Reflexionen seiner langen Karriere als profilierter Begleiter und oft auch unbequemer Gestalter des deutschen Gesundheitswesens. Am 14. Juli 2005 hat ihn der Tod im Alter von 74 Jahren abberufen.

Karl Jung hat auch für die PKV prägende Zeichen gesetzt, selbst wenn das gegenseitige Miteinander oft genug von einer Direktheit im Ansprechen möglicher Schwächen und Fehler geprägt war, die ihn auszeichnete, ihm aber auch manche Querelen bescherte. Karl Jung war es, der 1982 die Begründungswelle in der GOÄ durchsetzte und Schluss machte mit der Arzthonorierung nach (unbekannten) Einkommen. Er schuf Klarheit in strittigen Fragen des Krankenhausrechts, vom Arztabschlag bis zum Wahlleistungszuschlag, scheiterte aber

mit dem Versuch, die Liquidationskette zu „kippen“. Karl Jung beendete das unsystematische Beitrittsrecht von Selbständigen zur GKV. Er wirkte mit an der Vereinfachung der Voraussetzungen für den Arbeitgeberzuschuss bei Privatversicherten und der Einführung des Standardtarifs. Mit der PKV lieferte er sich ein „Gefecht“, als er zunächst auch die Privatversicherten in die Soziale Pflegeversicherung einbeziehen wollte, öffnete sich dann aber dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ und half der PKV sogar nach seiner Pensionierung beim Aufbau ihres medizinischen Dienstes Medicproof (siehe Artikel S. 70).

Die PKV verneigt sich in Trauer und Hochachtung vor Karl Jung als einem Mann, der ebenso energisch wie erfolgreich aus der Exekutive das deutsche Gesundheitswesen weiterentwickelt hat und der dabei die PKV immer als unverzichtbare, belebende Partnerin gesehen hat.

Jürgen List 80 Jahre

Aufsichtsratsvorsitzender der INTER Krankenversicherung a.G. und langjähriger Vorstandsvorsitzender der INTER Versicherungen, wurde am 12. Juli 2005 bei guter Gesundheit und unverminderter Schaffenskraft 80 Jahre alt. Sein besonderes Engagement für die Belange der PKV prägte nicht nur die Tätigkeit des Vorstandsvorstandes, dem er von 1972 bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand im Jahre

1996 angehörte, sondern auch den Sozialpolitischen Arbeitsausschuss des Verbandes, den er über 20 Jahre lang leitete und dessen Aufgaben jetzt vom Hauptausschuss wahrgenommen werden. International hat Herr List die PKV als Präsident der Kommission Krankenversicherung im Comité Européen des Assurances (CEA) vertreten. Die Redaktion wünscht viele weitere glückliche Jahre!

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:

Stephan Caspary, Dr. Hans Christoph Uleer

Fotos: Frank & Marc Darchinger GbR

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag: Versicherungswirtschaft GmbH

Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe

Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

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

ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.09.2005.