

Portabilität: Grenzen im Grundgesetz

Dr. Otto Depenheuer, Professor für Staatsphilosophie und Rechtspolitik, erläutert die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Mitgabe der PKV-Alterungsrückstellungen. [> Seite 75](#)

Und wo, bitte, bleibt der Wettbewerb?

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt will die PKV zum Bestandteil eines Einheitsversicherungssystems machen, argwöhnt Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. [> Seite 78](#)

SPV braucht Kapitaldeckung

Eine Studie des RWI Essen bestätigt, dass nur die Umstellung auf Kapitaldeckung geeignet ist, die Finanzmisere der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mit vertretbaren Folgen zu beheben. [> Seite 80](#)

PKV-Portal mit weiteren Funktionen

Unter www.derprivatpatient.de ist jetzt die gezielte Suche nach Ärzten mit Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen möglich. Außerdem sind die therapeutischen Schwerpunkte der Krankenhäuser einzusehen. [> Seite 82](#)

Hoher OTC-Anteil an PKV-Arzneimitteln

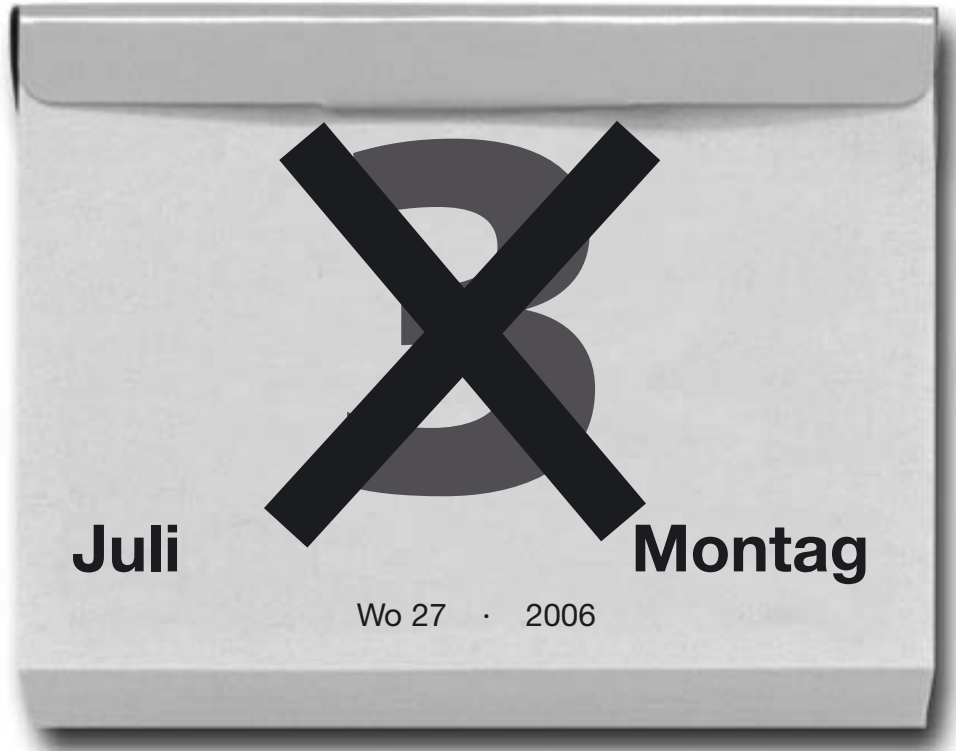
Während gesetzlich Versicherte nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (OTC) seit 2004 kaum noch erstattet bekommen, werden die Kosten von der PKV bei ärztlicher Verordnung weiterhin regelhaft übernommen. [> Seite 83](#)

Wie Neuheiten zu Standards werden

Die PKV hat eine wichtige Funktion für die Etablierung neuer Medizintechnologien, sagt Joachim M. Schmitt, Geschäftsführer des Bundesverbandes Medizintechnologie. [> Seite 84](#)

Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 74](#) +++
Impressum [> Seite 84](#)



Wechsel in die PKV seit dem 3. Juli 2006: Stichtagsregelung missachtet rechtliche Barrieren

Nach dem Willen der Bundesregierung soll der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung nur noch dann möglich sein, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten wird – bislang reicht dazu ein Jahr aus. Als Stichtag wählten die Koalitionsspitzen mit dem 3. Juli 2006 kurzerhand das Datum ihrer nächtlichen Verständigung auf die gesundheitspolitischen Eckpunkte. Damit missachtet diese Regelung nicht nur ordnungspolitische Aspekte, sondern auch maßgebliche, für die Festlegung eines Stichtags relevante rechtliche Grenzen. Grundsätzlich erlaubt die Verfassung belastende Gesetze nur unter der Bedingung, dass

deren Rechtsfolgen frühestens mit ihrer Verkündung eintreten. Die Anordnung, eine Rechtsfolge solle bereits vorher eintreten, ist deshalb in der Regel unzulässig. Denn der Adressat einer belastenden Regelung kann bis zum Zeitpunkt ihrer Verkündung darauf vertrauen, dass er nicht nachträglich einer bisher nicht geltenden Belastung unterworfen wird. Auch die vom Bundesverfassungsgericht anerkannten Ausnahmetatbestände, die eine Rückwirkung rechtfertigen können – wie beispielsweise zwingende Gründe des Gemeinwohls oder eine unklare bisherige Gesetzeslage –, verfangen in diesem Falle nicht. Im Gesetzgebungsverfahren müssen wenigstens die Erfordernisse in puncto Stichtagsregelung unbedingt beachtet werden. [> Seite 76](#)

Brief aus Berlin und Köln



Die wiederholte Ankündigung der Gesundheitsministerin, die gemeinsamen Eckpunkte der Koalition „eins zu eins umsetzen“ zu wollen, kann niemanden darüber hinwegtäuschen, dass ihre Zielrichtung die alte bleibt: Ulla Schmidt will die Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV). Dass sie sich dabei als Verfechterin für mehr Wettbewerb gibt, ist aberwitzig: Schon der erste Arbeitsentwurf für ein Gesetz, den die Ministerin Ende August hatte vorlegen lassen, widersprach allen Prinzipien einer auf Wettbewerb ausgerichteten Gesundheitspolitik und stand im eklatanten Widerspruch zu den für die PKV von der Koalition vereinbarten Eckpunkten.

So sah der Arbeitsentwurf aus dem Gesundheits- und dem Finanzministerium unter anderem vor,

- dass in die bestehenden Versicherungsverträge der heutigen PKV-Versicherten verfassungswidrig eingegriffen werden soll,
- dass die PKV Teil eines Einheitssicherungssystems werden soll,
- dass der Produktwettbewerb in der Vollversicherung abgeschafft werden und die PKV nur noch einen gesetzlich vorgegebenen Basistarif anbieten soll,
- dass die Vergütung ärztlicher Leistungen auf Kassenniveau abgesenkt werden soll – mit der Folge der Existenzgefährdung von vielen Arztpraxen.

Paradigmenwechsel: Mehr Staat

Auch in den auf diese erste Vorlage folgenden Überlegungen und Entwürfen

ist ein grundlegender Paradigmenwechsel der Politik festzustellen: Nach jahrelanger Diskussion über eine Liberalisierung des Gesundheitswesens wird nun ein Pfad beschritten, der zu mehr Staat führt: Mit Einheitsfonds und Einheitsverband, Steuerzuschüssen und Ausweitung der staatlichen Aufsichtsrechte. Die zentrale Herausforderung im Gesundheitswesen – wachsende Kosten aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts – wird aber in diesem Einheitseinerlei nicht zu bewältigen sein. Dazu bedarf es mehr individueller Vorsorge und mehr Kapitaldeckung. Wir brauchen nicht weniger, sondern mehr private Krankenversicherung.

Dabei steht die PKV für eine vernünftige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Sie ist beispielsweise bereit, das Problem der Nichtversicherten in ihrem Verantwortungsbereich konstruktiv zu lösen. Sie hat ein konsensfähiges Zukunftskonzept vorgelegt und bereits vor zwei Jahren angeboten, freiwillig

Versicherte ohne Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse in einen Basistarif aufzunehmen und Alterungsrückstellungen für sie zu bilden.

Ergänzungs- statt Einheitstarif

Voraussetzung für die Umsetzung des Konzepts, das sich an alle freiwillig Versicherten bis zum 55. Lebensjahr wendet, ist eine stabile Zukunftsperspektive der PKV in der Vollversicherung mit ihrer Tarif- und Produktvielfalt: Der Basistarif erweitert also das Angebot der PKV – weder tritt er an dessen Stelle noch lassen sich seine besonderen Gestaltungsprinzipien auf die übrigen Tarife übertragen. Ein „Basistarif à la Ulla Schmidt“ führte zur absurden Abschaffung von Wahlfreiheit und Wettbewerb im Namen des Wettbewerbs.

Auf den folgenden Seiten haben wir die juristischen Bedenken gegen zwei weitere gesundheitspolitische Eckpunkte zusammengefasst: Die Portabilität der Alterungsrückstellungen und den rückwirkenden Stichtag für die verlängerte Anwartschaftszeit beim Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung in die PKV. Klar ist: Auf keinen Fall wird sich die private Krankenversicherung, werden sich auch die Versicherten verfassungswidrige Bedingungen aufdrücken lassen, die die Zukunft der PKV gefährden und für heutige Kunden Nachteile bringen. Die PKV wird für die Interessen ihrer 8,4 Millionen Vollversicherten kämpfen. L



„Vorsätzlicher Verrat an der Idee der Alterungsrückstellungen“

Die Absicht der Bundesregierung, bei Versicherungswechsel die Mitgabe der PKV-Alterungsrückstellungen einzufordern, stößt bei Experten auf Bedenken. Prof. Dr. Otto Depenheuer, Direktor des Seminars für Staatsphilosophie und Rechtspolitik der Universität Köln, erläutert im Gespräch mit PKV Publik die verfassungsrechtlichen Zweifel:

Die Bundesregierung will die Mitnahme der PKV-Alterungsrückstellungen ermöglichen. Ist das rechtlich überhaupt denkbar?

Die Einführung einer Portabilität der Alterungsrückstellungen ist insofern rechtlich denkbar, als man eine Portabilität im Gesetz festschreiben kann ohne Rücksicht darauf, ob das faktisch überhaupt möglich ist. Es gibt ja fundierte Zweifel daran, ob man die Alterungsrückstellungen aus ihrer Einbindung in das Versichertenkollektiv herauslösen, also individualisieren und so jedem Versicherten seine individuelle Rückstellung zuordnen kann, damit er sie bei einem Wechsel der Versicherung mitnehmen kann. Aber wenn das Gesetz so etwas für das Neugeschäft vorschreiben sollte, wird man insofern einen – möglicherweise krummen – Weg finden müssen, der jedoch auf jeden Fall teuer wird.

Die Koalition drängt aber auch auf die Portabilität der Rückstellungen von schon heute privat Versicherten...

Insoweit wird die Sache verfassungsrechtlich schon wesentlich heikler. Ich sagte bereits, dass bei Einführung einer Portabilität die Versicherungsbeiträge notwendig steigen müssen, weil die Stornowahrscheinlichkeiten wegfallen. Ob die Portabilität diesen höheren Preis wert ist, muss der Gesetzgeber entscheiden. Auch bei einer Portabilität im Versichertenstamm muss dieser Preis gezahlt werden, allerdings mit dem Unterschied, dass der nachträgliche Wegfall von Stornowahrscheinlichkeiten den Wert der Alterungsrückstellungen für den einzelnen Versi-

cherten sinken lässt. Die Idee der Alterungsrückstellungen, Beitragskonstanz auch im Alter zu garantieren, kann also nicht mehr ohne Beitragssteigerungen eingelöst werden; das wäre geradezu ein vorsätzlicher Verrat an der Idee der Alterungsrückstellungen. Diese genießen den verfassungsrechtlichen Schutz des Eigen-



Prof. Dr. Otto Depenheuer

tums und unterliegen deswegen der besonderen Schutzverpflichtung durch den Staat. Er muss Bestand und Funktion der Rückstellungen sicherstellen; diese in ihrem Wert für den Versicherungsnehmer zu schwächen, stellt einen direkten Verstoß gegen diese grundrechtliche Schutzpflicht des Staates dar und ist daher verfassungswidrig.

Wie bewerten Sie den noch darüber hinausgehenden Plan, die Rückstellungen auch beim Wechsel von der PKV in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mützugeben?

Hier wird die Sache verfassungsrechtlich

noch fragwürdiger. Bekanntlich gibt es in der GKV systembedingt keine Alterungsrückstellungen. Bei einem Wechsel eines Versicherten von der PKV in die GKV würde die mitgenommene Rückstellung also nur für die Finanzierung von deren allgemeinen Leistungen verwendet werden können. Dadurch würde die Zuordnung der individuellen Rückstellung – die man, wie geschildert, zunächst aufwendig treffen müsste – wieder aufgehoben und das Kapital zugunsten der Mitglieder der GKV sozialisiert. Darin läge schlicht eine Enteignung der wechselnden Versicherten, die mangels Rechtfertigungsfähigkeit verfassungswidrig wäre.

Trägt die PKV eine solidarische Mitverantwortung für die gravierenden Finanzierungsprobleme der GKV?

Nein. Es gibt keinen Solidarverbund zwischen PKV und GKV und den kann man auch nicht ohne weiteres „par ordre du mufti“ einfach gesetzlich dekretieren. Entgegen der politischen Blankettformel „Solidarität“ besteht eine Verantwortungsbeziehung zwischen den Versicherten der PKV und denen der GKV gerade nicht. Zwar kann der Gesetzgeber Solidargemeinschaften in gewissen Grenzen personell neu zuschneiden. Aber immer bleibt es die konkrete Solidargemeinschaft, innerhalb derer das Solidaritätsprinzip Geltung erheischt. Noch deutlicher formuliert: Unter keinem verfassungsrechtlich tragfähigen Gesichtspunkt bilden die Alterungsrückstellungen der PKV-Versicherten eine taugliche Vermögensmasse, mittels derer die Finanzprobleme der GKV gelindert werden können.

Rechtliche Grenzen der Stichtagsregelung für freiwillig versicherte Arbeitnehmer

Nach dem Willen der Großen Koalition soll der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung ab dem 3. Juli 2006 nur noch dann möglich sein, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten wird – bislang reicht dazu ein Jahr aus. Dabei missachtet die Regierung maßgebliche, für die Festlegung eines Stichtags relevante rechtliche Grenzen.

So überraschend dieser schwere Schlag gegen die Wahlfreiheit der Versicherten seinen Weg in das Eckpunktepapier gefunden hat, so nebulös ist die Regelung auch. Denn wer ab dem 3. Juli 2006 drei Jahre lang ein Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze beziehen muss respektive bezogen haben soll, um sich privat krankenversichern zu können, wurde zunächst nicht weiter präzisiert. Eines wird man aufgrund verfassungsrechtlicher Vorgaben aber bereits jetzt sagen können: Gesetzlich Versicherte, die bereits im Jahr 2005 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, dürfen nicht rückwirkend in die Stichtagsregelung einbezogen werden. Denn diese gesetzlich Versicherten können ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß §§ 191 Nr. 4, 175 Abs. 4 SGB V mit einer Frist von zwei Monaten kündigen. Wird dieses bereits entstandene Kündigungsrecht den Versicherten entzogen, wird ein bereits abgeschlossener Sachverhalt (Bestand eines Kündigungsrechts) nachträglich geändert.

Echte Rückwirkung

Ähnliches gilt für freiwillig gesetzlich Versicherte, die ihr Kündigungsrecht am 3. Juli 2006 bereits ausgeübt haben, jedoch mit dem Unterschied, dass hier sogar ein bereits ausgeübtes Recht nachträglich seine Wirksamkeit verlieren würde. Es handelt sich deshalb um einen Fall der echten Rückwirkung. Diese liegt vor, wenn der Beginn des zeitlichen Anwendungsbereichs einer Norm und der Eintritt ihrer Rechtsfolgen auf einen Zeit-

punkt festgelegt sind, der vor demjenigen liegt, zu dem die Norm gültig geworden ist, sodass der Gesetzgeber nachträglich in einen abgeschlossenen Sachverhalt ändernd eingreift (BVerfGE 30, S. 367/386 f.; 97, S. 67/78 f.). Grundsätzlich erlaubt die Verfassung nur ein belastendes Gesetz, dessen Rechtsfolgen frühestens mit seiner Verkündung eintreten. Die Anordnung, eine Rechtsfolge solle bereits vorher eintreten, ist deshalb grundsätzlich unzulässig. Denn der Adressat einer belastenden Regelung kann normalerweise bis zum Zeitpunkt ihrer Verkündung darauf vertrauen, dass er nicht nachträglich einer

*„Alle menschlichen
Einrichtungen sind
unvollkommen –
am allermeisten
staatliche.“*

Otto von Bismarck

bisher nicht geltenden Belastung unterworfen wird (BVerfGE 72, S. 200/242/254; 97, S. 67/78f.).

Die echte Rückwirkung ist deshalb grundsätzlich verfassungswidrig. Nur ausnahmsweise darf ein Gesetz eine echte Rückwirkung entfalten. Das Bundesverfassungsgericht erkennt fünf Ausnahmetatbestände an, die eine echte Rückwirkung rechtfertigen können:

- Das Vertrauen des Bürgers ist nicht schutzwürdig.
- Ein nichtiges Gesetz wird durch eine neue Regelung ersetzt.
- Zwingende Gründe des Gemeinwohls erfordern die Rückwirkung.
- Die bisherige Gesetzeslage ist unklar und verworren.
- Es wird kein oder nur ein ganz unerheblicher Schaden (Bagatellschaden) verursacht.

Keine Rechtfertigung für rückwirkende Regelung

Mangelnder Vertrauensschutz käme als Ausnahmetatbestand in Frage, wenn der Betroffene mit der Regelung rechnen musste. Nach dem Bundesverfassungsgericht ist dies noch nicht der Fall, wenn eine Gesetzesinitiative bekannt wird (BVerfGE 72, S. 200/260f.), während hingegen ein Gesetzesbeschluss das schützenswerte Vertrauen beseitigt (BVerfGE 95, S. 64/87). Zumindest bei Steuersubventionen genügt jedoch schon die ernsthafte Ankündigung der Gesetzesänderung durch die Bundesregierung (BVerfGE 97, S. 67/82; in diesem vom Bundesverfassungsgericht entschiedenen Fall ging es um die Abschaffung der Sonderabschreibung für Investitionen in Schiffsbeteiligungen). Nach diesen Maßgaben darf ein Gesetz zwar auch rückwirkend – nämlich ab dem Tag des Gesetzesbeschlusses – in Kraft treten. Eine Rückwirkung dergestalt, dass das Gesetz bereits zu einem Zeitpunkt in Kraft tritt, der vor dem Tag des Beschlusses durch das Parlament liegt, kommt nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts im

Falle einer echten Rückwirkung jedoch allenfalls bei Gesetzen zur Streichung von Steuersubventionen in Frage.

Vertrauensschutz besteht fort

Ein die Eckpunkte umsetzender Gesetzesbeschluss lag jedoch weder bei der Verabschiedung der Eckpunkte noch bei dem diese bestätigenden Kabinettsbeschluss vor. Dies ist vor dem aufgezeigten Hintergrund nicht ausreichend, um den Vertrauensschutz des Bürgers entfallen zu lassen. Weiterhin war und ist die Auffassung hinsichtlich der Gesundheitspolitik in der Großen Koalition sehr heterogen und diesbezügliche Positionen unterliegen einem permanenten Diskurs. Es stand zum damaligen Zeitpunkt keinesfalls sicher zu erwarten, dass die Stichtagsregelung tatsächlich durch den Bundestag beschlossen wird. Ein rückwirkendes

Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung ist mithin auch nicht wegen mangelnden Vertrauensschutzes ausnahmsweise zulässig.

Zwingende Gründe des Allgemeinwohls, die ein rückwirkendes Gesetz rechtfertigen würden, liegen ebenfalls nicht vor, da nur rein fiskalische Interessen des Staates im Vordergrund stehen. Denn Ziel der Regelung ist es, die Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbreitern. Das Bundesverfassungsgericht hat zwar in der Vergangenheit mehrfach die Stabilität der GKV und deren finanzieller Grundlagen als einen „überragend wichtigen Gemeinwohlbelang“ (Beschluss vom 04.02.2004 – 1 BvR 1103/03 – wegen der von zwei Krankenversicherungsunternehmen eingelegten Verfassungsbeschwerde zur Erhöhung der

Versicherungspflichtgrenze) bezeichnet. Es ist aber kein Grund des Allgemeinwohls ersichtlich, der zwingend eine rückwirkende Regelung erfordert.

Der Ausnahmetatbestand der Bagatelle greift ebenfalls nicht, da eine Beschränkung des Kündigungsrechts einen Rechtsverlust in einem bedeutenden Lebensbereich (Schutz gegen Krankheits- und Pflegekosten) bedeutet und damit nicht nur unwesentliche Auswirkungen für den freiwillig Versicherten hat.

„GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“

Erstaunen verursachte der Ende August durch das Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Entwurf für das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“: Demnach sollten mit Stichtag vom 4. Juli 2006 sogar bereits privat Krankenversicherte, die weniger als drei Jahre lang ein Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze bezogen haben, wieder der Versicherungspflicht unterliegen. Dies hätte nicht nur ebenfalls einen schweren Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot bedeutet, sondern wäre darüber hinaus auch ein krasser, unverhältnismäßiger und somit verfassungswidriger Eingriff in die Vertragsfreiheit von Versicherungsnehmern und Versicherungsunternehmen. Es bleibt zu hoffen, dass die offensichtlich ideologisch motivierten Regelungen dieses Gesetzentwurfs im weiteren Gesetzgebungsverfahren abstanten bleiben und Vorgaben des Grundgesetzes beachtet werden.

Fazit

Ein Gesetz, nach welchem freiwillig Versicherte erst nach Ablauf einer Drei-Jahres-Frist aus der Versicherungspflicht ausscheiden könnten, dürfte frühestens mit dem Tag des Gesetzesbeschlusses Wirkungen entfalten. Andernfalls wäre es, neben allen ordnungspolitischen Einwänden, die dagegen bestehen, auch verfassungswidrig und damit nichtig. *neu*



Und wo, bitte, bleibt der Wettbewerb?

Gastbeitrag von Dr. Jürgen Fedderwitz

Lange ging die Große Koalition schwanger mit den Eckpunkten zur Gesundheitsreform. Lange kreißte das Gesundheitsministerium, bis es den ersten Arbeitsentwurf zu einem „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (WSG) gebar. Und schnell war klar, dass niemand diese Ausgeburt eines Gesetzesvorhabens willkommen heißen mochte. Die Schelte erstreckt sich von der Linken bis zur CSU. Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften reichen sich über alle Gräben hinweg die Hände zur einträchtigen Kritik. Ein denkbar schlechter Start für eine Gesundheitsreform, aber der Unmut ist berechtigt.

Der Tenor der Kritiker des WSG-Entwurfs ist unmissverständlich: Mit der Reform soll der Einstieg in einen staatlich gelenkten Gesundheitsdienst geprobt werden. Würden die Pläne der Gesundheitsministerin Realität, würde das duale System der Krankenversicherung in Deutschland ausgehebelt und die Strukturen der privaten Versicherer würden sukzessive durch Eingriffe in das Leistungsgeschehen und daraus resultierende Beitragserhöhungen zerstört werden. In bestehende Versicherungsverträge würde eingegriffen werden, ein gesetzlich vorgegebener Basistarif ohne Risikokalkulation würde Pflicht und die PKV letztlich Teil eines Einheitssicherungssystems werden, mit dem eines gewiss nicht erreicht wird: mehr Wettbewerb.

Angela Merkel hat ihrer Gesundheitsministerin daher die gelbe Karte gezeigt und an die Vereinbarung in den Eckpunkten

erinnert, in denen der Erhalt der PKV als eigenständige Säule der Krankenversicherung vereinbart war. Allerdings hat die Kanzlerin einem wesentlichen neuralgischen Punkt des Reformansatzes, der weniger offensichtlich ist, nie explizit widersprochen. Er liegt in dem Versuch, über eine ärztliche Honorarreform die schrittweise Konvergenz von gesetzlichen und privaten Gebührenordnungen und damit die schleichende Aushöhlung der privaten Krankenversicherung zu erreichen. Die vereinbarte Honorarreform soll nicht nur Festbetragshonorare in der GKV bringen. Sie soll auch dafür sorgen, dass private und gesetzliche Leistungen vergleichbar gemacht und gleich honoriert werden. Werden aber die Unterschiede zwischen den Gebührenordnungen eingeebnet, nivellieren sich auch die Leistungsmerkmale von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die PKV wird quasi „GKVisiert“, ihre Attraktivität als

Alternative zur gesetzlichen Krankenkasse schwindet, der Wettbewerb wird lahmgelegt.

Der WSG-Entwurf stellt gegenüber den Eckpunkten erstmals klar, dass die Honorarreform sich nur auf den ambulanten ärztlichen, nicht aber auf den zahnärztlichen Bereich erstrecken soll. Das ist gut und wird hoffentlich im weiteren parlamentarischen Prozess so bleiben. Denn für den zahnärztlichen Bereich ist der Erhalt zweier Gebührenordnungen noch weitaus wichtiger als für den ärztlichen. Das hängt vor allem damit zusammen, dass es für Teilbereiche der zahnärztlichen GKV-Versorgung ein System befundbezogener Festzuschüsse gibt. Festzuschüsse tragen dem Umstand Rechnung, dass es in der Zahnmedizin für einen Befund oft eine Vielfalt anerkannter Therapien gibt, die aber nicht allesamt durch die GKV finanziert werden können. Das Festzuschussystem verschafft dem Patienten Zugang zu dieser Therapievelfalt und bindet ihn an den zahnmedizinischen Fortschritt an. Das allerdings funktioniert nur mittels der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die auch die Honorarbasis für privat Versicherte ist. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) beschrieben. Er beinhaltet eine Grundversorgung auf einem im internationalen Vergleich sehr hohen Versorgungsniveau.



Leistungen jenseits der Grundversorgung können gesetzlich Krankenversicherte als Privatleistungen erhalten.

Wann immer gesetzlich Krankenversicherte Leistungen in Anspruch nehmen möchten, die über diese Grundversorgung hinausgehen, können sie dies in Form von Privatleistungen auch tun. Erst die GOZ verschafft dem Patienten den Zugang zu Therapien, die das Leistungsvermögen der GKV übersteigen und eröffnet ihm das gleiche Diagnose- und Therapiespektrum wie dem Privatversicherten. Deshalb ist der Vorwurf nachgerade absurd, dass unterschiedliche Gebührenordnungen, die auch die Basis unseres dualen Versicherungssystems bilden, vermeintlich eine Ungleichbehandlung von Patienten nach sich zögen. Im Übrigen ist eine private Gebührenordnung mit individuell gestaltbaren Gebührenhöhen schon deshalb unverzichtbar, weil ohne sie ein Wettbewerb zwischen Leistungsträgern kaum möglich ist.

Doch auch wenn der WSG-Entwurf an dieser Stelle die Intentionen der Zahnärzteschaft aufnimmt, bedeutet das noch keine Entwarnung für die private zahnärztliche Gebührenordnung. Denn die Novellierung der GOZ steht unabhängig von der Gesundheitsreform auf der Agenda des Gesundheitsministeriums. Und alles deutet darauf hin, dass man dort eine Neufassung plant, die sich am gesetzlichen Leistungskatalog mit all seinen Beschränkungen orientiert und nicht etwa, wie es sinnvoll wäre, an einer Neubeschreibung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die den aktuellen Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft widerspiegelt. Auch hier droht also die Einführung einer verkappten Einheitsgebührenordnung durch die Hintertür, die das Leistungsgeschehen vom zahnmedizinischen Fortschritt abkoppelt. Das liegt nicht im Interesse der Patienten und Zahnärzte. Es kann aber auch nicht im Interesse der privaten Krankenversicherung sein, wenn sie weiterhin garantieren will, über die GKV hinausgehende, umfangreichere Leistungen anbieten zu können.

Es scheint also, als würden alle Reformbestrebungen derzeit im Kern darauf abzielen, die private Säule in der dualen Krankenversicherungsarchitektur zu unterspülen. Umso erstaunlicher ist es da, wenn das WSG dann doch Anleihen bei der PKV macht, um die GKV weiter zu entwickeln: Die private Krankenversicherung basiert auf dem bewährten Prinzip der Kostenerstattung. Es schafft gegenüber dem Sachleistungsprinzip deutlich mehr Kostentransparenz und hat damit eine wichtige Steuerungsfunktion. Die Gesundheitspolitik erkennt dies nunmehr an und will die Wahl der Kostenerstattung für GKV-Patienten attraktiver machen.



Dr. Jürgen Fedderwitz ist Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

Sie sollen sich zukünftig frei entscheiden können, für welche Behandlungsbereiche und für welchen Zeitraum sie die Kostenerstattung wählen möchten. Das ist ein durchaus zukunftsweisendes Element der Reform. Seine Realisierung wäre eine Bestätigung der zahnärztlichen Argumente. Im Ansatz zeigt sich dabei sogar eine „PKVisierung“ der GKV.

Wie immer in der Gesundheitspolitik, führen am Ende des Tages alle diese Details auf die großen normativen Grundfragen zurück. Das wird besonders in der scheinheiligen Debatte um die angebliche

Benachteiligung von gesetzlich Krankenversicherten gegenüber Privatpatienten deutlich, mit der die Stimmung aufgeheizt und die Nivellierung der Gebührenordnungen und Versicherungssysteme vorangetrieben werden soll. Kann es wirklich darum gehen, dass alle Patienten gleich behandelt werden und die gleichen Leistungen erhalten? Oder muss es nicht vielmehr darum gehen, dass angesichts der Finanzierungsprobleme der Sozialsysteme die Basisabsicherung für alle garantiert wird, alles Weitergehende aber der individuellen Freiheit unterliegt? Bisweilen erhärtet sich der Eindruck, dass die privaten Gebührenordnungen, respektive die gut funktionierende PKV, nur deswegen zur Reformzielscheibe geworden sind, weil man hofft, damit die Defizite der GKV weniger augenfällig zu machen, die es eigentlich zu bearbeiten gilt. Doch das ist der falsche Weg. Wer ein Krankenhaus leitet, das zwei Rettungswagen vor der Tür stehen hat, von denen der eine 100 PS und der andere 200 PS hat, wird auch kaum auf die Idee kommen, den stärkeren Motor um die Hälfte zu drosseln, damit alle Notfallpatienten die gleichen Chancen haben, „schnell“ transportiert zu werden.

In der zahnmedizinischen Versorgung haben wir mit dem System befundbezogener Festzuschüsse unsere eigene ordnungspolitische Antwort auf die soziale Frage in der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden. Es sorgt für die solidarische Absicherung der medizinisch notwendigen „need dentistry“, also der Grundversorgung. Alle darüber hinausgehenden Leistungen der mehr von Komfort und Ästhetik geprägten „want dentistry“ sind dem Patienten zugänglich, aber er muss die Mehrkosten selbst tragen beziehungsweise privat absichern. Dieses System funktioniert, und es wirkt stimulierend auf den Wettbewerb. Aber es steht und fällt mit der Existenz einer privaten Gebührenordnung. Und davon wiederum hängt auch die Zukunft der PKV ab.

RWI-Studie: Pflegeversicherung braucht Kapitaldeckung

Gastbeitrag von Dr. Boris Augurzky

Eine Untersuchung des Essener Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zum Finanzierungengpass in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) unter besonderer Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Pflegeheime kommt zu dem Ergebnis: Von mehreren möglichen Maßnahmen ist nur die Umstellung des Systems auf ein Kapitaldeckungsverfahren geeignet, die Misere der SPV mit vertretbaren Folgen zu beheben.

Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der benötigten stationären Pflegeplätze in Deutschland wegen der alternden Bevölkerung im Vergleich zu 2005 voraussichtlich um 30 Prozent zunehmen. Absolut bedeutet das mehr als 200 000 zusätzliche stationär Pflegebedürftige. In der ambulanten Pflege ist mit einer Zunahme von über 350 000 Fällen zu rechnen. In Ostdeutschland wird die Zahl der Pflegebedürftigen besonders rapide steigen. Es dürften 50 Prozent mehr Pflegeplätze benötigt werden als heute. Die Ausgaben der SPV übersteigen jedoch bereits seit 1999 ihre Einnahmen – und das, obwohl Deutschland der große Nachfrageboom nach Pflegeleistungen erst noch bevor steht. Die derzeitige Kapitalreserve von rund drei Milliarden Euro dürfte die SPV 2008 endgültig aufgebraucht haben

(siehe Abbildung unten). Spätestens ab 2009 wären dann weitere Beitragserhöhungen fällig.

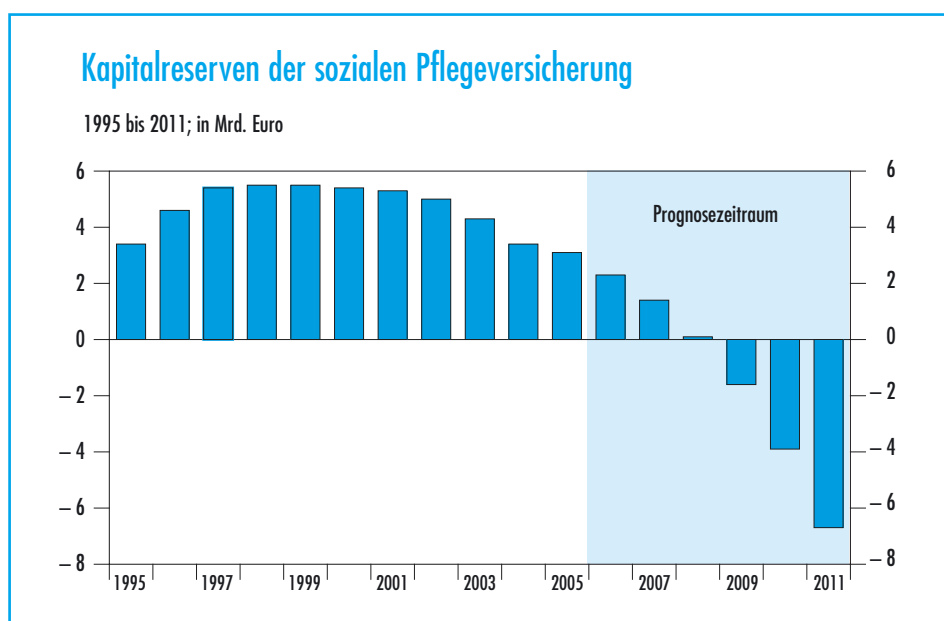
Teures Geschenk an die Älteren

Schon mit der Einführung der SPV als Umlageverfahren im Jahre 1995 waren diese Probleme bekannt. Die Politik hat sich damals bewusst entschieden, der jungen und den zukünftigen Generationen eine Verpflichtung aufzubürden und der älteren Generation ein Geschenk in entsprechender Höhe zu machen. Dies führt zu einer Nachhaltigkeitslücke der SPV, das heißt einer impliziten Verschuldung gegenüber zukünftigen Generationen, von etwa 50 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

In einer gemeinsamen Studie mit der ADMED GmbH und HPS Research hat das RWI Essen fünf mögliche Maßnahmen zur Stabilisierung der SPV und deren Effekte auf den Arbeitsmarkt, auf die Beitragszahler, insbesondere auf die Generationengerechtigkeit, die Pflegenachfrage, die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime und auf die öffentliche Hand untersucht:

1. Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV,
2. Erhöhung der Beiträge zur SPV,
3. Reduktion der Pflegesätze beziehungsweise Erhöhung der Eigenbeteiligung,
4. sinkende Preise von Pflegeheimen durch verstärkten Wettbewerb,
5. schrittweise Umstellung der SPV auf eine Kapitaldeckung im Sinne von Häcker/Raffelhüschen (2004).

Ein besonderer Fokus wurde dabei auf die wirtschaftliche Lage der Pflegeheime gelegt. Denn ohne wirtschaftlich gesunde Pflegeheime kann in Zukunft kein ausreichend großes Angebot zur Deckung der Pflegenachfrage erwartet werden. Die Untersuchung der Jahresabschlüsse von 508 Pflegeheimen zeigt, dass die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit dieser Pflegeheime bei ungefähr 1,9 Prozent liegt und damit leicht über der der Krankenhäuser. Die Insolvenzwahrscheinlichkeit misst die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres zahlungsunfähig zu werden. Im westdeutschen Mittelstand betrug die Zahl 2004 etwa 1,1, im ostdeut-



schen Mittelstand 2,1 Prozent. Bei etwa jedem sechsten Heim liegt eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit von über 2,6 Prozent vor. Banken würden diesen Häusern in der Regel keine Kredite gewähren und potenzielle Investoren würden sich zurückhalten.

Kapitaldeckung hilft auch allein

Es zeigt sich, dass außer der Umstellung auf ein Kapitaldeckungsverfahren keine Maßnahme alleine geeignet ist, um den Finanzierungsengpass der SPV mit vertretbaren Folgen zu beheben. Die Verschärfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Leistungen der SPV im notwendigen Maße zur finanziellen Stabilisierung der SPV (Maßnahme 1) würde viele Pflegebedürftige unversorgt lassen. Bei in Zukunft unveränderter Pflegewahrscheinlichkeit wäre mit dem Ausschluss von etwa 250 000 stationären und 400 000 ambulanten Pflegefällen bis 2020 zu rechnen. Die Angehörigen dieser nicht versorgten Pflegebedürftigen müssten mit einer höheren Belastung rechnen. Zusätzlich wäre ein leichter Anstieg der Insolvenzwahrscheinlichkeit der Pflegeheime aufgrund höherer Pflegekosten zu erwarten.

Um den Status quo der Pflegeversorgung halten zu können, müsste alternativ der Beitragssatz von derzeit 1,7 (für Kinderlose 1,95 Prozent) bis 2020 auf etwa 2,5, bis 2050 sogar auf über 6 Prozent steigen (Maßnahme 2). Höhere Beiträge zur SPV würden aber die jüngeren und zukünftigen Generationen – wie bislang – einseitig stark belasten und die Lohnnebenkosten zusätzlich erhöhen. Dies hätte jedoch negative Folgen für den Arbeitsmarkt. Eine Reduktion der Pflegesätze der SPV um 20 Prozent (Maßnahme 3) würde zu einer höheren Eigenbeteiligung führen und die Nachfrage nach Pflegeleistungen vermutlich senken. Zwar stärkt diese Maßnahme die Eigenverantwortung. Sie würde allerdings auch Pflegebedürftige,

die keine Vorsorge mehr leisten können, deren Angehörige oder die öffentliche Hand über zusätzlich notwendige Sozialhilfeleistungen belasten. Würde der gesamte Finanzierungsdruck der SPV indessen über sinkende Preise für Pflegeleistungen einseitig auf die Pflegeheime abgewälzt (Maßnahme 4), wären Preisreduktionen in Höhe von circa 28 Prozent nötig. 2020 würden dann statt heute 16 etwa 60 Prozent der Pflegeheime eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit aufweisen. Die Versorgung mit Pflegeleistungen wäre somit in Gefahr.

Keine der dargestellten vier Maßnahmen kann offenbar separat durchgeführt werden, ohne gravierende Auswirkungen entweder auf die Generationengerechtigkeit, den Arbeitsmarkt, die Pflegebedürftigen, deren Angehörige, die öffentliche Hand, die Pflegequalität oder die Pflegeheime zu haben. Lediglich die schrittweise Umstellung der SPV auf eine vollständige Kapitaldeckung (im Sinne von Häcker und Raffelhüschen 2004) kann die fehlende Generationengerechtigkeit der heutigen SPV herstellen und negative Effekte auf die anderen genannten Punkte vermeiden. Die Umstellung müsste sich über einen langen Zeitraum von schätzungsweise 40 Jahren vollziehen. Die SPV würde im Zuge dessen schrittweise abgeschafft und ein ausreichend hoher Kapitalstock über eine private Pflegeversicherung aufgebaut. Zur Deckung noch laufender Verpflichtungen während der Übergangszeit würde der jüngeren Generation ein einkommensabhängiger Solidarbeitrag von durchschnittlich 1,2 Prozent ihres Einkommens abverlangt, der sich bis etwa 2046 auf Null reduziert. Die ältere Generation müsste einen zusätzlichen pauschalen Beitrag entrichten.

Sozialtransfers nicht nötig

Unseres Erachtens stellt die schrittweise Umstellung der SPV auf eine kapitalgedeckte private Pflegeversicherung den

sinnvollsten Weg dar, um die anstehenden demografiebedingten Probleme zu bewältigen. Die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit stellt sich bei der privaten Pflegeversicherung in weitaus geringerem Maße als bei einer privaten Krankenversicherung oder bei einer pauschalen Gesundheitsprämie, weil die monatliche Belastung durch eine private Pflegeversicherung deutlich geringer ausfällt als die monatliche Belastung einer privaten Krankenversicherung oder der pauschalen Gesundheitsprämie. Sozialtransfers dürften daher nicht erforderlich werden.

Dennoch sollten die anderen genannten Maßnahmen nicht völlig aus dem Auge verloren werden. Wir stellen beispielsweise ein enormes Gefälle des Preisniveaus zwischen Pflegeheimen, besonders zwischen verschiedenen Regionen fest. Mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern sowie eine ernsthafte Deregulierung gesetzlicher Vorschriften für den Pflegeheimbetrieb sind ebenso geboten wie eine Überprüfung der Kriterien zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Die Pflegeheime werden sich ebenfalls neu aufstellen müssen. Wir gehen von einer Konsolidierungswelle im Pflegemarkt aus und erwarten die Bildung großer Pflegeheimketten, eine stärkere Differenzierung des Leistungsangebots und die stärkere Verzahnung des Pflege-sektors mit Reha- und Akutkliniken, mit ambulanten Angeboten, aber auch mit der Immobilienwirtschaft. In einer durch wachsende Ressourcenknappheit geprägten Volkswirtschaft kann es kein „Weiter so!“ mehr geben.



Dr. Boris Augurzky

Dr. Boris Augurzky leitet seit 2003 am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen den Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie. Ein besonderer Fokus seiner Arbeit liegt in der Untersuchung des stationären Gesundheitssektors.

www.derprivatpatient.de: Verbesserte Arzt- und Krankenhaussuche

Im Gesundheitsportal der PKV ist die Arztsuche erstmals nicht nur nach Fachgebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, sondern auch nach amtlichen Zusatzbezeichnungen möglich. Ebenfalls gezielt gesucht werden kann ab sofort nach den therapeutischen Schwerpunkten von Krankenhäusern.

Mit der neuen Arztsuchmaschine können Interessierte zum Beispiel nicht nur nach dem Dermatologen (Fachgebietsbezeichnung), sondern auch gezielt nach dem Allergologen (Zusatzbezeichnung) suchen. Gerade solche Zusatzbezeichnungen sind von großer Bedeutung, um den richtigen Spezialisten finden zu können. Die PKV bietet damit erstmals in allgemein zugänglicher Form eine Suchfunktion nach Qualitätsmerkmalen der amtlich anerkannten Aus- und Weiterbildung an. Das zugrunde liegende Arzt- und Zahnarztverzeichnis weist einen Vollständigkeitsgrad der Daten von nahezu 100 Prozent auf.

Krankenhaus-Suchfunktion erweitert

Neu ist auch, dass nicht nur eine Suchmaschine für alle Krankenhäuser Deutschlands zur Verfügung steht, sondern dass ab

sofort auch nach deren therapeutischen Schwerpunkten gesucht werden kann. Hierfür sind die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ausgewertet worden, die ebenfalls im Portal zur Verfügung stehen. Diese Berichte waren von den Krankenhäusern erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 vorzulegen und sind künftig alle zwei Jahre zu erstellen.

Auf Basis der Berichte von fast 2 000 Krankenhäusern ist es unter www.derprivatpatient.de jetzt möglich, gezielt nach Leistungen und deren Fallzahl zu suchen, die von den Krankenhäusern im Berichtsjahr erbracht wurden. Als Datengrundlage dienen die 30 häufigsten DRGs („Diagnosis Related Group“ = diagnosebezogene Fallpauschale zur Klassifizierung von Behandlungen) der Krankenhäuser beziehungsweise die zehn häufigsten DRGs der einzelnen Fachabteilungen. Für den Patienten ist es nun erheblich leichter, ein geeignetes Krankenhaus zu finden.

Noch bessere Datenbasis wäre möglich

Für die zukünftigen Qualitätsberichte wären dabei noch Verbesserungen in der Qualität der Daten sowie der Datenerhebung wünschenswert. Zum Beispiel ist durch die Beschränkung auf die Top 10 beziehungsweise Top 30 DRGs die Vergleichbarkeit der Leistungen der Häuser nur sehr eingeschränkt möglich. Hier wäre die Angabe des gesamten Leistungsspektrums hilfreicher, ebenso wie die weiterer Qualitätskriterien (zum Beispiel Komplikations- oder Mortalitätsraten).

Und noch in anderer Hinsicht besteht Potential für Verbesserungen: Voraussetzung für die patientenfreundliche Darstellung der Qualitätsberichts-inhalte ist die Erfassung der Daten in einer Datenbank. Da aktuell noch rund 90 Prozent der Berichte nicht maschinenlesbar sind, mussten sie aufwendig nacherfasst werden.

Der Internetauftritt www.derprivatpatient.de besteht seit zwei Jahren. Er informiert umfassend über Leistungsangebote im Gesundheitswesen und wird ständig

weiter ausgebaut. Da er allgemein zugänglich ist, können sich hier auch Personen informieren, die nicht in der PKV versichert sind. Dass dieses Angebot gut ankommt, belegt die Nutzungsfrequenz: Sie hat sich innerhalb eines dreiviertel Jahres auf mittlerweile knapp 80 000 Seitenaufrufe pro Monat vervierfacht. *tk*



WIP-Studie: Relativ hoher OTC-Anteil am PKV-Arzneimittelumsatz

In seiner neuesten Analyse der Arzneimittelverordnungen von Privatversicherten widmet sich das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) den nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten. PKV-Patienten bekommen diese regelhaft erstattet.

Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente – auch OTC („Over the counter“ = über die Ladentheke) – Präparate genannt – sind nach dem Arzneimittelgesetz als Produkte eingeordnet, die bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Gesundheit des Menschen nicht gefährden. Sie können daher ohne ärztliches Rezept vom Patienten erworben werden. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, Mittel zur Selbstmedikation zu beziehen, um geringfügige Gesundheitsstörungen und Missbefindlichkeiten zu kurieren. Die meisten OTC-Präparate dürfen nur in Apotheken als apothekenpflichtige rezeptfreie Medikamente verkauft werden, andere können auch im Angebot von Drogerien als frei verkäufliche Produkte stehen.

GKV erstattet OTC nicht mehr

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 nicht-verschreibungspflichtige Medikamente im Grundsatz nicht mehr von den Krankenkassen erstattet. Eine Erstattung

erfolgt im Wesentlichen nur noch bei Kindern bis zum zwölften Lebensjahr oder wenn das Präparat für eine bestimmte Erkrankung auf einer Ausnahmeliste steht. Für die PKV gibt es keine gesetzlich vorgeschriebene Einschränkung. Eine Erstattung ist aber nur bei Verordnung möglich.

Umfassende Marktanalyse

Dem WIP standen für die Untersuchung die Rezeptdaten des Jahres 2005 von drei privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Verfügung. Es wurden jeweils die eingereichten Rezepte betrachtet. Zum Vergleich wurden die Daten der GKV herangezogen. Sie wurden den Arzneiverordnungsberichten 2004 und 2005 entnommen. Aus ihnen gehen die Zahlen von Vollerfassungen für die GKV aus den Jahren 2003 und 2004 hervor. Betrachtet werden alle OTC-Präparate, die im Jahr 2003 in der GKV mindestens einen Umsatz von 0,5 Mio. Euro erreicht haben. Dies sind 587 Medikamente. Der Umsatz dieser Arzneimittel an allen OTC-

Präparaten beträgt 85 Prozent. Es kann damit von einer umfassenden Analyse des Marktes gesprochen werden.

kam es durch den weitgehenden Ausschluss von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten von 2003 zu 2004 zum erwarteten Rückgang der entsprechenden Verordnungen. Während die 587 OTC-Präparate 2003 noch einen Anteil von 7,1 Prozent am Gesamtumsatz einnahmen, lag dieser Wert 2004 nur noch bei 2,7 Prozent.

Die angegebenen Prozentwerte errechnen sich aus den OTC-Präparaten, die von der GKV beziehungsweise PKV erstattet wurden. Der Konsum dieser Produkte ist höher: Sowohl Kassenpatienten als auch Privatversicherte erwerben nicht-verschreibungspflichtige Medikamente auch ohne Rezept. Privatversicherte reichen zudem aufgrund von gewünschter Beitragsrückerstattung sowie absoluten Selbsthalten manche Rechnung nicht ein.

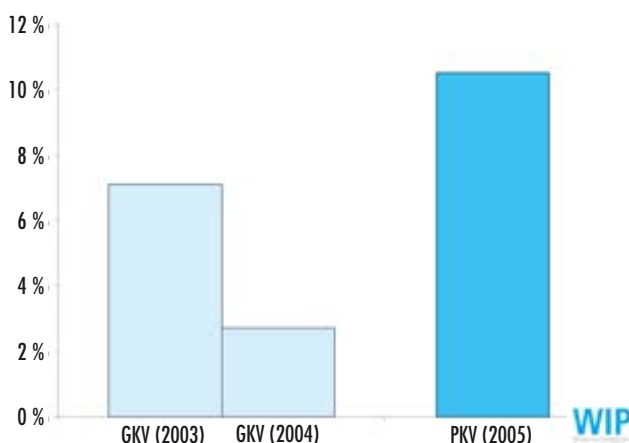
PKV verändert Leistungskatalog nicht

Es überrascht nicht, dass nach dem umfassenden Ausschluss von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten im Jahr 2004 in der GKV Kassenpatienten vergleichsweise wenig OTC-Präparate erstattet bekommen. Der Umsatzanteil war aber bereits im Jahr 2003 in der GKV niedriger als in der PKV heute. Während die PKV ihren Leistungskatalog in bestehenden Tarifen nicht verändern kann, hat die GKV die Erstattung von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten in den letzten Jahren stetig zurückgefahren. *wi*

Das WIP errechnete für die PKV einen Umsatzanteil der betrachteten OTC-Präparate von 10,5 Prozent am gesamten Arzneimittelumsatz. Der Prozentwert differiert zwischen den drei Unternehmen von 9,5 bis 12 Prozent. In der GKV

Die Studie des WIP ist als Diskussionspapier 06/06 erschienen und kann über das Internet <http://www.wip-pkv.de> bezogen werden.

Marktanteile (nach Umsätzen) der OTC-Präparate am gesamten Arzneimittelumsatz



Chancen für Innovationen nutzen!

Wir brauchen in der gesundheitspolitischen Diskussion einen neuen Ansatz zur Beurteilung von Innovationen in der Medizin. Denn der Wert von Innovationen wird meist zu kurzfristig betrachtet. Der Einsatz von Innovationen der Medizintechnologie wird oft dadurch erschwert, dass die meist höheren Initialkosten isoliert betrachtet werden, nicht jedoch die Nutzen- und Kosteneffekte über den Gesamtverlauf einer Behandlung oder Krankheit. Wir werben deshalb für eine „Gesamtbetrachtung von Behandlungsprozessen“.

Die Medizintechnologie ist eine dynamische und hoch innovative Branche. Die Produktzyklen sind deutlich kürzer als im Pharmabereich. Mehr als die Hälfte des Umsatzes erzielen die Unternehmen mit Produkten, die nicht älter als drei Jahre sind. Durchschnittlich werden rund sieben Prozent des Umsatzes in Forschung und Entwicklung investiert.

Deutschland hat in den zukunftsreichen Innovationsfeldern der Medizintechnologie durch die große Zahl gut ausgebildeter Ärzte, Forscher und Ingenieure und durch den hohen Standard der klinischen Forschung beste Voraussetzungen, neue Produkte und Verfahren zur Marktreife zu führen. Wir haben durch die Universitätskliniken und die zahlreichen Kompetenzzentren in der Medizintechnik ein großes Wissen. Erhebliche Defizite bestehen in Deutschland allerdings bei der Einführung von Innovationen in die Vergütungssysteme, so dass sie dann auch zeitnah beim Patienten ankommen.

Hier ist das PKV-System von besonderem Wert. Denn die PKV hat eine wichtige Funktion für die Einführung innovativer Medizintechnologien im deutschen Gesundheitssystem. Das derzeitige PKV-

System ermöglicht den Patienten in enger Abstimmung mit den Kliniken und Ärzten, am medizinisch-technologischen Fortschritt teilzuhaben. Durch eine frühzeitige Versorgung mit Innovationen können diese schneller zum Standard der medizinischen Versorgung werden. Steigende Stückzahlen und damit sinkende Preise ermöglichen eine wirtschaftliche Versorgung aller Patienten.

Überlegenswert ist, inwieweit im Rahmen von Zusatztarifen auch die Patienten den Zugang zu Innovationen bekommen, die nicht die Möglichkeit einer Vollversicherung durch die PKV haben. Hier könnte das PKV-System eine zukunftsorientierte Schrittmacherfunktion in der Gesundheitsversorgung anbieten.

Wir benötigen den Willen, Innovationen in das deutsche Gesundheitssystem einzuführen und Prozesse für ihren zügigen Zugang zu etablieren. Wir brauchen mehr Versorgungsforschung, um die Gesamtkosten einer Therapie darstellen und so die individuellen Vorteile für Patienten und die Volkswirtschaft langfristig aufzeigen zu können.

Wir benötigen insgesamt ein innovationsfreundlicheres Klima, damit neue Behandlungsmethoden und Verfahren der Medizintechnologie schneller beim Patienten ankommen.



Joachim M. Schmitt

Joachim M. Schmitt ist Geschäftsführer und Mitglied des Vorstands des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) sowie Geschäftsführer von MedInform – Seminar- und Informationsservice Medizintechnologie mit Sitz in Berlin.

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:

Dr. Boris Augurzky, Dr. Jürgen Fedderwitz,
Dr. Torsten Kessler, René Neumann,
Joachim M. Schmitt, Dr. Frank Wild

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe
Telefon (0721) 35090

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 01.11.2006.