

Mehr als nur Rechnungsbegleichung

Bereits jede vierte angestellte Führungskraft in Deutschland ist privat vollversichert und insbesondere in den jüngeren Altersgruppen wächst der Zuspruch zur PKV. Vor diesem Hintergrund erläutert Ludger Ramme, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Führungskräfteverbands, was privat krankenversicherte Spitzenkräfte von der PKV erwarten. > Seite 68

„Bei uns wäre ich längst tot“

Im deutsch-holländischen Grenzgebiet herrscht reger Patienten-Grenzverkehr. Viele Niederländer loben das schnelle und zuverlässige Versorgungssystem des Nachbarlandes: Für sie zählt das deutsche Gesundheitswesen – hierzulande oft gescholten – mit zum Besten, was ein Patient überhaupt bekommen kann. > Seite 70

„mach's mit auf Achse“

Die PKV beteiligt sich erneut an der AIDS-Sommeraktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Im Mittelpunkt der diesjährigen Kampagne stehen 20 LKW, die unter dem Motto „mach's mit auf Achse“ durch Deutschland rollen und für den Gebrauch von Kondomen werben. > Seite 71

Eine ziemlich dicke Schnitte

Scheibchenweise führt die Gesundheitsministerin ein, was sie am Stück nicht geschafft hat, meint Dr. K. Ulrich Rubehn, stellvertretender Bundesvorsitzender im Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V. Der Basistarif, sagt er, ist der Einstieg in Egalisierung und Nivellierung und damit ein gewaltiger Schritt in Richtung Bürgerversicherung. > Seite 72

Außerdem in dieser Ausgabe

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



Der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Reinhold Schulte, am 20. Juni in Berlin vor der Mitgliederversammlung.

„Das deutsche Gesundheitssystem braucht eine starke, kapitalgedeckte PKV“

Auf seiner Jahrestagung in Berlin hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Vorreiterrolle der PKV für Qualität und Fortschritt im Gesundheitswesen betont. „Die zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft – die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Alterung der Bevölkerung – werden sich ohne uns nicht bewältigen lassen. Wenn Gesundheit ein Wachstumsmarkt in Deutschland bleiben soll, geht das nur mit einer starken PKV“, so der Vorsitzende des Verbandes, Reinhold Schulte, vor den Repräsentanten der Mitgliedsunternehmen. Trotz ihrer durch die Gesundheitsreform erschwerten Rahmenbedingungen zeigte sich die Branche zu-

versichtlich, die Menschen auch in Zukunft mit individuellen, generationengerecht finanzierten Versicherungsprodukten überzeugen zu können: „Leistungssicherheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl, guter Service, Zugang zu medizinischen Innovationen – diese traditionellen Stärken der PKV gewinnen vor dem Hintergrund des politisch initiierten Rationierungskurses in der GKV immer mehr an Bedeutung“, so der Verbandsvorsitzende in seiner Rede weiter. Wissenschaftlich beleuchten ließen sich die Teilnehmer das Tagungsmotto „Zukunft der Gesundheit“ und insbesondere das Spannungsverhältnis von Ökonomie und Ethik von renommierten Hochschulprofessoren. > Seite 63

Brief aus Berlin und Köln



Die Große Koalition hat die Chance auf einen zukunftsorientierten Umbau der gesetzlichen Pflegeversicherung vergeben: Statt den von der Wissenschaft geforderten Umstieg auf Kapitaldeckung zu vollziehen oder ihn zumindest konsequent einzuleiten, baut sie das Umlageverfahren der gesetzlichen Pflegeversicherung sogar noch aus. Damit bewirkt sie das Gegenteil von Generationensolidarität. Die Lastenverschiebung auf die Jüngeren wird ungebremst fortgesetzt. Darüber darf auch eine vorübergehende Kompensation durch Beitragssenkungen in der Arbeitslosenversicherung nicht hinwegtäuschen. Die aus Sicht der Pflegebedürftigen sinnvolle und erforderliche Ausweitung der Leistungen hätte unbedingt im Kapitaldeckungsverfahren – ohne weitere Hypothek auf die Zukunft – erfolgen müssen.

SPD verhindert zukunftssteife Pflegereform

Ganz offensichtlich ist der Einstieg in eine zukunftssteife, generationengerecht finanzierte Pflegereform für die gesetzlich Versicherten an überholten ideologischen Positionen in der SPD gescheitert. Wie anders ist es zu erklären, dass sie den überfälligen Aufbau einer Demografiereserve von einem – nach Ansicht renommierter Verfassungsjuristen und prominenter Vertreter der Bundesregierung – verfassungswidrigen Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung abhängig gemacht hat? Es ist richtig, dass

die Union diesem Drängen der SPD nicht nachgegeben hat. Sonst wären die Privatversicherten, die mit ihren im Schnitt höheren Beiträgen bereits Demografievorsorge betreiben, doppelt belastet worden.

Sachgerechte Lösungen für einen generationengerechten Umbau der gesetzlichen Pflegeversicherung hätte es gegeben: So den Vorschlag der bayerischen Sozialministerin Stewens für eine ergänzende, kapitalgedeckte private Pflegeversicherung. So den Vorschlag, die bereits heute auf dem Markt befindlichen Pflegezusatzversicherungen stärker steuerlich zu fördern, um damit – nach dem Vorbild Riester – gerade auch für kleine und mittlere Einkommen Anreize zur zusätzlichen Pflegevorsorge zu schaffen.

Die private Pflegepflichtversicherung wird auf der Grundlage ihrer Erfahrungen in der Kalkulation und in der Kapitalanlage, in der Beratung, der Pflegebeurteilung und Qualitätssicherung die von der Großen Koalition vorgenommenen Leistungsausweitungen verantwortungsvoll umsetzen. Auch diese Leistungen werden – anders als in der gesetzlichen Pflegeversicherung – in der privaten Pflegepflichtversicherung nachhaltig und generationengerecht finanziert werden.

Beitragsbegrenzung nicht akzeptabel

Nicht akzeptabel ist, dass analog zum Basistarif nun auch für die private Pflegeversicherung eine Beitragslimitierung für niedrige Einkommen vorgesehen ist. Dies löst nach dem GKV-WSG einen weiteren system- und rechtswidrigen Subventionsbedarf zu Lasten der Bestandsversicherten aus.

Die Politik bleibt aufgefordert, eine pflegepolitische Antwort auf die nicht mehr abwendbare demografische Herausforderung zu geben. Dafür sollte die bis zum Beginn der nächsten Legislaturperiode verbleibende Zeit konzeptionell genutzt werden. Die private Pflegeversicherung wird sich an einem solchen Prozess konstruktiv beteiligen. *L*



Mitgliederversammlung 2007: Die private Krankenversicherung bleibt der Motor für Qualität und Fortschritt im Gesundheitswesen

Auf seiner Jahrestagung am 20. Juni 2007 in Berlin hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Bedeutung einer starken, kapitalgedeckten PKV für das Gesundheitssystem in Deutschland betont. Den durch die Gesundheitsreform erschwerten Rahmenbedingungen will die Branche mit Innovationskraft und einer Qualitätsoffensive trotzen.

„Die zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft – die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Alterung der Bevölkerung – werden sich ohne PKV nicht bewältigen lassen. Wenn Gesundheit ein Wachstumsmarkt in Deutschland bleiben soll, geht das nur mit einer starken PKV“, so Reinhold Schulte, der Vorsitzende des Verbandes, vor den Repräsentanten der Mitgliedsunternehmen und der Medien.

Während sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), forciert durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz, nicht nur nach eigener Einschätzung in Richtung einer politisch gewollten Standardversorgung entwickelt, bekennt sich die PKV zum medizinischen Fortschritt im Gesundheitswesen: „Fortschritt wird bei uns nicht ausgebremst. Die PKV ist und bleibt eine budgetfreie Zone“, sagte Schulte.

Traditionelle Stärken der PKV gewinnen weiter an Bedeutung

Trotz ihrer durch die Gesundheitsreform erschwerten Rahmenbedingungen zeigte sich die Branche in Berlin zuversichtlich, die Menschen auch in Zukunft mit individuellen, generationengerecht finanzierten Versicherungsprodukten überzeugen zu können: „Leistungssicherheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl, guter Service, Zugang zu medizinischen Innovationen – diese Stärken der PKV gewinnen vor dem Hintergrund des politisch initiierten Rationierungskurses in der GKV immer mehr an Bedeutung“, so der Verbandsvorsitzende.



PKV-Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte

Schulte kündigte an, einen „Qualitätsstandard Privatmedizin“ voranzutreiben: „Die PKV strebt an, gemeinsam mit den Ärzten neue Maßstäbe für die Behandlung von Privatversicherten zu entwickeln. Außerdem wollen wir auf Preise, Mengen und Qualität von Arzneien, Methoden und Heilbehandlungen stärker Einfluss nehmen – in fairer Partnerschaft mit allen Leistungserbringern.“

Kritische Bilanz der Gesundheitsreform

Auf der Tagung zog die PKV eine kritische Bilanz der im April in Kraft getretenen Gesundheitsreform. So beklagte der Verbandsvorsitzende die Verschärfung der Bedingungen für die Versicherungsfreiheit, durch die vielen GKV-Versicherten die Wechselmöglichkeit in die PKV verschlossen und der Neuzugang zur

PKV begrenzt wird. Gegen die Verpflichtung zur Einführung des Basistarifs mit seinem rigiden Bedingungsnetz werden PKV-Unternehmen Verfassungsbeschwerden einlegen und auch bei der Mitgabe von Alterungsrückstellungen für den Bestand bestehen aus Sicht der Branche und renommierter Verfassungsrechtler unüberwindbare juristische Hürden.

Ungeachtet dessen arbeitet die PKV an einer angemessenen Umsetzung des ihr vom Gesetzgeber auferlegten Basistarifs. „Angemessen heißt dabei: Wenn der Basistarif der GKV vergleichbar sein soll, muss er auch mit entsprechenden Leistungsbegrenzungen, Kostendämpfungen und Steuerungsinstrumenten ausgestattet sein“, erklärte Reinhold Schulte im Namen der Delegierten.

Die Versammlung wandte sich gegen den kurz zuvor gefundenen Kompromiss der Großen Koalition zur Pflegeversicherung (ausführlich dazu der „Brief aus Berlin und Köln“ auf Seite 62) und gegen das Angebot von „privaten“ Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Kassen, zum Beispiel für Chefarztbehandlung und Komfortunterbringung im Krankenhaus.

Außerdem kritisierten die Branchenvertreter die gesetzliche Regelung für Nicht-versicherte. Sie war vom Gesundheitsministerium in der Reformdebatte mit angeblich 300.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz begründet worden – zum Zeitpunkt der Versammlung hatten sich jedoch nicht einmal 2.200 Menschen



PKV-Vorstandsmitglieder Dr. Ulrich Rumm, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow, Günter Dibbern, Uwe Laue, Dr. Josef Beutelmann (v.l.n.r.)

konkret nach dem der PKV jetzt gesetzlich vorgeschriebenen, modifizierten Standardtarif erkundigt. „Da muss man sich einmal mehr fragen, ob die von SPD und Ulla Schmidt mit großer Dramatik aufgebauten Horrorszenarien um Nichtversicherte nicht in erster Linie das Ziel hatten, die Pflicht zur Versicherung einzuführen, um damit einen weiteren Hebel für mehr staatliche Einflussnahme in der Hand zu haben“, so der Verbandsvorsitzende.

Wissenschaftliche Gastvorträge

Wissenschaftlich ließen sich die Branchenvertreter das Tagungsmotto „Zukunft der Gesundheit“ von drei renommierten Hochschulprofessoren nahe bringen – ihre Vorträge sind auf den folgenden Seiten kurz zusammengefasst, die vollständige Dokumentation der Veranstaltung erscheint in Kürze als Broschüre.

Prof. Dr. Christian Behl von der Universität Mainz befasste sich in seinem Referat mit der Frage, vor welchen Krankheitsherausforderungen eine alternde Gesellschaft steht. Sein Schwerpunkt lag dabei auf den beiden wesentlichen Alterserkrankungen Diabetes und Alzheimer. Diese beiden Krankheitsbilder, so Prof. Behl, werden neben einer Reihe weiterer altersassoziierter Erkrankungen die zu-

künftigen Epidemien unserer Gesellschaft sein.

Prof. Dr. Matthias Brandis, Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums in Freiburg, berichtete über aktuelle Neuerungen, vor denen die Medizin steht – neue schonende Operationstechniken, die Entwicklung von Hochpräzisionsgeräten, Impfungen gegen heute noch nicht heilbare Krankheiten – und darüber, welche Voraussetzungen dafür notwendig sind.

Innovationen und die anwachsende Nachfrage nach teurer Spitzenmedizin führen

zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Damit allerdings wird unsere Gesellschaft immer unausweichlicher mit der Frage konfrontiert, wer am medizinischen Fortschritt teilhaben wird, welche Leistungen bezahlt werden können und welche nicht. Dieses brisante Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik schilderte Prof. Dr. Peter Propping von der Universität Bonn und Mitglied des Nationalen Ethikrats.

Neue Balance von GKV und PKV

Aus Sicht der privaten Krankenversicherungen, auch dies wurde auf der Mitgliederversammlung deutlich, ist unser Gesundheitssystem nur mit mehr Kapitaldeckung, mit mehr Eigenverantwortung und mehr Transparenz zukunftsfähig auszugestalten. „Die Politiker müssen den Mut haben, die Illusion von der Rundumversorgung zu beenden. Die Rationierungspolitik in der GKV muss für die Versicherten endlich offengelegt, sie muss kommuniziert werden. Nur dann können die Menschen sich darauf einstellen. Wir brauchen eine neue Balance von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Wir müssen mehr Leistungen und Menschen in der privaten Krankenversicherung absichern“, so der Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte. sc



Podiumsdiskussion mit PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach und den Referenten Prof. Dr. Christian Behl, Prof. Dr. Matthias Brandis, Prof. Dr. Peter Propping sowie der Moderatorin Ursula Heller.

Programmierte Herausforderung: Die Krankheiten der Zukunft

Auszug aus dem Vortrag von Prof. Dr. Christian Behl auf der PKV-Jahrestagung

Vor dem Hintergrund der sich stark verändernden Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland und der sich daraus ergebenden dramatischen gesellschaftlichen Veränderungen in der Zukunft möchte ich über zwei wesentliche Alterserkrankungen des Menschen, Diabetes mellitus Typ 2 und Morbus Alzheimer, berichten. Beide Krankheitsbilder werden neben einer Reihe weiterer altersassoziierter Erkrankungen die Epidemien unserer zukünftigen Gesellschaft sein.

Der besonders starke Anstieg an Altersdiabetes in Deutschland, aber auch in anderen Industrienationen steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der ebenfalls gesteigerten Lebenserwartung und dem Übergewicht der Bevölkerung. Über 80 Prozent der Altersdiabetiker sind übergewichtig. Damit ist die Fettsucht als entscheidender, aber auch als vermeidbarer Risikofaktor identifiziert. Altersdiabetes ist häufig Teil eines tödlichen Quartetts, zu dem auch bauchbetonte Fettsucht, hohes Cholesterin und erhöhter Blutdruck gehören. Das Zusammentreffen dieser sich gegenseitig bedingenden Ereignisse wird auch als metabolisches Syndrom oder Wohlstandssyndrom bezeichnet. Wohlstandssyndrom und Altersdiabetes wären oft schon durch Änderungen des eigenen Verhaltens vermeidbar.

Laut einer Studie zu den Kosten des Diabetes mellitus der Universität Köln aus dem Jahr 2005 verursachten die geschätzten 5,8 Millionen Diabetiker in Deutschland im Jahr 2001 Kosten von 59,8 Milliarden Euro, davon 30,6 Milliarden Euro direkte Kosten und 29,2 Milliarden Euro indirekte Kosten, die sich aus Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung ergeben. Die sich aufgrund einer vorliegenden Diabetes

ergebenden Folgekosten betragen weitere 22,3 Milliarden Euro pro Jahr, davon wiederum 14,6 Milliarden Euro direkte Kosten und 7,7 Milliarden Euro indirekte Kosten. In Summe erwartet man beim Anstieg der Patientenzahlen bis zum Jahr 2010 auf etwa zehn Millionen Diabetiker in Deutschland somit alleine für die direkten und indirekten Diabetes-Folgen durch diese Erkrankung Kosten von in etwa 37 Milliarden Euro jährlich, zusätzlich zu den hohen direkten Erkrankungskosten.



Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Christian Behl ist Leiter des Instituts für physiologische Chemie und Pathobiochemie, Fachbereich Medizin, an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Die Erkrankungshäufigkeit der Alzheimer-Demenz steht in engem Zusammenhang mit dem Lebensalter. Neuere statistische Auswertungen ergeben, dass derzeit schon fast ein Viertel der über 80-Jährigen von dieser neurodegenerativen Erkrankung betroffen ist. Vor dem Hintergrund der dramatischen Zunahme der höheren Altersjahrgänge ist dementsprechend auch eine dramatische Zunahme der Alzheimer-Krankheit abzuleiten. Anders als beim Altersdiabetes ist die Alzheimer-Krankheit nicht durch vergleichsweise

einfache Verhaltensmaßnahmen, wie etwa eine veränderte Ernährung, zu verhindern.

Laut dem 4. Altenbericht der Bundesregierung sowie verschiedener Berichte der Deutschen Alzheimer Gesellschaft werden die Kosten für einen Alzheimerpatienten mit etwa 44.000 Euro pro Jahr veranschlagt. Etwa 2,5 Prozent davon trägt die gesetzliche Krankenversicherung, etwa 30 Prozent der Kosten übernimmt die Pflegeversicherung und der übergroße Rest, mehr als zwei Drittel, wird vom direkten Umfeld des Patienten aufgewendet. Bei derzeit geschätzten 600.000 bis 1 Million Alzheimerpatienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz haben wir somit pro Jahr mit Kosten zwischen 25 und 44 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen zu rechnen.

Die derzeit verfügbaren Medikamente, die den Krankheitsprozess zwar nicht heilen oder umkehren, aber zumindest leicht verzögern können, sind aktuell sehr teuer. Laut Untersuchung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft erhalten daher nur 18 Prozent der gesetzlich versicherten Alzheimerpatienten, aber 35 Prozent der Privatversicherten die von Neurologen und Psychiatern empfohlenen Medikamente.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen muss durch verstärkte Aufklärung, Forschung und, falls nicht anders möglich, durch entsprechende gesetzliche Regelungen in der Bevölkerung das Bewusstsein zur vermehrten Eigenverantwortung für zumindest einen Teil der Alterserkrankungen gestärkt werden. Es muss deutlich werden, dass Erkrankungen, die mit dem Alter assoziiert sind, nicht in allen Fällen zwangsläufig auftreten müssen, sondern oft vermieden werden könnten.

Erschließung der Potenziale: Innovationen der Zukunft

Auszug aus dem Vortrag von Prof. Dr. Dr. hc. Matthias Brandis auf der PKV-Jahrestagung

In der Medizin stehen wir heute vor zwei grundlegenden Fragen: Zum einen, mit welchen Innovationen der Diagnostik und Therapie wir in den nächsten fünf bis zehn Jahren rechnen können. Und zum anderen, wie zukünftig die Finanzierbarkeit mit dem derzeitigen Umverteilungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt werden kann.

Im Sinne des Sozialgesetzbuches V – Gesetzliche Krankenversicherung – Paragraph 12 sollen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Hier ist von vornherein ein Dilemma zu erkennen, denn in der Hochleistungsmedizin wird ständig die Frage nach der modernsten und innovativsten Form der Diagnostik und Behandlung gestellt. Diese Forderung wird nicht nur von den Ausübenden, sondern zunehmend auch von den Patienten erhoben.

Heute sind Operationsverfahren denkbar, die es vor 30 oder 40 Jahren noch nicht gegeben hat: Die mikroinvasive und roboterunterstützte Chirurgie hat dazu geführt, dass viele Operationen heutzutage überhaupt erst machbar sind. Gleichzeitig sind sie schonender für den Gesamtorganismus. In Zukunft wird es neue Möglichkeiten in der Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen geben. Hochpräzisionsinstrumente werden – wie zum Teil schon in der Neurochirurgie praktiziert – weiter Einzug in die Chirurgie halten. Die Entwicklung derartiger Geräte wird Kosten verursachen, die die bisherige Kalkulation vermutlich weit übersteigen werden.

Die Krebsbehandlung wird sich neben der Chemotherapie, der hoch differenzierten Strahlentherapie und den verfeinerten

Chirurgietechniken mehr der spezifischen Tumorthherapie zuwenden. Die Entwicklung dieser Antikörper ist so teuer, dass die Medikamente ein Vielfaches der heutigen Zytostatika kosten werden.



Prof. Dr. Dr. hc. Matthias Brandis ist Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Freiburg.

In Teilbereichen gibt es bereits Organersatz durch omnipotente oder pluripotente Stammzellen, so in der Dermatologie und beim Knorpelersatz. Auf diesem Gebiet wird es in den nächsten Jahren vermutlich eine stürmische Weiterentwicklung geben.

Ein völlig anderer Bereich von Innovationen wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmend Realität werden: die Impfungen zum Schutz vor Krankheiten wie Krebs. Die kürzliche Einführung der Impfung für zwölfjährige Mädchen gegen Papilloma-Viren, den bekannten Erreger des Zervix-Karzinoms, könnte eine weltweite Vermeidung dieser Krebserkrankung zur Folge haben. Die Kosten dieser flächendeckenden Prävention sind allein für Deutschland, wo diese Impfung jetzt

zugelassen ist, auf 3,5 Milliarden Euro hochgerechnet worden.

Es ist leicht erkennbar, dass unter Beibehaltung des Anteils, den jeder Bürger zu zahlen hat, diese immer teurer gewordene und werdende Medizin nicht leistbar ist. Es ist eine Frage an die Gesellschaft und an die Politik, ob man moderne Medizin für den Bürger realisieren will. Dies ist erreichbar durch den Wegfall von Bereichen der Grundversorgung. Der Ruf nach der Selbstbeteiligung, sozial abgedeckt, ist vielfach diskutiert worden. So unpopulär ein solcher Vorschlag ist, erscheint kaum eine andere Alternative zu existieren.

Ein rationaler Umgang mit den Herausforderungen, die die Innovation an die Medizin darstellen, könnte darin liegen, Gesundheitseinrichtungen zu zentralisieren. Gelingt es, ein Zentrum so zu strukturieren, dass in einer logistisch durchorganisierten Form ein kranker Patient in kürzester Zeit mit geringstem Aufwand diagnostisch und therapeutisch versorgt wird, wird eine optimale Nutzung der Ressourcen sehr viel eher möglich.

Die Medizin wird sich durch innovative Entdeckungen weiter entwickeln. Neue Möglichkeiten werden praktiziert werden, und die Gesellschaft wird die Anwendung auch für sich selbst einfordern. Zurzeit noch undenkbare Möglichkeiten werden realisiert werden. Die Gesundheitssysteme werden sich darauf einstellen müssen. Mit den Kostenexplosionen gilt es, den sozialen Ausgleich umzusetzen. Auch sozial schwache Gesellschaftsstrukturen müssen mit den Neuentwicklungen versorgt werden. Dieses ist nur realisierbar, wenn eine sozial verträgliche Umverteilung politisch akzeptiert wird.

Grenzen der Finanzierung: Die ethischen Fragen der Zukunft

Auszug aus dem Vortrag von Prof. Dr. Peter Propping auf der PKV-Jahrestagung

Die Sorge um die Gesundheit ist ein altes und doch immer wieder neues Thema für den Menschen. Arzt, Krankenhaus und Apotheker sind bezahlte Dienstleister. Trotzdem stimmen wir darin überein, dass Gesundheit keine käufliche Dienstleistung wie jede andere ist. Wir alle – sei es als unvernünftige Jugendliche oder als multimorbide Alte – erwarten, dass die Solidargemeinschaft der Versicherten uns hilft, egal ob wir schicksalhaft oder schuldhaft der Medizin bedürfen.

Die zentralen Fragen lauten: Wie kann eine angemessene Versicherung gegen Krankheiten für alle Bürger auch in Zukunft bezahlbar bleiben? Wie können alle Bürger am Fortschritt der Medizin partizipieren? Wie kann verhindert werden, dass die unteren Einkommensgruppen durch das soziale Netz fallen?

Es gehört zur Natur des Menschen, dass er immer neue Wünsche hat, wie viele ihm bisher auch zuvor schon erfüllt worden sind. Es kann aber nicht funktionieren, wenn jeder nach eigenem Belieben einen Griff in die gemeinsame Kasse tun darf. Dies gilt für arm und reich, für GKV und PKV. Man kommt nicht darum herum, Mechanismen, vielleicht auch Kontrollen einzuführen, um Einnahmen und Ausgaben auszubalancieren. Warum müssen ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigt werden, wenn es um ethische Fragen geht? Weil es unethisch wäre, wenn die vorhandenen Ressourcen nicht zum bestmöglichen Nutzen einer möglichst großen Zahl von Menschen eingesetzt würden.

In der GKV gehören explizite Rationierungen schon heute zum Alltag. Dazu zählen Praxis- und Rezeptgebühr, Zuzahlungen zu Hilfsmitteln einschließlich Zahn-

ersatz, die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen. Die den Ärzten vorgegebenen Budgets lasten ihnen nicht nur die Verantwortung für eine mögliche Einschränkung der Behandlung auf, mindes-



Prof. Dr. Peter Propping ist Direktor des Instituts für Humangenetik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn.

tens implizit handelt es sich auch um Rationierung. Die Kontrolle der Ausgaben ist unverzichtbar, wenn man den Menschen den Fortschritt der Medizin nicht vorenthalten will. Bei Entscheidungen über die diagnostischen und therapeutischen Abläufe kann und sollte man den Patienten mit in die Pflicht nehmen.

Innovative Verfahren in Diagnostik und Therapie sollten auch in Zukunft zur Verfügung stehen – allerdings nur, wenn sie ihre Effektivität bewiesen haben. Diesen Nachweis zu führen, ist Aufgabe der Forschung. Wann ist ein neues Verfahren aber effektiv? Hier möchte ich auf Erfahrungen aus Großbritannien hinweisen. Dort unterstehen alle Ärzte und Krankenhäu-

ser dem Nationalen Gesundheitsdienst. Das Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) legt Kriterien für die Behandlung fest. Das NICE hat damit Aufsehen erregt, dass es für die Einführung eines neuen medizinischen Verfahrens Kostenobergrenzen festgelegt hat. Ein gewonnenes Lebensjahr soll im Durchschnitt nicht mehr als 30.000 Pfund kosten dürfen, also etwa 43.000 Euro. Wer erstmals davon hört, den mag die ökonomische Betrachtung des Menschenlebens erschrecken. Andererseits wird in Zukunft nicht mehr alles bezahlbar sein, was machbar ist. Wenn man auf Regelungen verzichtet, wird ja auch entschieden, nur unsystematisch, um nicht zu sagen chaotisch.

In Deutschland haben wir für das GKV-System die jüngeren, aber dem NICE vergleichbaren Institutionen Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) und IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Empfehlungen dieser Einrichtungen werden nicht immer auf Zustimmung stoßen, auch Fehlentscheidungen sind unvermeidbar. Wichtig sind die Unabhängigkeit der Institutionen und die Transparenz ihrer Entscheidungen, so dass Korrekturen möglich sind. Ich plädiere dafür, dieses System weiterzuentwickeln. Personenbezogene Entscheidungen, bei denen es um die Diagnostik oder Therapie in einer konkreten Krankheitssituation, eventuell gar um ein individuelles Menschenleben geht, sollten vermieden werden. Wir brauchen abstrakte und patientenferne Planungsvorgaben auf Grund rationaler Argumente. Wir brauchen versicherungsrelevante Leitlinien, damit in jedem Fall ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis erreicht wird. Dies liegt im Interesse von GKV und PKV und natürlich von uns allen.

Was privat krankenversicherte Führungskräfte von ihrer PKV erwarten

Gastbeitrag von Ludger Ramme

Vereinzelte Kritik an der privaten Krankenversicherung gehört schon seit langer Zeit zu den gewohnten Begleitritualen jeder Gesundheitsreform. Dennoch hat den Deutschen Führungskräfteverband überrascht, wie massiv zu Beginn der Legislaturperiode der Großen Koalition die Zukunft der privaten Krankenversicherung in Frage gestellt wurde.

Als überzeugte Anhänger des gegliederten Versicherungssystems mit einer bewährten Arbeitsteilung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) beurteilen wir daher das nunmehr in Kraft getretene Gesetz mit einem lachenden und einem weinenden Auge.

Auf der Habenseite steht: Die PKV bleibt im Kern erhalten, eine Einbeziehung in den Gesundheitsfonds bleibt ihr erspart. Andere Vorgaben des Gesetzgebers zwingen sie aber auf einen fragwürdigen Pfad der Konvergenz hin zur GKV. Auf diesem Weg könnte die PKV viele ihrer spezifischen Wettbewerbsvorteile einbüßen.

Der Wunsch nach verlässlichen rechtlichen Rahmenbedingungen ist somit ein Anliegen, das Führungskräfte und PKV-Unternehmen eint. Er ist aber nicht der eigentliche Gegenstand dieses Gastbeitrags, in dem ich mich vielmehr zwei Fragen widmen möchte:

Was erwarten privat krankenversicherte Führungskräfte von ihren Versicherungsunternehmen? Und: Was sollten die PKV-Unternehmen leisten, um auch in einem risikobehafteten politischen Umfeld eine attraktive Versicherungsalternative für Führungskräfte zu bleiben?

Die PKV als Versicherungsalternative

Neben Beamten und Selbstständigen sind angestellte Führungskräfte die wichtigste Versichertengruppe der privaten Krankenvollversicherung.

Die gute Wettbewerbsposition der PKV belegt auch die Auswertung einer Mitgliederbefragung, die wir im Winter 2006/2007 durchgeführt haben. Mit Ausnahme weniger Berufseinsteiger und der gesetzlich krankenversicherten Rentner handelt es sich um Personen, die frei zwischen GKV und PKV wählen können.

Von den Umfrageteilnehmern sind insgesamt 41 Prozent ausschließlich gesetzlich krankenversichert, 34 Prozent gesetzlich krankenversichert mit privaten Zusatzversicherungen und 25 Prozent sind privat krankenvollversichert.

Der hohe Anteil von GKV-Mitgliedern ist nach meiner Einschätzung vor allem auf einen ausgeprägten Hang zur Familiengründung zurück zu führen: 87 Prozent der Befragten sind verheiratet, 80 Prozent haben ein oder mehrere Kinder. In dieser Gruppe kann die GKV ihren Wettbewerbsvorteil durch die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen voll ausspielen.

Eine altersgeschichtete Untersuchung zeigt aber, dass der Zuspruch zur PKV in den unteren Altersgruppen stark wächst. Bei den unter 40-jährigen Umfrageteilnehmern hat die private Krankenvollversicherung mit 43 Prozent schon fast mit der GKV gleichgezogen.

Außerdem werden Leistungsunterschiede zwischen PKV und GKV mit zunehmendem Alter durch private Zusatzversicherungen ausgeglichen. Von den unter 40-jährigen Befragten verfügen 30 Prozent

über eine derartige Versicherung. Bei den über 65-Jährigen liegt dieser Anteil sogar bei 70 Prozent.

Diese aus PKV-Sicht erfreuliche Aufwärtsentwicklung ist aber keineswegs unumkehrbar. Abgesehen davon, dass Führungskräfte sich zumeist der politischen Risiken bewusst sind, die mit einem Wechsel in die PKV zusammenhängen, sind sie auch kritische und gut informierte Kunden, die für ihre Beiträge auf Dauer eine angemessene Leistung erhalten wollen.

Überdurchschnittlicher Kostenbeitrag nur für überdurchschnittliche Leistungen

Der immer wieder geäußerte Vorwurf, Privatversicherte verhielten sich unsolidarisch, da mit einem Wechsel in die PKV bei jungen und gesunden Versicherten häufig eine Beitragsersparnis verbunden ist, greift selbstverständlich zu kurz. Schließlich leistet die PKV einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag an das gesamte Gesundheitswesen, der letztlich auch der GKV zugute kommt.

Manchmal habe ich allerdings den Eindruck, dass diese Botschaft in der Vergangenheit ein wenig zu einseitig in Richtung Politik kommuniziert wurde – als Rechtfertigung des rechtlichen Status quo – und die Wirkung dieser Aussagen auf Privatversicherte unterschätzt wurde.

Diese sind zwar bereit, einen hohen Finanzierungsbeitrag zu erbringen. Sie erwarten dafür aber auch überdurchschnittliche Leistungen. Für einen „Solidarzuschlag“,

der in einen privaten Versicherungsvertrag eingepreist wird, dürfte den meisten unserer Mitglieder das Verständnis fehlen.

In vielen Bereichen liegt der Leistungsvorsprung der PKV gegenüber der GKV auf der Hand. Die Therapiefreiheit ist größer, Privatversicherte haben schnelleren Zugang zu medizinischen Innovationen. Dies ist auch politisch vertretbar, da erfahrungsgemäß die Innovationen „in Sichtweite“ zur GKV bleiben. So lange sie einen nachweisbaren medizinischen Fortschritt bedeuten und wirtschaftlich zu erbringen sind, ist es meist nur eine Frage der Zeit, bis sie die Prüfungsschritte für eine Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog durchlaufen.

Privat versicherte Führungskräfte erwarten mehr als Rechnungsbegleichung

Privat versicherte Führungskräfte werden in Zukunft nicht allein darauf achten, ob und wie schnell ihre PKV-Unternehmen die Rechnungen begleichen. Sie werden auch den erbrachten Service genau prüfen.

Führungskräfte stehen als Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen vor den gleichen Problemen wie andere Versicherte. Der Gesundheitsmarkt ist von Informationsasymmetrien und tendenziell auch von einer Übermachtstellung der Leistungserbringer geprägt.

So wichtig ein intaktes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten für den Behandlungserfolg sein mag: Spätestens bei der Liquidation der Rechnung hat sich schon so mancher Versicherte gefragt, ob die abgerechnete Leistung tatsächlich erforderlich war oder ob der zur Anwendung kommende Gebührensatz auch wirklich angemessen ist.

Schon seit geraumer Zeit berichten mir Mitglieder von ihrer Wahrnehmung, sie würden als Privatversicherte selbst bei

Routineuntersuchungen durch eine große und auffallend apparateintensive Zahl von Behandlungsschleifen geschickt.

Träfe dies auch nur annähernd zu, wäre dies für Führungskräfte nicht akzeptabel: Natürlich nicht allein aus Zeitgründen, sondern insbesondere wegen der damit verbundenen Unwirtschaftlichkeit in der Verwendung ihrer Beitragsmittel.



Ludger Ramme ist Rechtsanwalt und Hauptgeschäftsführer des Deutschen Führungskräfteverbands (ULA). Mitglieder der ULA sind fünf Verbände, die insgesamt rund 50.000 leitende Angestellte, außertarifliche Führungskräfte, junge Fachkräfte und Studenten vertreten.

Unsere Mitglieder erwarten von ihren Versicherungen mehr als nur eine kritische Prüfung der Rechnungen. Sie wollen auch, dass ihnen die PKV-Unternehmen stärker als bisher mit Rat und Tat zur Seite stehen, um das erwähnte Informationsgefälle zu überbrücken.

Die PKV-Unternehmen sollten die ihnen vorliegenden Daten über Behandlungserfolge und -qualität der Leistungserbringer aufbereiten und ihren Versicherten zur

Verfügung stellen. So könnten sie den Patienten konkret bei der Auswahl eines Arztes oder eines Krankenhauses helfen.

Auch Rahmenverträge zwischen PKV-Unternehmen und Ärzten, der Aufbau von Ärztenetzwerken oder Managed-Care-Modelle bieten aus meiner Sicht ein großes Potenzial für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dass sich derzeit auch viele gesetzliche Krankenkassen in diese Richtung bewegen, spricht – bei allen Vorbehalten gegen eine Konvergenz von GKV und PKV – keineswegs gegen die Richtigkeit dieses Ansatzes.

Führungskräfte erwarten finanzielle Planungssicherheit

Schließlich erwarten Führungskräfte auch finanzielle Planungssicherheit. Die Wahrscheinlichkeit, dass trotz der Alterungsrückstellungen die Beiträge im Alter stärker anwachsen als bei Vertragsschluss vorgesehen – etwa auf Grund von politischen Eingriffen –, dürfte in Zukunft eher steigen. Frühzeitige Warnhinweise der PKV-Unternehmen könnten den Versicherten dabei helfen, ihre Vorsorgestrategie rechtzeitig anzupassen.

Der Deutsche Führungskräfteverband hat sich in der Vergangenheit stets als kritischer aber loyaler politischer Partner des PKV-Verbandes positioniert – in der Überzeugung, dass das gegliederte Versicherungssystem nicht nur für unsere Mitglieder, sondern für das Gesundheitswesen insgesamt die beste Lösung darstellt.

Wir schulden unseren Mitgliedern aber auch, dass wir ihre berechtigten Interessen gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und der ergänzenden oder ersetzenden privaten Vorsorge mit Nachdruck vertreten. Für die Zukunft hoffe ich daher auf eine gute Fortsetzung des eingeleiteten Dialogs zum Thema Qualität und Service im Gesundheitswesen.

„Bei uns wäre ich längst tot“

Im deutsch-holländischen Grenzgebiet herrscht reger „Patienten-Grenzverkehr“. Viele Niederländer loben das schnelle und zuverlässige deutsche Versorgungssystem. Mittlerweile kooperieren auch Krankenkassen.

Die Diskussion der Deutschen über ihren medizinischen Standard beobachten viele Niederländer mit einem gewissen Unverständnis. Für sie zählt das deutsche Gesundheitswesen mit zum Besten, was ein Patient überhaupt bekommen kann. „Bis ich bei uns an den richtigen Arzt gerate, bin ich längst tot“, kommentiert der 61-jährige Karl das niederländische Gesundheitssystem mit Galgenhumor. Der Mann wohnt im niederländischen Vaals bei Aachen. Seit vier Jahren geht er nach Aachen zum Arzt – und ist hochzufrieden. So wie er machen es tausende seiner Landsleute im Aachener Grenzland.

„Es gibt einen regen Grenzverkehr bei den Patienten“, sagt Norbert Prümmer. Er leitet die AOK-Geschäftsstelle in Vaals. Sie hat den vielsagenden Namen „Europa“. Europa sei der Leitgedanke gewesen, als die AOK und die größte niederländische Krankenkasse, die CZ Groep, vor rund sechs Jahren ein Kooperationsabkommen schlossen. Danach dürfen sich die CZ-Versicherten bei deutschen Ärzten behandeln lassen – Zahnbehandlung aus-

geschlossen, weil die bei den Niederländern nicht zu den Regelleistungen gehört.

Karl aus Vaals hat eine sogenannte Jahreskarte, die man dazu braucht. Und er ist froh darüber. „Bei uns wird man von Hühner nach Hott geschickt“, beschreibt er die Situation daheim. Will er beispielsweise zum Internisten, muss er beim Hausarzt eine Überweisung holen. Wer bei „Hausarzt“ an den deutschen Hausarzt denkt, der einen schon lange kennt und dem man vertraut, liege falsch. „Da hol ich nur die Überweisungen ab oder Rezepte für Medikamente“, sagt der 61-Jährige.

Fachärzte praktizieren nur in Krankenhäusern. Auf einen Termin, etwa beim Internisten, müsse er Monate warten, erzählt der Mann. „Wenn du dann untersucht wirst, kommt der Assistent vom Assistenten. Dann wirst du nach Hause geschickt und musst warten. Dann musst du wieder hin, hast wieder einen anderen Arzt, der dann sagt, dass man für eine weitere Untersuchung zu einem anderen Arzt muss“, beschreibt er eine Odyssee.

Seine deutsche Ärztin Marion Ries hört die Klagen von Niederländern häufig. Immerhin wohnt jeder fünfte, der in ihre Aachener Praxis kommt, jenseits der Grenze. „Schlechte Versorgung, es kümmert sich keiner, Wartezeiten zu lang“, gibt die zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung in Aachen die Kritik wieder.

In der Diskussion über die medizinische Versorgung in Deutschland ist sie zwiegespalten. Den Niederländern sagt sie: „Genießen Sie es, solange es noch geht. Wer weiß, wohin wir in Deutschland steuern.“ Die Patientenversorgung sei jetzt im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch gut. Die Situation der Ärzte sei aber schlecht. Und das werde sich auch auf die Patientenversorgung auswirken. „Wenn die Kollegen keine Möglichkeit sehen, dass sich die Situation verbessert, dann sind wir nicht weit von Systemen in anderen Ländern entfernt.“ Dann sei absehbar, dass sie nur noch das tun, was man ihnen bezahlt.

Der 61-jährige Karl sieht keinen Grund, sich zu sorgen. Das System in Deutschland ist aus seiner Sicht so „phantastisch“, dass bis zum niederländischen Standard viel Puffer bleibt. „Hier bekomme ich direkt alle Untersuchungen, die ich brauche“, sagt er. Und was für ihn mindestens genauso wichtig ist: Er bekommt eine schnelle Diagnose. „Ich gehe mit einem ruhigen Gefühl nach Hause und weiß, was Sache ist.“

Nachdruck eines Korrespondentenbeitrags mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Presseagentur (dpa).



„mach's mit auf Achse“: PKV unterstützt neue HIV-Präventionskampagne

Die PKV beteiligt sich erneut an der AIDS-Sommeraktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Im Mittelpunkt der diesjährigen Kampagne stehen 20 LKW, die unter dem Motto „mach's mit auf Achse“ durch Deutschland rollen. Auf 20 Metern Länge werben sie für den Schutz vor Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

Begleitet wird die Aidsprävention auf Rädern von 100.000 Großplakaten mit sechs neuen „mach's mit“-Motiven. Nach der finanziellen Unterstützung der internationalen AIDS-Konferenz der Bundesregierung im März ist dies bereits die zweite große Präventionsaktion, die im laufenden Jahr mit den Mitteln der privaten Krankenversicherungen gefördert wird. Auf der Grundlage des 2005 vereinbarten Kooperationsvertrags unterstützt die PKV die Präventionsarbeit der BZgA auch 2007 wieder mit insgesamt 3,4 Millionen Euro. Die BZgA lobt dieses Engagement der PKV als „strategisch höchst bedeutsames Beispiel für produktive Public-Private-Partnership. Die Aidsprävention bekommt so wieder ein größeres Gewicht in der deutschen Präventionspraxis“, sagt BZgA-Direktorin Prof. Dr. Elisabeth Pott.

Kontinuierliche Ansprache

Angesichts der in den letzten Jahren in Deutschland deutlich gestiegenen Zahl von Neudiagnosen mit HIV/Aids hat sich die PKV im Jahr 2005 dazu entschieden, gezielt Maßnahmen zu unterstützen, mit denen die öffentliche Aufmerksamkeit wieder vermehrt auf dieses Thema gelenkt wird. Dabei geht es neben der zielgruppenorientierten Präventionsarbeit vor allem auch um die Fortführung der kostenintensiven, breiten Öffentlichkeitsarbeit. So erfordert die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit für HIV und AIDS eine kontinuierliche Ansprache der gesamten Bevölkerung. Die privaten Krankenversicherer haben sich hierzu bewusst für die Zusammenarbeit mit der BZgA entschieden. Nur sie besitzt die erforderliche lang-

jährige Erfahrung und Expertise, um die von den Mitgliedsunternehmen der PKV zur Verfügung gestellten Mittel bestmöglich einzusetzen.

Bei der Großflächenplakatierung geht die Kampagne neue Wege. Im Rahmen eines Kreativwettbewerbs waren Studierende aufgerufen, eine aufmerksamkeitsstarke Fotoserie zu entwickeln, die das „mach's mit“-Prinzip aufgreift. Die Jury des Fotowettbewerbs vergab zwei erste Plätze, eine der beiden Gewinnerkampagnen ist nun bundesweit auf Plakatwänden zu sehen. Dabei entfalten die Motive und ihre sexuellen Anspielungen die gewünschte Wirkung: Die Obst- und Gemüsesorten mit übergerollten Kondomen werden von 83 Prozent der Allgemeinbevölkerung und von 88 Prozent der 16- bis 20-Jährigen als „gerade richtig“ bewertet.

Wahrnehmung angestiegen

Parallel zum Beginn der neuen Kampagne stellte die BZgA die Ergebnisse ihrer

aktuellen Untersuchung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ vor. Die Studie zeigt auf, dass mit den Gemüsemotiven die Plakatreichweite bei den 16- bis 20-Jährigen im letzten Jahr deutlich von 78 Prozent auf 94 Prozent gesteigert werden konnte. Zielgenau werden also gerade junge Menschen erreicht, die immer wieder neu über die Präventionsbotschaften informiert werden müssen.

Die „mach's mit“-Kampagne der BZgA gibt es bereits seit 1994. Inzwischen kennen über 90 Prozent der Bevölkerung die großen Plakate mit den bunten Kondomen, die mit frechen Schlagzeilen für den Schutz vor HIV und Aids werben. „mach's mit“ ist heute das sichtbarste und bekannteste Element der 1987 gestarteten Kampagne „Gib Aids keine Chance“ und hat in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen, Kondome sowohl im privaten Leben als auch in der öffentlichen Wahrnehmung zum alltäglichen Gegenstand zu machen. *olb*



Einer der 20 LKW, die in diesen Tagen mit Unterstützung der PKV auf Deutschlands Straßen unterwegs sind.

Drei-Klassen-Medizin

Noch ist er nicht da, der Basistarif der privaten Krankenversicherungen. Aber die Erkenntnis ist angekommen: Der Basistarif ist das Instrument des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zum Einstieg in die Egalisierung und Nivellierung. Was mit dem geplanten großen Schritt, nämlich der Einführung einer Bürgerversicherung, nicht geklappt hat, wird nun scheinbar eingeleitet. Der Basistarif ist dabei eine dicke Schnitte.

Die politisch erzwungene Prämien-Limitierung für den Basistarif und die damit verbundene Unterdeckung des Tarifs sind der politisch gewollte Beitrag der privaten Vollversicherung zur Finanzierung der Versicherungspflicht der bislang Unversicherten. Die Unterdeckung wird Deckungsbeiträge aus dem Topf der Vollversicherung erzwingen. Der damit verbundene Kostendruck in den Vollversicherungstarifen wird die Wanderungsbewegung zum Basistarif vermutlich beschleunigen.

Ulla Schmidts Endziel dürfte sein, dass alle PKV-Versicherten im Basistarif gelandet sind, den man dann mit der GKV zusammenlegen kann. Endergebnis: einheitlicher Leistungskatalog für GKV und PKV, also Einheitsversicherung. Der Weg dahin jedoch ist noch lang und steinig und wird vermutlich über Karlsruhe führen – sofern nicht eine neue Bundesregierung einlenkt.

Mit den ins Auge gefassten Honorarlimitierungen für Basistarif-Patienten stellt das BMG perfide Spielregeln auf: Die vorgesehene Limitierung im zahnärztlichen Bereich auf GOZ 2.0 ist eben nicht das Doppelte vom Kassenhonorar, sondern liegt aufgrund des nahezu zwanzigjährigen Honorarstillstands für viele Leistungen schon unterhalb der Sozialhonorare der GKV. So gesehen schafft die Politik hier Patienten dritter Klasse.

Jedenfalls wird kein Privatversicherter, der glaubt, mit dem Basistarif ein Schnäppchen zu erlangen, künftig in der Zahnarztpraxis auf dem gewohnten Niveau behandelt werden können. Wenn die Honorierung unter das Krankenkassenniveau gedrückt werden soll, wird das Leistungsniveau dem folgen müssen. Alles andere wäre betriebswirtschaftlicher Suizid.

Die Schnäppchenjäger werden lernen müssen, dass mit einem Wechsel in den Basistarif auch ein Statuswechsel verbunden ist. Während nämlich die PKV-Vollversicherung alle medizinisch notwendigen Leistungen erstattet, ist der Anspruch in der GKV auf das Maß „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“ begrenzt. In der Zahnheilkunde ist durch den medizinischen Fortschritt mittlerweile ein erheblicher Teil des Leistungsspektrums keine Kassenleistung und damit in Zukunft auch keine Leistung des Basistarifs.

Die Zahnärzteschaft wird ihren Patienten deutlich kommunizieren, mit welchen Nachteilen ein Wechsel in den Basistarif verbunden ist. Wer unbedingt günstiger fahren will, sollte lieber über Leistungsausgrenzung im Tarif oder Selbstbehalt nachdenken. Im Übrigen fährt man „denkmal“ am sichersten, wenn der halbjährliche Check beim Zahnarzt nicht versäumt wird und nach der Prophylaxe erneut gesagt werden kann: „Wieder nicht gebohrt!“



Dr. K. Ulrich Rubehn

Dr. K. Ulrich Rubehn ist stellvertretender Bundesvorsitzender im Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ), der die Interessen von 20.000 Mitgliedern vertritt.

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: Stephan Caspary
Produktion: Karin Held

Autoren dieser Ausgabe: Oliver Bauer,
Ludger Ramme, Dr. K. Ulrich Rubehn

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Fotos: Frank und Marc Darchingner GbR

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 nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.09.2007.