

## Alterungsrückstellungen unübertragbar

Die Portabilität der in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen ist theoretisch untauglich, praktisch unmöglich und wurde vom Bundestag schon einmal parteiübergreifend verworfen. > Seite 63

## Grundübel werden fortgeschrieben

Die Gesundheits-Eckpunkte bringen mehr Reglementierung, so Dr. Maximilian Zollner, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und erster Sprecher der Allianz Deutscher Ärzteverbände. > Seite 66

## Ehrliche Rationierungsdebatte nötig

„Wir rationieren schon verdeckt und heimlich“, sagt der SPD-Bundestagsabgeordnete Eike Hovermann. Er plädiert für eine offene Diskussion über die Priorisierung von Leistungen. > Seite 68

## Exportschlager PKV nicht abschaffen

Dr. Nikolaus von Bomhard, der Vorstandsvorsitzende der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft, hat auch aus internationaler Perspektive für den Erhalt der PKV plädiert. > Seite 70

## Je teurer, desto Generika

Privatversicherte, die im Schnitt häufiger als Kassenpatienten Originalpräparate verordnet bekommen, erhalten mit zunehmender Preisdifferenz auch öfter Nachahmerarzneimittel. > Seite 71

## Beamte zufrieden mit PKV und Beihilfe

Die PKV funktioniert gut, meint Beamtenschaftschef Peter Heesen. Für den Staat sei das Beihilfesystem kostengünstiger als die GKV. > Seite 72

## Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln > Seite 62 +++  
Impressum > Seite 72



## Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Wenig Licht und viel Schatten für die PKV

Die Große Koalition hat zwar ihren Willen zum Ausdruck gebracht, die private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung zu erhalten, gleichzeitig aber einige dramatische und juristisch nicht haltbare Einschnitte in das erfolgreiche Geschäftsmodell der PKV beschlossen: Die vorgesehene Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen im Bestand und deren Mitnahme auch in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowie der Kontrahierungszwang bei Unternehmenswechsel sind in den existierenden PKV-Tarifen versicherungstechnisch nicht möglich und entbehren zudem jeder rechtlichen Grundlage. Ein schwerer Schlag gegen die Wahlfreiheit der Versicherten ist die

vorgesehene Regelung, nach der sich Angestellte erst nach dreimaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze privat krankenversichern können. Bei der Ausgestaltung des vorgesehenen Basistarifs sind viele Fragen offen, insbesondere was die eventuell notwendige Belastung von Bestandsversicherten anbelangt. Und erneut verweigert die Politik der PKV die Instrumente, um auf Menge, Qualität und Preise der Leistungen Einfluss nehmen zu können. Die PKV wird sich mit Nachdruck gegen diese unsachgemäßen und rechtlich unhaltbaren Eingriffe wehren, die zum Schaden ihrer mehr als acht Millionen Vollversicherten und des gesamten Gesundheitswesens in Deutschland erfolgen sollen.

## Brief aus Berlin und Köln



Nach zähen und langen Gesprächen liegen die Eckpunkte zur neuerlichen Gesundheitsreform seit Anfang Juli in schriftlicher Form vor. Der viel beschworene „ganz große Wurf“ ist dabei nicht gelungen. Vielmehr stellen die Eckpunkte einen Kompromiss mit wenig Licht und viel Schatten dar. Denn wenn auch der Entschluss der Großen Koalition, die private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung zu erhalten, zu begrüßen ist (wobei eine andere Entscheidung weder sachgerecht noch rechtlich möglich gewesen wäre): Das zentrale Problem im Gesundheitssystem, steigende Kosten durch den demografischen Wandel sowie den medizinisch-technischen Fortschritt, wird nicht gelöst. Unverhohlen soll außerdem das kapitalgedeckte und damit demografiefeste und generationengerechte Geschäftsmodell der PKV durch eine Summe von Einzelmaßnahmen geschwächt werden.

### **Pflichtgrenze und Rückstellungen**

So ist das Moratorium zur Versicherungspflichtbefreiung, wonach Angestellte erst nach dreimaligem Überschreiten der Pflichtgrenze zur PKV wechseln können, ein Schlag gegen die Wahlfreiheit der Versicherten. Dabei wird es nur dann ein zukunftsfestes und nachhaltig finanziertes Gesundheitswesen geben, wenn nicht weniger, sondern mehr Menschen zwischen der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der kapitalgedeckten PKV wählen können. Doch dazu wären nicht erschwerte, sondern erleichterte Bedin-

gungen zur Versicherungspflichtbefreiung folgerichtig.

Einer Enteignung entspräche es, wenn Privatversicherte bei einem Wechsel zur GKV die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen mitnehmen und diese dem Kassenkollektiv zur Verfügung stellen müssten. Dies stieße auf eigentumsrechtliche Hürden und wäre zwingend rechtlich zu überprüfen. Vergleichbares gilt für die Übertragbarkeit innerhalb der PKV. Weil die Rückstellungen kollektiv gebildet werden, ist ihre individuelle Mitnahme beim Versicherungswechsel innerhalb der PKV im Bestand objektiv unmöglich. Ausführliche Informationen dazu auf den folgenden Seiten.

### **Kontrahierungszwang und Basistarif**

Der laut Eckpunktepapier vorgesehene Kontrahierungszwang im Falle eines Wechsels der heutigen Bestandsversicherten stellt die Kalkulationsprinzipien der PKV fundamental in Frage. Unge-

achtet dessen ist ein derartiger Zwang in den bestehenden PKV-Tarifen versicherungstechnisch nicht möglich und scheidet schon aus rechtlichen Gründen aus.

Bei der Ausgestaltung des von der PKV gemäß Eckpunktepapier einzuführenden Basistarifs bleiben viele Fragen offen. Die konkrete Ausgestaltung wird zeigen, ob sich der Basistarif aus sich selbst heraus finanziert oder ob die heute PKV-Bestandsversicherten mit belastet werden müssen. Wäre dem so, würden ebenfalls versicherungstechnische und gravierende rechtliche Fragen aufgeworfen.

### **Mehr Freiheit wagen**

Bei der Konkretisierung der jetzt vorliegenden Eckpunkte wird darauf zu achten sein, dass der von der Bundeskanzlerin geprägte Slogan „Mehr Freiheit wagen“ nicht nur Schlagwort bleibt, sondern dieser politischen Leitlinie folgende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Zu diesen Rahmenbedingungen gehört eine starke PKV in Koexistenz mit der GKV. Eine Schwächung der PKV durch die im Eckpunktepapier aufgezeigte Summe von Einzelmaßnahmen würde dem Wettbewerb und der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen nur schaden. Eine zukunfts feste, qualitativ hochwertige sowie nachhaltig finanzierte Säule des Gesundheitswesens würde ohne Not aufs Spiel gesetzt. L



## Portabilität: Theoretisch untauglich, praktisch unmöglich

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform fordert die Große Koalition, dass die Alterungsrückstellungen in der PKV künftig übertragbar sein sollen. Union und SPD haben sich damit auf ein Reformziel verständigt, das in der Vergangenheit von allen Expertenkommissionen und sogar vom Deutschen Bundestag parteiübergreifend verworfen worden ist.

### Eckpunkt Portabilität

„Um den Wettbewerb sowohl innerhalb der privaten Krankenversicherung als auch zwischen den Systemen GKV und PKV zu ermöglichen, wird die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und beim Wechsel zwischen den Systemen gesetzlich geregelt“, heißt es in den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“, die von Union und SPD Anfang Juli nach monatelangen Verhandlungen vorgelegt worden sind.

Man reibt sich verwundert die Augen: Von allen Expertenkommissionen seit den neunziger Jahren mehrfach zu Grabe getragen, feiert die Idee der Portabilität im gesundheitspolitischen Programm der Großen Koalition wieder fröhliche Urständ – wobei erstmals nicht nur der Mitnahme der Alterungsrückstellungen beim Wechsel zwischen privaten Unternehmen, sondern auch von der PKV zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Wort geredet wird. Dies liefe auf eine Enteignung hinaus und würde der Bürgerversicherung des sozialdemokratischen Koalitionspartners den Weg ebnen.

Methodisch, rechtlich und praktisch ist eine Portabilität von der PKV zur GKV freilich ein Ding der Unmöglichkeit. Oder sollen demnächst auch Wechsler von der GKV zur PKV ihren Anspruch auf subventionierte Beiträge im Alter mitbringen und dafür die Versicherten der GKV zahlen lassen? Die Überlegungen der Koalition basieren offenkundig auf einem Missverständnis des PKV-Geschäftsmodells, in dem eben keine

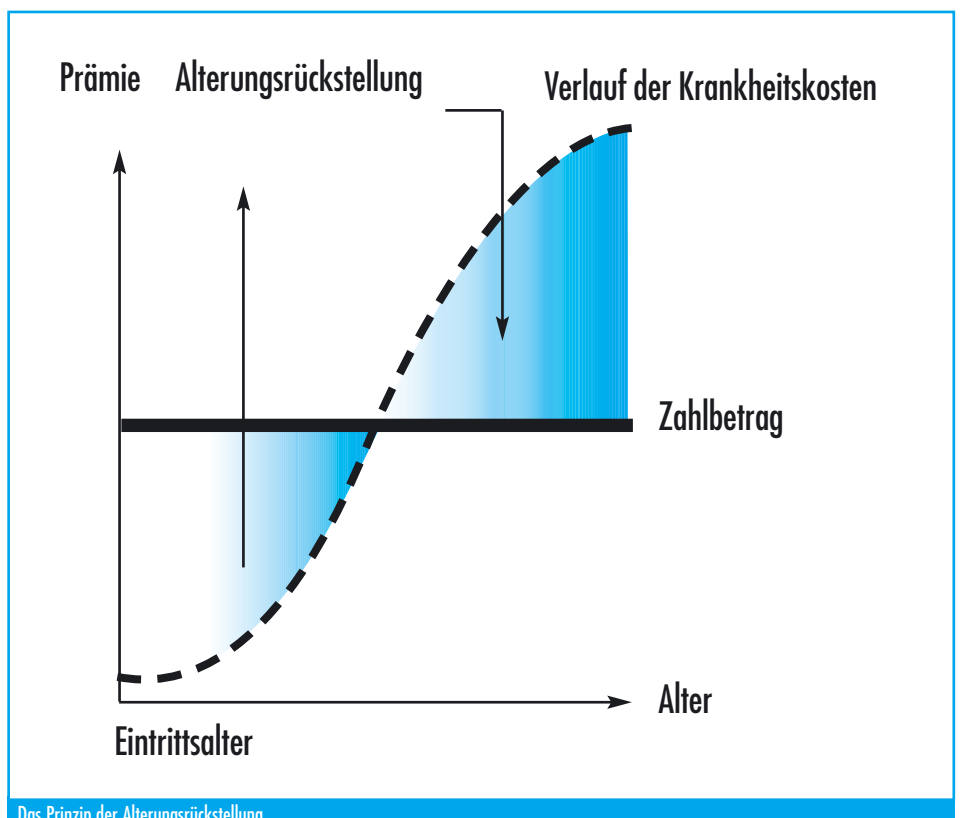
individuellen, sondern kollektive Rückstellungen gebildet werden.

### Problemstellung

Mit zunehmendem Alter wird ein Versicherungswechsel innerhalb der PKV dadurch erschwert, dass der Wechselwilige beim neuen Unternehmen wegen seines gestiegenen Eintrittsalters in der Regel einen höheren Beitrag zahlen muss. Außerdem unterliegt er einer erneuten Gesundheitsprüfung. Diese kann zu Ablehnung, Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen führen. Die beim abgehenden Unternehmen für seinen Tarif aufgebaute Alterungsrückstellung gehört dem Versichertenkollektiv und verbleibt deshalb beim Unternehmen.

### Sinn kollektiver Alterungsrückstellungen

Krankheit ist nicht zuletzt ein altersabhängiges Risiko. Theoretisch müssten deshalb mit höherem Alter auch die Versicherungsbeiträge steigen. Um dies zu vermeiden, sorgt in der PKV die Versicherungsgemeinschaft im Anwartschaftsdeckungsverfahren mit kalkulierten Alterungsrückstellungen für die zukünftigen, im Alter ansteigenden Krankheitskosten vor (siehe Grafik). Versicherungsmathematisch kalkuliert werden kann aber nur der durchschnittlich in einer größeren Gruppe zu erwartende Krankheitskostenverlauf. Individuelle Krankheitskostenverläufe sind dagegen nicht ermittelbar. Alterungsrückstellungen haben daher in der privaten Krankenversicherung einen



Das Prinzip der Alterungsrückstellung

kollektiven Charakter. Mit anderen Worten: Das zurückgestellte Deckungskapital bildet das kollektive Risiko der Versicherten ab, nicht das individuelle Risiko jedes Einzelnen. Das entspricht dem Versicherungsprinzip. Eine individuelle kapitalgedeckte Vorsorge wäre gar nicht zu realisieren, da im Ergebnis jeder seine eigenen Krankheitskosten vorhersehen können und aufbringen müsste.

## **Portabilität zerstört das Versicherungsprinzip**

Die Unmöglichkeit, individuelle Krankheitsverläufe zu ermitteln, macht auch die Mitgabe einer *individuellen* Alterungsrückstellung unmöglich. Theoretisch möglich wäre dagegen die Mitgabe der *kalkulierten* Alterungsrückstellung als Kollektivdurchschnitt der in Zukunft zu erwartenden Krankheitskosten. Das führte jedoch zu Risikoselektion und -entmischung, weil hauptsächlich Junge und Gesunde aus dem Kollektiv ausscheiden und Aufnahme bei einem neuen Versicherer finden würden. Personen mit Vorerkrankungen hätten im Rahmen einer erneuten Gesundheitsprüfung mit Ablehnung, Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen zu rechnen.

Die Portabilität der kalkulierten Alterungsrückstellung als Kollektivdurchschnitt der zu erwartenden Krankheitskosten würde dabei nicht helfen. Denn diese würde ja für die überdurchschnittlich schlechten Risiken stets zu niedrig sein. Mit entsprechenden Folgen: Während Junge und Gesunde wechselten, blieben Alte und Kranke im Versicherungskollektiv. Eine Risikoentmischung, die im verbleibenden Kollektiv unweigerlich zur Erhöhung der Prämien führen muss, da die mitgegebenen Anteile an der Alterungsrückstellung von den verbliebenen Versicherten nachfinanziert werden müssen.

Keine Lösung stellt in diesem Zusammenhang das Portabilitätsmodell einer indi-

viduellen *prospektiven* Alterungsrückstellung dar, wonach beim Wechsel das dem zwischenzeitlich bekannt gewordenen Krankheitsrisiko entsprechende Kapital mitzugeben wäre. Erstens hätte bei negativer Gesundheitsprognose, aber nur kurzer Verweildauer im Altunternehmen das dem neuen Unternehmen zu übertragende Kapital keinerlei Bezug zu den bisher gezahlten Beiträgen. Zweitens würde auch hier mit durchschnittlichen Erfahrungswerten für die Risikogruppen kalkuliert, so dass das Problem der Risikoentmischung auf einer anderen Ebene wieder aufträte. Drittens käme es aufgrund der Interessengegensätze zwischen Alt- und Neuunternehmen zu erheblichen Streitfällen, die einen entsprechend komplexen Regelungsbedarf nach sich zögen.

Zusammenfassend gilt soweit: Im bestehenden Geschäftsmodell der PKV sind die Alterungsrückstellungen nicht individualisierbar und entsprechend nicht portabel. Eine Übertragbarkeit des rechnerischen Anteils an den kollektiven Alterungsrückstellungen wäre aus sozialen Gründen unvertretbar.

## **Wissenschaft und Politik bestätigen PKV**

Mit der Meinung, dass die Alterungsrückstellungen im bestehenden Geschäftsmodell nicht portabel sind, steht die PKV nicht allein. Verschiedene Institutionen und Expertenkommissionen sind der Auffassung, dass die Übertragung nicht empfohlen werden kann (unabhängige Expertenkommission, 1994), die bei einer Mitgabe von Alterungsrückstellungen entstehenden Umsetzungsprobleme gravierend sind (Bundesregierung, 1997), ein gangbarer Weg bisher noch nicht aufgezeigt worden ist (Sachverständigenrat, 2001) beziehungsweise dass Zweifel an der hinreichend sicheren Berechnung einer individuellen Alterungsrückstellung auch heute noch berechtigt sind (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts VVG, 2004).

Auch der Deutsche Bundestag hat bereits zum Vorschlag übertragbarer Alterungsrückstellungen Position bezogen: Am 13.09.2002 folgte er einer parteiübergreifenden Empfehlung des Petitionsausschusses, der Forderung mehrerer Antragsteller nach portablen Alterungsrückstellungen in der PKV nicht zu entsprechen. Die Abgeordneten machten sich dabei die Argumente des Bundesfinanzministeriums zu Eigen: Der Verbleib der Rückstellung bei der Versichertengemeinschaft ergibt eine höhere Beitragsermäßigung im Alter; die Mitnahme würde zur Prämienverteuerung in der abgebenden Tarifgemeinschaft führen; Portabilität führe zu unvertretbarer Risikoselektion:

„Gute Risiken (Gesunde) könnten unter Mitnahme der Alterungsrückstellung einen neuen Versicherungsvertrag mit einem anderen Unternehmen schließen. Schlechte Risiken (Kranke) würden auch bei Mitnahme der Alterungsrückstellung nur durch Risikoaufschläge ein neues aufnehmendes Unternehmen finden, falls überhaupt. Im Ergebnis könnten gute Risiken wechseln und dieses zum Nachteil der beim alten Unternehmen verbleibenden Tarifgemeinschaft, die zur Kompensation immer höhere Prämien verlangen müsste und damit letztlich ausbluten würde. Die Expertenkommission hat daher dem Gesetzgeber eine Mitgabe der kalkulierten Alterungsrückstellung nicht empfohlen.“

(Beschluss Deutscher Bundestag vom 13.09.2002)

## **Gestaltungsprinzipien eines nachteilsfreien Wechsels**

In der Debatte über die Portabilität der Alterungsrückstellungen gerät das eigentliche Ziel schnell aus den Augen: den Versicherten auch in späteren Jahren den nachteilsfreien Wechsel ihres Versicherungsunternehmens zu ermöglichen. Mit Portabilität lässt sich dieses Ziel nicht erreichen.

Wie ließe sich aber dann ein entsprechender Versicherungstarif gestalten?

Erste Bedingung wäre, dass die Unternehmen für diesen Tarif einem Kontrahierungszwang unterworfen werden. Da sich die Risiken dabei ungleich verteilen, bedarf es zweitens eines Poolausgleichs. Beides lässt sich drittens nur für ein standardisiertes Produkt organisieren und rechtfertigen. Alle drei Bedingungen sind für die heute Bestandsversicherten in der PKV nicht gegeben und können auch nachträglich nicht geschaffen werden. Die Bedingungen für einen nachteilsfreien Wechsel sind daher in einem neuen Produkt erst noch zu schaffen und können dann auch nur für die Versicherten dieses neuen Tarifs gelten.

### Wettbewerb in der PKV

Ein nachteilsfreier Wechsel des Unternehmens ist für PKV-Versicherte bereits heute in den ersten Versicherungsjahren in der Regel gut möglich. Wer später den Wechsel aufgrund der damit verbundenen Kosten scheut, kann immer noch in günsti-

gere Tarife desselben Unternehmens wechseln. Der Wettbewerb um das nachhaltigste, wirtschaftlich wie medizinisch am meisten überzeugende Tarifwerk ist in der PKV alltägliche Realität. Jeder Versicherte kann aus den Angeboten von fast 50 Unternehmen wählen. Diese Wahlfreiheit unterscheidet die PKV von der GKV, die als Sozialversicherung einen gesetzlich definierten, einheitlichen Leistungskatalog ohne Wahltarife anbietet. Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen sind infolge des Risikostrukturausgleichs eher marginal. Der jederzeit, auch im Alter, mögliche nachteilsfreie Kassenwechsel in der GKV verliert vor diesem Hintergrund weitgehend seinen Sinn.

Von daher ist auch die Einführung eines Basistarifs nicht pauschal mit mehr Wettbewerb gleichzusetzen, wie das in der aktuellen politischen Debatte geschieht. Denn jeder Kontrahierungszwang mit unternehmensübergreifendem Poolausgleich setzt einen Einheitstarif voraus. Das mag – Stichwort nachteilsfreier Wechsel –

Vorteile haben. Tarifvielfalt und Wettbewerb im Leistungsbereich werden durch Einheitstarife aber systematisch ausgeschlossen.

### Fazit

Der mit zunehmender Versicherungszeit schwerer zu vollziehende Versicherungswechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung entspricht der Systematik einer kapitalgedeckten, demografiefesten und kollektiven Absicherung des Krankheitsrisikos in der PKV. Jede Forderung nach Portabilität der Alterungsrückstellungen verlangt den Systembruch. Zum Ziel des nachteilsfreien Wechsels führt sie nicht. Stattdessen läuft sie Gefahr, ganz anderen Zwecken zu dienen: Im Rufe nach einer universalen Portabilität die systematischen Unterschiede zwischen umlagefinanzierter GKV und kapitalgedeckter PKV zu verwischen, dem strukturellen Defizit der GKV neue Finanzquellen zu erschließen, die Kapitalreserven der PKV anzuzapfen und in Schritten die einheitliche Bürgerversicherung vorzubereiten. *tg*



Ich probier mal ein anderes Boot. Meinen bisherigen Anteil nehme ich natürlich mit!

## Wo bleibt die versprochene Freiheit?

*Gastbeitrag von Dr. Maximilian Zollner*

**Die Große Koalition hat sich in ihren Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 auf manch faulen Kompromiss verständigt. Auch die Private Krankenversicherung bleibt nur auf den ersten Blick verschont. Bei genauerem Hinsehen legen einige der schwarz-roten Vereinbarungen unverhohlen die Axt an das bewährte PKV-System.**

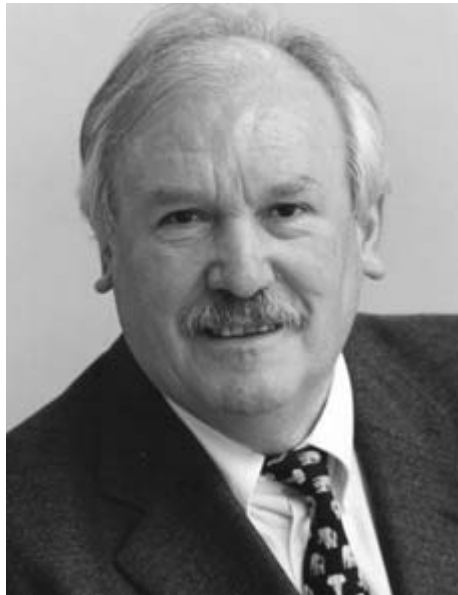
Die sechs großen freien ärztlichen Verbände, die sich im Mai zur Allianz Deutscher Ärzteverbände zusammengeschlossen haben, bündeln die Interessen und die Schlagkraft der Ärzteschaft und treten der Politik gegenüber als Gesprächs- und Verhandlungspartner auf. Aus ihren Grundsätzen heraus, sich für die Freiberuflichkeit des Arztes, für eine angemessene Vergütung der geleisteten Arbeit und gegen die überbordende Bürokratie einzusetzen, trat die Allianz Deutscher Ärzteverbände von Anfang an gegenüber der Politik mit dem Postulat der Freiheitlichkeit auf. In einem Schreiben an Bundeskanzlerin Angela Merkel erinnerte die Allianz an ihre Regierungserklärung und daran, dass Merkel darin forderte, die Deutschen sollten „mehr Freiheit wagen“. Auch in der späteren Koalitionsvereinbarung zwischen Union und SPD ist ausdrücklich von einer „freiheitlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens“ die Rede.

### **Bürokratisierung statt Freiheit**

Stattdessen aber schränken die gegenwärtigen Rahmenbedingungen die notwendigen Freiheiten in unerträglichem Maße ein. Reglementierung, Bürokratisierung und Budgetierung prägen das ärztliche Umfeld; staatliche Rationierung bestimmt mehr und mehr die Patientenbehandlung.

In der Regierungserklärung bei Übernahme der Amtsgeschäfte hielt Angela Merkel aber auch ein Plädoyer für die Leistungsträger der Gesellschaft, in dem sie forderte: „Wir müssen stärker aner-

kennen, wenn sich Menschen engagieren, wenn sie etwas leisten und wenn sie etwas aufbauen. Diese Menschen verdienen nicht unseren Neid, sondern unsere Dankbarkeit.“



Dr. Maximilian Zollner ist Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, sowie der erste Sprecher der Allianz Deutscher Ärzteverbände.

Die jetzt erzielte Einigung zu einer Gesundheitsreform 2006, wie sie in den Eckpunkten von den Spitzen der Großen Koalition verabschiedet wurden, entfernt sich nach Ansicht der Allianz Deutscher Ärzteverbände jedoch weit von den zuvor gesteckten Zielen.

### **Gleichschaltung der PKV befürchtet**

Mit den strukturellen Veränderungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung wird die Axt an dieses bis dato funktionierende und erfolgreiche Geschäftsmodell gelegt. Durch eine vereinheitlichte

Gebührenordnung für den Bereich der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung und der Implementierung von Bestandteilen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie Kontrahierungszwang, Standard- und Basistarif wird die Private Krankenversicherung über kurz oder lang gleichgeschaltet.

Mit der Vertragsgebührenordnung wird zwar eine zentrale Forderung der Ärzteschaft nach einer Gebührenordnung mit festen Preisen erfüllt, doch im Kern bleibt es bei einer Budgetierung durch die Hintertür, nämlich über ein Mengenbudget. Umso alarmierender sind daher die Bestrebungen, die Gebührenordnungen aus den Bereichen der GKV und PKV anzunähern und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch die neue Vertragsgebührenordnung zu ersetzen.

### **Fortschreibung der Grundübel**

So ist es kein Wunder, dass die Allianz Deutscher Ärzteverbände auf die Vorlage der Eckpunkte zur Reform des Gesundheitssystems mit Enttäuschung und Unverständnis reagiert. Nach monatelangem Tauziehen entpuppt sich der Reformansatz als fauler Kompromiss, der die Probleme nicht lösen wird, weil offenbar der Wille zu einer mutigen Kurskorrektur fehlt. Stattdessen wird an bestehenden schlechten Strukturen manipuliert, ohne damit das System grundlegend zu verändern. In einem falschen System bleibt jeder richtige Teilschritt dennoch ein Fehler, weil er das Grundübel fort-schreibt.

Die Elemente der Gesundheitsreform, die in den Eckpunkten vorgestellt wurden, werden die eklatante Unterfinanzierung des Gesundheitswesens weiter verschärfen und führen in die Staatsmedizin, anstatt Wettbewerb zu fördern.

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände stellt fest, dass sich der zentrale Ansatz der Freiheit, insbesondere der freiheitlichen Eigenverantwortung der Patienten und Bürger, in den Eckpunkten nicht wiederfindet.

Statt mehr Freiheit für Patienten, Ärzte, Kliniken und Krankenkassen zu gewähren, weist die Tendenz des Eckpunkte-

papiers eindeutig in Richtung Staatsmedizin und noch mehr Bürokratie.

Bei den strukturellen Veränderungen erkennt die Allianz durchaus auch positive Ansätze. Da die Eckpunkte jedoch nur eine politische Rahmenvorgabe sind, werden hierzu das weitere Gesetzgebungsverfahren und die Konkretisierung der Eckpunkte durch die Ministerialbürokratie abgewartet werden müssen.

### **Mündige Bürger sind Reformverlierer**

Die Ärzte sind eindeutig keine Gewinner dieser Reform. Letztlich verlieren alle, insbesondere aber die mündigen Bürger, weil ihnen nach wie vor jede freie Entschei-

dungsmöglichkeit in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vorenthalten wird. Bevormundung ist ein klassisches Merkmal von Staatsdirigismus. Nicht anders sind die Eckpunkte zu bewerten.

Daher ist die Allianz nach wie vor fest entschlossen, die von ihr formulierten Grundsätze und Forderungen in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen und ihren Vorstellungen mit geeigneten Maßnahmen Nachdruck zu verleihen. In diesem Zusammenhang haben der nächste nationale Protesttag am 22. September 2006 in Berlin sowie die weiteren Aktionen nach wie vor ihre Berechtigung und werden entsprechend umgesetzt werden.

Die **Allianz Deutscher Ärzteverbände** ist ein auf der Rechtsform der Arbeitsgemeinschaft agierender Zusammenschluss. Gründungsmitglieder sind der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), der Bundesverband der Ärztegenossenschaften, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands, MEDI Deutschland und der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. (Im Hintergrund die Spitzenvertreter dieser Organisationen.)

Bei der Gründung der Allianz vor rund zwei Monaten wurden unter anderem folgende Grundsätze verabschiedet:

„Der Arztberuf ist ein Freier Beruf, er dient der Gesundheit des Einzelnen und der gesamten Gesellschaft. Diese Freiheit der ärztlichen Berufsausübung setzt Therapiefreiheit, eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung sowie eine leistungsgerechte Vergütung voraus.

Die Freiberuflichkeit des Arztberufes erfordert Vertrauen in die persönliche

Leistungserbringung. Staat und Krankenkassen hingegen wollen die Patientenbehandlung von der Diagnose bis zur Therapie reglementieren, programmieren und kontrollieren. Die fortwährende Zerstörung des Arztberufes und das grundlegende Misstrauen in die Freiberuflichkeit sind längst unerträglich geworden.

Das Finanzdesaster im Gesundheitswesen ist verursacht durch politische Fehlentscheidungen, Quersubventionierung anderer Sozialversicherungsbereiche zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Ausweitung der versicherungsfremden Leistungen, sowie vor allen Dingen durch die erodierende Einnahmehasis der GKV. Die Ärzte haben, ihrem beruflichen Selbstverständnis folgend, den Mangel bis heute auf eigene Kosten subventioniert. Jetzt allerdings ist dieses Geschenk an den Sozialstaat nicht mehr leistbar.

Zehntausende Ärzte sind deshalb in den letzten Wochen und Monaten auf die Straße gegangen, um gegen Demotivation und Bevormundung zu protestieren.

Die Ärztinnen und Ärzte kämpfen um den Erhalt einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung aller Versorgungsbereiche in Deutschland und für eine moderne Medizin für alle. Sie wollen nicht länger den Mangel verwalten, sondern ihre Patienten individuell und mit höchster Qualität behandeln.

Scheinbar unbeeindruckt von diesen massiven Demonstrationen setzt die Politik ihren Kurs der Rationierung, Budgetierung und Bürokratisierung weiter fort. Vor diesem Hintergrund haben wir uns zusammengeschlossen, um in ärztlicher Solidarität und fachübergreifend gegenüber der Politik unmissverständlich einzufordern, dass gesundheitspolitische Entscheidungen in Deutschland nur noch mit den Ärztinnen und Ärzten gemeinsam getroffen werden können. Die Allianz garantiert ein gemeinsames und geschlossenes Auftreten und damit die Fähigkeit, die deutsche Ärzteschaft jederzeit mit einer unüberhörbaren Stimme gegenüber der Politik zu vertreten.“

## Plädoyer für eine ehrliche Rationierungsdebatte: Zur künftigen Entwicklung der stationären Versorgung

Gastbeitrag von Eike Hovermann, MdB

**Demografischer Wandel und anhaltend hohe Arbeitslosigkeit lassen die Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiter zusammenschrumpfen. Dieses drängende Finanzierungsproblem des deutschen Gesundheitssystems und seine Auswirkungen können beispielhaft anhand der stationären Versorgung erläutert werden. Dort wie anderswo muss künftig offen über eine Priorisierung von Leistungen und eine GKV-Grundversorgung gesprochen werden.**

Ich will zu der zukünftigen Entwicklung der stationären Versorgung Stellung nehmen – insbesondere zu einigen Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die sich nach dem Tarifabschluss mit ver.di und den vermutlich manch Kompromiss überdauernden Forderungen des Marburger Bundes nicht unbedingt leichter umsetzen lassen.

1. Es gibt nicht *die* Krankenhäuser, sondern kommunale, kirchliche und Häuser in privater Trägerschaft.
2. Die Kommunen haben wie die Kreise und Bundesländer kaum mehr Gelder, um im Rahmen flankierender Geldspritzen oder der dualen Finanzierung Investitionshilfen zu geben. Das trifft insbesondere die kommunalen und kirchlichen Häuser. Hier werden Fusionen und Schließungen zunehmen. Somit wird es für die „DKG-Familie“ künftig immer schwieriger werden, einheitliche Positionen zu finden.
3. In Folge des Wegbrechens der dualen Finanzierung werden sich neue Formen der Sicherstellung herausbilden, die insbesondere unterschiedlich sein werden in Bezug auf Erreichbarkeit im Verhältnis von Ballungszentren zu ländlichem Raum. Der planerische Einfluss der

Länder, Krankenhausplanung und Letztentscheid werden zunehmend Makulatur. Dies stellt auch ein Föderalismusproblem dar – nämlich dann, wenn die Bundesländer weiter „mit ohne Geld“ Einfluss ausüben wollen.

4. Durch die drohende Erosion der dualen Finanzierung werden sich auch die an noch bestehende (aber bald fusionierte oder geschlossene) Krankenhäuser angelagerten ambulanten Versorgungsstrukturen verändern müssen.
5. Die jetzt ermöglichten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) werden sich bei Errichtung auch eher in Richtung Ballungszentren orientieren. Solange die Finanzierung von MVZ via Finanzreformen unsicher bleibt, werden trotz des neuen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) Neugründungen von MVZ durch Ärzte außerhalb des Krankenhauses eher seltener stattfinden. Die Auskünfte und die Finanzierungsbereitschaft von Banken sind hier sehr eindeutig. Mischformen mit gleichzeitiger Tätigkeit im Krankenhaus und in der eigenen Praxis werden durch die 13-Stunden-Beschränkung nicht erleichtert. Die unsinnige Diskussion über die Abschaffung der „doppelten

Facharztschiene“ erschwert diese ganze Entwicklung zusätzlich, insbesondere deshalb, weil sie einer rein emotionalen Argumentation entspringt, die keiner rationalen Betrachtung standhält.

6. Beide Versorgungsebenen, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und GKV, werden sich alsbald aufgrund von Entwicklungen im europäischen Gemeinschaftsrecht – nämlich durch Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und Richtlinien der Kommission (verwiesen sei vor allem auf die Dienstleistungsrichtlinie und eine mögliche sektorale Dienstleistungsrichtlinie für den Gesundheitssektor) – mit einem möglichen Ende des Status „Körperschaft des öffentlichen Rechtes“ auseinandersetzen müssen. Von AOK-Seite etwa ist zu hören, dass man sich darauf auch schon vorbereitet. Langfristig sind kassenartenübergreifende Großfusionen zu erwarten. Das bedeutet meines Erachtens jedoch nicht, dass daraus wirklich finanziell gesunde Großkassen entstehen. Aus zwei finanziell Kränklichen wird nämlich nicht urplötzlich ein Starker. Aber es entstehen so große Nachfrager und Vertragsgestalter. Da mag der Körperschaftsverlust verkraftbarer werden.

7. Diese Entwicklung wird auch für die DKG spürbar werden – ist sie doch im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertreten. Hier lauten die zentralen Fragen: Wer verhandelt künftig mit wem über was? Welche Rolle kann der G-BA spielen? Werden die KVen zu reinen *Consultings*? Bilden sich neue Ärzte-Genossenschaften?

8. Alle diese Fragen werden zentral gesteuert beziehungsweise abhängig sein von den zur Verfügung stehenden Finanzressourcen

- der GKV als Finanzier der Gesundheitsleistungen von rund 90 Prozent der Bevölkerung,
- des Staates als Co-Finanzier – zumal nun die Finanzierung der Gesundheitskosten durch zusätzliche Steuern für längere Zeit ausgeschlossen ist,
- der privaten Krankenversicherung (PKV) als Co-Finanzier – zumal der Einbezug der PKV in das GKV-System inklusive Beteiligung am Risikostrukturausgleich (RSA) derzeit abgewandt scheint.

Somit stellt sich nun die Frage, ob in dem in Aussicht genommenen Gesundheitsfonds die notwendigen Gelder zur Abdeckung der medizinischen Versorgung tatsächlich vorhanden sind beziehungsweise ob die Erhöhung der Beitragssätze um 0,5 Prozentpunkte tatsächlich ausreicht.

9. Eine nüchterne Analyse sollte bei allen Reformanstrengungen davon ausgehen, dass in den nächsten Jahren in den europäischen Industrieländern eher ein stagnierendes wirtschaftliches Wachstum von ein bis zwei Prozent zu erwarten ist. Ein Wachstum von drei Prozent plus X wäre jedoch für nachhaltig neue Arbeitsplätze und somit stabile und wachsende Beitragsvolumina notwendig.

10. Wir werden à la longue nicht umhin kommen, über eine Grundversorgung im Rahmen der derzeitigen GKV-Einnahmen nachzudenken, die durch zusätzliche Versicherungspakete ergänzt wird. Mit dieser Entwicklung ließen sich auch auf Dauer verhindern

- die ständigen Erhöhungen von Zuzahlungen,
- die ständig neuen Überlegungen über Ausgrenzungen von Leistungen,



Eike Hovermann ist Bundestagsabgeordneter der SPD und Mitglied des Gesundheitsausschusses.

- die beständig wiederkehrenden Nachregulierungen in Einzelbereichen mit hohen aber nicht erreichbaren Erwartungshaltungen wie beim GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) oder dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG).

All dies trägt derzeit weder dazu bei, Planungssicherheit und Investitionsbereitschaft zu erhöhen, noch Vertrauen und *Compliance* von Beitragszahlern und Patienten zu verbessern.

Mit dem schon lange notwendigen Dialog über eine Grundversorgung kann dann

auch der Dialog über Priorisierung von Leistungen, also eine ehrliche Debatte über das Thema Rationierung, beginnen. Denn: Wir rationieren schon längst, aber eben eher verdeckt und heimlich. Und das aus Angst vor dem absoluten Totschlagargument von der Zwei-Klassenmedizin. Nur so ist auch die exorbitante Verschuldung der Kassen und des Staates psychologisch erklärbar. Doch wie will man diese Last den kommenden Generationen erklären?

Und der Kostendruck wird weiter zunehmen: Denn die Kassen stehen in einem immer schärferen Wettbewerb untereinander – und zwar um den niedrigsten Beitragssatz anstatt um mehr Qualität und Leistungsvielfalt. Gleichzeitig sorgen der demografische Wandel und die Arbeitslosigkeit verlässlich dafür, dass die Einnahmehasis der Kassen immer weiter zusammenschrumpft, während der medizinisch-technische Fortschritt neue Leistungsausgaben und -erwartungen produziert.

Dennoch wird leider weiterhin gegen jede rationale Einsicht – insbesondere vor Wahlen, man denke nur an die enterale Ernährung – die Illusion verfochten, dass im Grunde mit sinkenden Beiträgen immer noch alles medizinisch Notwendige nach Stand der Forschung bezahlbar bleibt.

Wenn alle finanzpolitischen Möglichkeiten der „kreativen Buchführung“ ausgereizt sind, bleibt am Ende wohl die Einsicht: Geringer werdende Beitragsvolumina bedeuten bei wachsendem Kostendruck für alle Versorgungsstrukturen und ebenso für Beitragszahler und Patienten, dass „Gesundheit teurer wird“. Das ist ein schmerzhafter Prozess, dem wir uns auf allen Ebenen stellen sollten. Sonst bleibt es beim Kampf jeder Teilgruppe um mehr Anteile an einem kleiner werdenden Kuchen.

## „Ein Exportschlager wird abgeschafft“

Unter dieser Überschrift hat der Vorstandsvorsitzende der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft, Dr. Nikolaus von Bomhard, in der Süddeutschen Zeitung eindringlich vor der Eliminierung der privaten Krankenversicherung gewarnt. Seine Argumentation, veröffentlicht kurz vor der Koalitionsvereinbarung zur Gesundheitsreform, hat ihre Kraft über die Bekanntgabe der schwarz-roten Eckpunkte hinaus bewahrt. Nachfolgend deshalb Auszüge dieses Plädoyers für den Erhalt der PKV unter nationalen wie internationalen Gesichtspunkten:

(...) „Die Gesundheitsmärkte gehören weltweit zu den größten Wachstumsbringern. Ohne privatwirtschaftliches Engagement fehlt die Kraft zur Finanzierung dieses Wachstums. Das gilt auch für die deutsche Krankenversicherung. Hier leisten die privat Versicherten im Vergleich zum gesetzlichen System einen überdurchschnittlichen Beitrag von 9,5 Milliarden Euro im Jahr. Viele Arztpraxen und Krankenhäuser könnten ohne Privatpatienten nicht existieren. Die hohe Versorgungsdichte und -qualität des deutschen Gesundheitssystems beruht auf diesem Solidarbeitrag der angeblich so unsolidarischen privat Versicherten. Von einem Einheitssystem in der Krankenversicherung wären keine Wachstumsimpulse zu erwarten. Im Gegenteil, Regulierung und Rationierung würden das Bild bestimmen, zumal das System ungebremst in die demografische Falle liefe. Immer weniger Junge sollen künftig die Krankheitskosten einer älter werdenden Gesellschaft mitfinanzieren. Die privat Versicherten haben im Gegensatz zum gesetzlichen System rund 100 Milliarden Euro an Rücklagen für die mit dem Alter steigenden Krankheits- und Pflegekosten gespart. Auch das ist ein gesellschaftlicher Solidarbeitrag der privat Versicherten, und zwar zur Entlastung der nächsten Generationen.

Ein solch bedeutsamer Sparprozess, wie er auch bei der Riester-Rente in Gang gesetzt wurde, würde in der Krankenversicherung willkürlich gestoppt, wenn die Privaten vom Neuzugang abgeschnitten

würden. Umgekehrt wäre es richtig: Wir brauchen mehr, nicht weniger private Kapitaldeckung in der Krankenversicherung. Die Rechnung ist relativ einfach: Wenn die privat Versicherten, die etwa zehn Prozent der Bevölkerung ausmachen, rund 100 Milliarden Euro ansparen müssen, um ihre künftigen Kosten zu decken, dann fehlen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der knapp 90 Prozent aller Bürger versichert sind, bis zu 900 Milliarden Euro an Rücklagen. (...)



Dr. Nikolaus von Bomhard ist Vorstandsvorsitzender der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.

Aus europäischer Sicht wäre die faktische Abschaffung der privaten Krankenversicherung ein herber Rückschlag für den Binnenmarkt. Zugegeben: Noch ist die Krankenversicherung nahezu in der gesamten EU staatlich oder staatsnah organisiert. Doch der EG-Vertrag dürfte hier Grenzen setzen. Die Mitgliedstaaten können ihre Sozialversicherung ganz oder

teilweise privatisieren. Der umgekehrte Weg, die Verstaatlichung von Privatunternehmen, widerspricht hingegen der Idee des Binnenmarktes.

Bleibt die globale Sicht. Ob im Nahen Osten, in Indien, China oder in anderen Staaten – weltweit geht der Trend dahin, Strukturen nach dem Vorbild der deutschen privaten Krankenversicherung aufzubauen. Eigenverantwortung, Eigeninitiative und privatwirtschaftliches Handeln bekommen einen immer größeren Stellenwert. Und gerade das deutsche System hat oft Modellcharakter. Es gilt im Vergleich zu staatlichen Systemen als zuverlässiger und zukunftsfester. Dementsprechend gefragt ist das Wissen deutscher privater Krankversicherer. Weltweit ein Exportartikel, aber zu Hause abgeschafft? Es wäre fatal.

Demografiefestigkeit, die Definition von Leistungen, die mittel- und langfristig außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert werden sollen, sowie eine geringere Belastung der Lohnkosten durch Kosten für die Gesundheitsvorsorge wären Elemente einer nachhaltigen Gesundheitsreform. Warum wird eigentlich statt einer Erhöhung nicht die deutliche Absenkung der Versicherungspflichtgrenze diskutiert? Lassen wir doch den Bürgern mehr Freiraum zur Entscheidung. Mehr und nicht weniger Menschen sollte der Zugang zu einer kapitalgedeckten Gesundheitsvorsorge ermöglicht werden. Solch mutige Reformschritte stünden einer großen Koalition gut an.“

## Arzneiverordnung bei Privatpatienten: Je teurer, desto Generika

Eine Untersuchung der Arzneiverordnungen durch das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) zeigt eine grundsätzlich geringere Quote von Nachahmerpräparaten (Generika) bei Privatpatienten (siehe PKV Publik 4/2006). Je größer aber die Preisdifferenz zum Original, desto höher liegt der Generikaanteil auch bei Privatversicherten.

Generika sind Medikamente, die die identischen Wirkstoffe wie die ursprünglich patentierten Arzneimittel der Originalanbieter enthalten. Sie sind in der Regel preisgünstiger als die Originalpräparate.

### Generikaanteil bei Privatpatienten

Das WIP untersuchte die Rezeptdaten von privaten Krankenversicherern, um den Anteil von Generika auf dem generikafähigen Markt zu bestimmen. Die errechneten Werte für die Privatpatienten wurden danach mit den Generikaanteilen bei Kassenpatienten verglichen. Die Zahlen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind dem aktuellen Arzneiverordnungsreport entnommen.

An dieser Stelle sollen die Untersuchungsergebnisse von vier umsatzstarken Wirkstoffen, nämlich Omeprazol, Simvastatin, Metoprolol und Amlodipin vorgestellt werden. Omeprazol hemmt die Bildung von Magensäure und hilft zum Beispiel

	Wirkstoff	Original	Ø Preis pro Verordnung Original	Ø Preis pro Verordnung Generika
Betablocker Protonenpumpenhemmer Cholesterinsenker Calciumkanalblocker	Metoprolol	Beloc	31,15 Euro	21,79 Euro
	Omeprazol	Antra	117,09 Euro	57,95 Euro
	Simvastatin	Zocor	117,20 Euro	49,51 Euro
	Amlodipin	Norvasc	47,01 Euro	31,86 Euro

Ausgewählte Wirkstoffe mit durchschnittlichen Verordnungspreisen

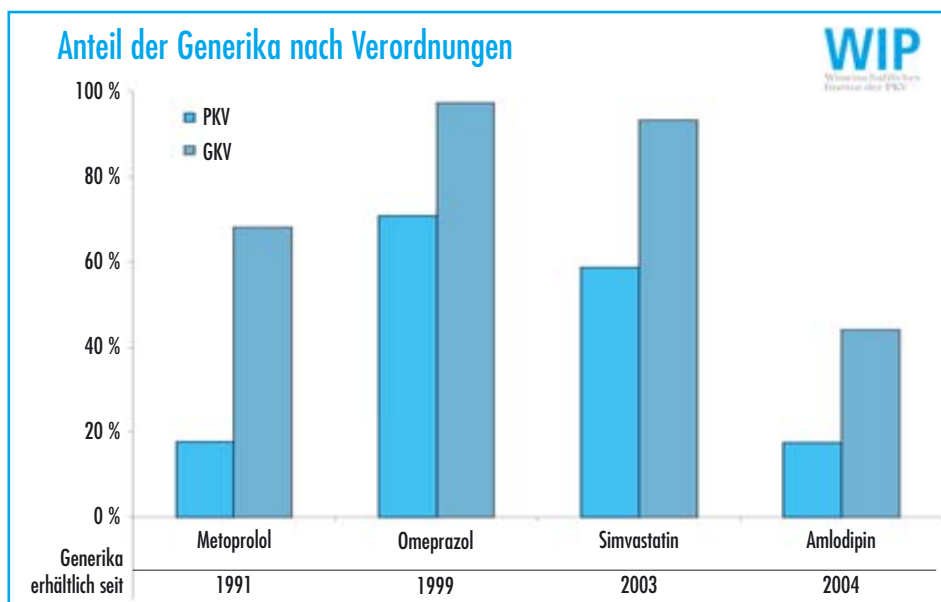
bei Sodbrennen. Simvastatin ist ein Cholesterinsenker und Metoprolol sowie Amlodipin werden bei Herz- und Kreislaufleiden verschrieben. Omeprazol und Simvastatin sind die teuersten der vier Wirkstoffe. Außerdem sind die Preise der Originale der beiden Wirkstoffe mehr als doppelt so hoch wie die der zugehörigen Generika (siehe Tabelle oben). Für Metoprolol sind bereits seit 1991 Generika auf dem Markt, für Omeprazol seit 1999. Für Simvastatin existieren Nachahmerpräparate seit 2003 und für Amlodipin seit 2004. Der Generikaanteil ist bei allen vier Wirkstoffen in der PKV geringer als in der

GKV (siehe Grafik unten). Die größte Differenz ist bei Metoprolol auszumachen. Während die GKV einen Generikaanteil von mehr als 68 Prozent meldet, konnte das WIP für die PKV hier nur einen Anteil von 17 Prozent errechnen. Privatpatienten erhalten am meisten Generika bei Omeprazol und am wenigsten bei Metoprolol und Amlodipin.

### Preisunterschied beeinflusst Verordnung

Es ist ein Zusammenhang zwischen dem Preisunterschied von Original zu Generika und der Bedeutung der Generika erkennbar. Die beiden Wirkstoffe, bei denen Generika im Vergleich zum Original besonders preisgünstig sind, weisen sowohl bei der GKV als auch bei der PKV die höchsten Generikaanteile auf. Mit zunehmender Preisdifferenz weichen also auch Privatpatienten auf Generika aus. Die Zeit, seit der Generika auf dem Markt sind, spielt hinsichtlich ihrer Bedeutung ebenfalls eine gewisse Rolle. So ist der Anteil bei Amlodipin aufgrund des Einführungseffektes niedrig. Das Resümee: Privatpatienten erhalten deutlich weniger Generika als Kassenpatienten. Der Generikaanteil ist aber auch bei PKV-Versicherten höher, wenn die Preisdifferenz zum Original größer ausfällt.

Wi



## Diagnose: Enttäuschend

Die Erwartungen an die Gesundheitsreform waren hochgesteckt. Verständlich, hatte doch die Große Koalition das Projekt mit dem Etikett „höchste Priorität“ versehen und durchgreifende, zukunfts-taugliche Neuerungen versprochen. Der dbb beamtenbund und tarifunion, mit über 1,27 Millionen Mitgliedern die große deutsche Interessenvertretung für Beamte, Angestellte und Arbeiter im öffentlichen Dienst und im privaten Dienstleistungssektor, hat an der Notwendigkeit der Reform nie Zweifel gelassen. Wir haben stets betont, dass dabei alle gefordert seien – Beitragszahler, Krankenversicherer und Leistungserbringer. Schauen wir auf die Eckpunkte der Gesundheitsreform, auf die sich die Bundesregierung nun verständigt hat, lautet unsere Diagnose: Enttäuschend. Sie werden dem Anspruch an eine nachhaltige Gesundheitsreform leider nicht gerecht, weil zu viele Kompromisse enthalten sind, die auf den unvereinbaren Modellen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ basieren. So halten wir den Auftakt mit einer generellen Beitragssatzanhebung um 0,5 Prozentpunkte ab 2007 für missglückt. Auch den geplanten Gesundheitsfonds sehen wir mit Skepsis.

Allerdings begrüßt der dbb ausdrücklich, dass der faire Wettbewerb zwischen privaten Trägern und gesetzlichen Kassen erhalten bleiben soll. Denn für uns war immer klar: Die gemeinsame Absicherung des Krankheitsrisikos durch gesetzliche und private Krankenversicherung ist ein wesentlicher Grund für die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Ein in sich stimmiges System wie die private Krankenversicherung sollte nicht in Frage gestellt werden. Die PKV erfüllt ihre Aufgaben – als Vollversicherung wie als Ergänzung bei beihilfeberechtigten Beschäftigten des öffentlichen Dienstes.

Die Privaten treffen durch Alterungsrückstellungen Vorsorge für die Zukunft und erfüllen damit eine Forderung, die von Seiten der Politik immer wieder erhoben wird. Für Kritik, die Privatversicherten verhielten sich unsolidarisch, haben wir kein Verständnis, denn durch Mehrumsatz mobilisieren sie jährlich rund neun Milliarden Euro, die dem System sonst nicht zur Verfügung stünden, und aus denen ein beachtlicher Teil des medizinischen Fortschritts subventioniert wird.

Seit seiner Einführung vielfach durchkalkuliert, hat sich immer wieder erwiesen, dass das Beihilfesystem bei den rund 1,6 Millionen privat versicherten Beamten für den Staat kostengünstiger ist als die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Folgte der Staat gewissen Empfehlungen und leitete die Beamten in die GKV über, würde dies den Abschied von einer wesentlichen Ausprägung der Alimentation der Beamten bedeuten – ein aus unserer Sicht weder sinnvoller noch kostensparender Schritt.

Als richtige Entscheidung sehen wir den Einstieg in eine teilweise Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Das gilt insbesondere für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Allerdings müsste dies zur verfassungsrechtlich haltbaren Gleichbehandlung auch für in der PKV versicherte Kinder gelten.



Peter Heesen

Peter Heesen ist seit 2003 Bundesvorsitzender des dbb beamtenbund und tarifunion. Zuvor war der studierte Deutsch- und Philosophielehrer unter anderem Bundesvorsitzender des Deutschen Philologenverbandes.

### 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](mailto:presse@pkv.de)

#### Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Stephan Caspary  
Produktion: Karin Held

#### Autoren dieser Ausgabe:

Dr. Nikolaus von Bomhard, Timm Genett,  
Peter Heesen, Eike Hovermann (MdB),  
Dr. Frank Wild, Dr. Maximilian Zollner

#### Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

#### Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH  
Klostr. 20-24, 76137 Karlsruhe  
Telefon (0721) 3 5090

#### 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 15.09.2006.