

GKV-Wahltarife verletzen Grundrechte

Nach Meinung des renommierten Staatsrechtlers Prof. Dr. Josef Isensee kollidieren die den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsreform eingeräumten Wahltarife mit den Grundrechten der Privatversicherer. > [Seite 78](#)

Arzneimittelpreise online vergleichen

In das Gesundheitsportal der PKV www.derprivatpatient.de ist jetzt auch eine Arzneimitteldatenbank integriert. Sie bietet die Möglichkeit, nach Herstellern, Wirkstoffen und Indikationen zu recherchieren sowie die Preise wirkstoffidentischer Mittel zu vergleichen. > [Seite 80](#)

PKV kommt Nichtversicherten entgegen

Nichtversicherte, die der PKV zuzuordnen sind, haben seit dem 1. Juli 2007 das Recht, sich im modifizierten Standardtarif zu versichern. Dabei haben sich die Unternehmen der privaten Krankenversicherung zu einer bis Ende des Jahres befristeten Öffnungsaktion mit erleichterten Bedingungen bereit erklärt. > [Seite 81](#)

Bedeutung teurer Einzelfälle überschätzt

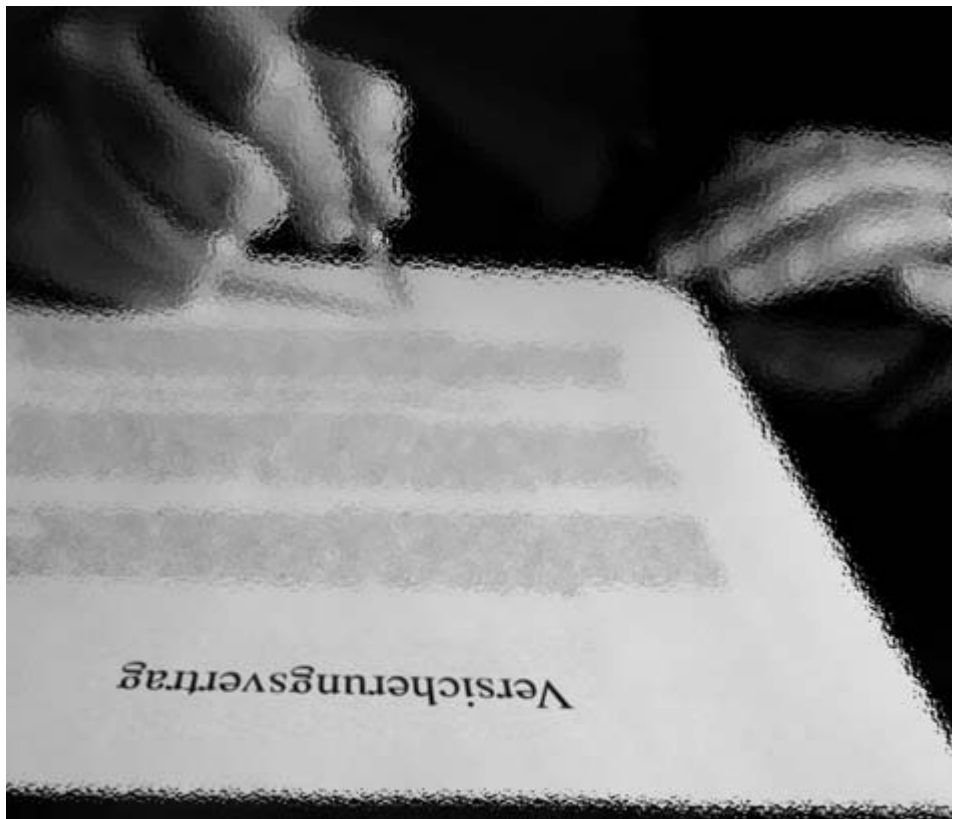
Kostenintensive Einzelfälle bestimmen weit weniger die Höhe der Gesundheitsausgaben als gemeinhin angenommen. Dies geht aus der aktuellen Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) hervor. > [Seite 82](#)

Kapitaldeckung und Kindermitversicherung

Weil privat Versicherte für ihre Gesundheitsausgaben im Alter selbst vorsorgen, ist es nicht sachgerecht, sie über Steuerzahlungen an der Kindermitversicherung in der GKV zu beteiligen. Dies sagt der Präsident des Bundes der Steuerzahler, Dr. Karl Heinz Däke. > [Seite 84](#)

Außerdem in dieser Ausgabe

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



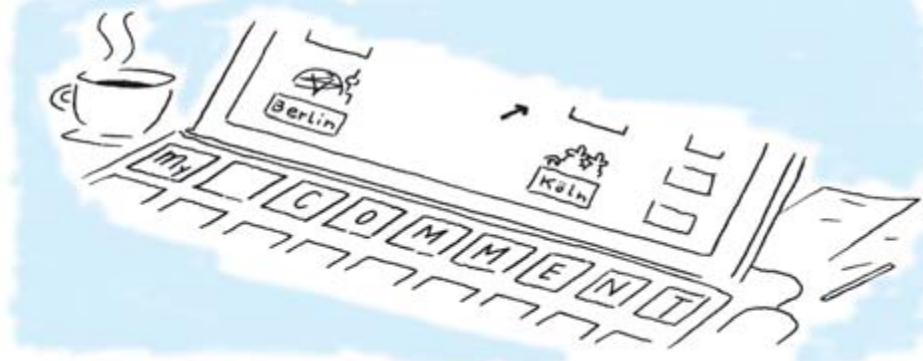
Die geplante Verordnung sorgt nicht für mehr Transparenz, sondern erschwert die Orientierung der Verbraucher.

Informationspflichtenverordnung: Gefahr der Scheintransparenz

Nach der im Juli beschlossenen und von der Branche weitgehend begrüßten Reform des Versicherungsvertragsgesetzes steht mit der sogenannten Informationspflichtenverordnung schon die nächste Herausforderung der PKV an. Ziele der Verordnung, die Anfang 2008 in Kraft treten soll, sind mehr Transparenz und Konsumentensouveränität: Die Verbraucher sollen erfahren, wie viel das Zustandekommen ihrer Verträge kostet und wie sich die Beiträge entwickelt hätten, wenn sie in dem jeweiligen Unternehmen bereits zehn Jahre lang versichert gewesen wären. Doch die im Entwurf der Verordnung vorgesehene Regelung bedarf einer

grundlegenden Revision. In der jetzigen Form würde sie ihr Ziel verfehlen und stattdessen die Unternehmen mit Bürokratie und die Versicherten mit unverhältnismäßigen Mehrkosten belasten. Würden die Versicherungsvermittler nämlich wie vorgesehen gezwungen, ihren Kunden bei Vertragsabschluss künftig die verdiente Provision in Euro anzugeben, hätte dies eine wettbewerbsverzerrende Scheintransparenz zur Folge. Denn das Nennen absoluter Zahlen würde eine Vergleichbarkeit suggerieren, die es aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmodelle in den Unternehmen zur Deckung der Abschlusskosten gar nicht gibt. > [Seite 75](#)

Brief aus Berlin und Köln



Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS) kommt in seinem jüngsten Bericht zu dem Ergebnis, dass es bei der Betreuung von Pflegebedürftigen noch immer schwerwiegende Mängel gibt. Betroffenen sind demnach 35 Prozent der Heimbewohner und 42 Prozent der Pflegebedürftigen, die zu Hause betreut werden. So werden viele Patienten zu selten umgebettet und liegen sich deshalb wund. Rund ein Drittel der Pflegebedürftigen bekommt nicht genug zu essen und zu trinken. Die Betreuung von altersverwirrten Menschen stellt sich als besonders schlecht heraus.

Es ist erschütternd, dass viele Heimbewohner nicht menschenwürdig versorgt werden und jeder zehnte Bedürftige regelrecht „krankgepflegt“ wird. Dieser skandalöse Zustand muss zwingend beendet werden.

Wenn Politiker nun allerdings nach einem Pflege-TÜV, Ambulanz-Warentest oder ähnlichen Maßnahmen rufen, ist Vorsicht geboten: Schließlich haben die aktuellen Kontrollen gezeigt, dass die Qualität der Versorgung in geprüften, mit Zertifikaten versehenen Heimen genauso dürftig sein kann wie in Häusern ohne Plakette.

Besser als bürokratische, aufwendige und doch oft undurchsichtige Prüfverfahren des Staates sind wettbewerbliche, transparente Lösungen unter Einbeziehung der Betroffenen. Es ist kein Zufall, dass gera-

de jene Heime die längsten Wartelisten haben, deren Qualität sich unter Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen herum gesprochen hat.

Das Qualitätsurteil und die Beschwerden dieser Menschen sollten von allen Beteiligten sehr ernst genommen werden: Es gibt keinen besseren Indikator für die Qualität der Pflege als die Stimmen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die PKV arbeitet deshalb zurzeit an der Erstellung einer Internet-Plattform, auf der Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit haben, konkrete Erfahrungen über einzelne Heime und Dienste zu hinterlegen, die jedermann einsehen kann. Neben der unabwiesbar wichtigen Veröffentlichung von Qualitätsberichten

kann dies ein bedeutender Baustein zur Verbesserung der Qualität der Pflege werden. Nur Transparenz und Wettbewerb schaffen wirkliche Qualitätsverbesserungen und vor allem ein Klima, in dem sich alle gleichermaßen für das Wohl der Pflegebedürftigen engagieren.

Der Versorgungsmissstand macht zudem deutlich, dass sich die Pflegeversicherung angesichts begrenzter Mittel auf den Kern ihrer Aufgaben konzentrieren muss. Für neue Leistungen wie Pflegeurlaub – so wünschenswert sie auch im Einzelfall sein mögen – ist schlicht kein Geld da, solange es in den Heimen am Notwendigsten fehlt.

Es wird sich zeigen, ob die Leistungsausweitung und die Beitragserhöhung, auf die sich die Bundesregierung im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung geeinigt hat, für Besserungen sorgen werden. Die PKV wird die von der Großen Koalition vorgenommenen Änderungen auf Grundlage ihrer Erfahrungen in der Kalkulation und in der Kapitalanlage, in der Beratung, der Pflegebeurteilung und Qualitätssicherung verantwortungsvoll umsetzen. Dabei plant die PKV, auch in der Pflegepflichtversicherung eigene Leistungsprofile zu entwickeln, wenn der Gesetzgeber dies zulässt. *L*



Informationspflichtenverordnung: Gefahr der Scheintransparenz

Die Versicherungswirtschaft hat die am 5. Juli vom Deutschen Bundestag beschlossene Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) weitgehend begrüßt. Dennoch gab und gibt es Nachbesserungsbedarf in vielen Einzelfragen, gerade auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. Außerdem steht der Branche mit der sogenannten Informationspflichtenverordnung schon die nächste Herausforderung bevor.

Die Ziele der Informationspflichtenverordnung, die Anfang 2008 in Kraft treten soll, sind mehr Transparenz und Konsumentensouveränität: Die Verbraucher sollen erfahren, wie viel das Zustandekommen der Verträge kostet und wie sich ihre Beiträge entwickelt hätten, wenn sie in dem jeweiligen Unternehmen bereits zehn Jahre lang versichert gewesen wären. Doch die im vorliegenden Entwurf der Verordnung vorgesehene Regelung bedarf einer grundsätzlichen Revision. In der jetzigen Form würde sie nämlich nicht nur ihr Ziel verfehlen, sondern auch die Unternehmen mit Bürokratie und die Versicherten mit unverhältnismäßigen Mehrkosten belasten.

Wettbewerbsverzerrende Pseudoinfo

Würden die Versicherungsvermittler wie vorgesehen gezwungen, ihren Kunden bei Vertragsabschluss künftig die verdiente Provision in Euro anzugeben, hätte dies eine wettbewerbsverzerrende Scheintransparenz zur Folge. Denn das Nennen absoluter Zahlen würde eine Vergleichbarkeit suggerieren, die es aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmethoden in den Unternehmen zur Deckung der Abschlusskosten gar nicht gibt. So vergüten manche Unternehmen die Vermittlung eines Vertrags direkt – sie fordern allerdings auch eine Rückzahlung, wenn dieser vorzeitig gekündigt wird. Andere honorieren die Vermittlertätigkeit über eine laufende Provision. Die einen staffeln ihre Provisionen abhängig vom Umsatz, andere arbeiten mit festen Vertriebsangestellten zusammen,

die zu ihrem Grundgehalt nur vergleichsweise kleine Bonuszahlungen bei Vertragsabschluss erhalten. Selbst innerhalb einzelner Unternehmen variiert die Vergütungsform abhängig von Vertriebsweg, Vermittler und Tarif.

Die Fachgruppe Versicherungen der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di widersetzt sich in ihrer Ablehnung des Verordnungsentwurfs die Mär angeblich besonders hoher Vermittlerprovisionen:

„Das weit verbreitete Bild vom gut verdienenden Versicherungsvermittler täuscht über die Realitäten hinweg. Die Mehrheit der rund 120.000 hauptberuflichen Ausschließlichkeitsvermittler, ob als Angestellte oder als Selbständige, erzielt zum Bestreiten des Lebensunterhalts ein Einkommen, das monatlich im Durchschnitt weniger als 2.000 Euro netto beträgt. Mehr als die Hälfte der 48.700 Außendienstangestellten ist selbst nach zweijähriger Vermittlertätigkeit auf das geringe, tarifvertraglich abgesicherte Mindesteinkommen (zurzeit 1.790 Euro brutto) angewiesen. Zumeist wird nämlich übersehen, dass Abschlussprovisionen für die Vermittlung von Lebens- und Krankenversicherungen Vorschusscharakter haben und erst nach einer Stornohafungszeit von in der Regel mindestens fünf Jahren (gezillmerte Tarife) als verdient gelten. Auf Monate umgerechnet, beträgt eine Abschlussprovision von zum Beispiel 1.200 Euro (brutto!) bei einer Stornohafungszeit von mindestens fünf Jahren (siehe neues VVG) 20 Euro (brutto!). Dafür

ist der Versicherungsvermittler in der Regel für mindestens zwei Beratungstermine vor Vertragsabschluss mehrere Stunden unterwegs und für die Kundenbetreuung während der Vertragslaufzeit in unterschiedlicher Intensität für eine nahezu vergütungsfreie Beratung und Dienstleistung in Finanzierungs- und Versicherungsangelegenheiten gefordert.“

Fragwürdig ist auch, warum sich die offensichtlich nicht zu den Spitzenverdienern zählenden Vermittler für die Höhe ihrer Provisionszahlung rechtfertigen sollen, während niemand auf die Idee käme, diese Offenlegung beispielsweise von einem Autoverkäufer zu verlangen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Vermittler in Zukunft unter Druck gesetzt werden, einen Teil ihrer Provision an ihre Kunden auszahlten. Andere Interessenten könnten durch die Kenntnis einer Provisionshöhe wie in der Beispielrechnung von ver.di abgeschreckt und vom Vertragsabschluss abgehalten werden – denn zu weit verbreitet ist die Erwartung, dass nur das Produkt Versicherung etwas kostet, während Beratung und Vermittlung mehr oder weniger gratis erfolgen.

In diesem Zusammenhang muss einmal auf die wichtige sozialpolitische Funktion des Vertriebs hingewiesen werden: Da Versicherungen oft nicht aus eigenem Antrieb abgeschlossen, sondern von Vermittlern mit überzeugenden Argumenten verkauft werden, gäbe es ohne Makler noch größere Lücken in der Risiko- und Altersvorsorge der Bürger als ohnehin schon.

Mehr Transparenz durch Abschlusskostenquote

Einmal unterstellt, das Kostenbewusstsein wäre ein anderes und die Bereitschaft zur Honorierung von Finanzberatung höher, so bliebe im Zusammenhang mit der Provisionsangabe in Euro gleichwohl das fundamentale Problem der mangelnden Vergleichbarkeit unterschiedlicher Vergütungsformen. Transparenz und Vergleichbarkeit lassen sich nur generieren, wenn alle kalkulierten Abschlusskosten in einem einheitlichen Verfahren berücksichtigt werden. Genau dies leisten die Kennzahlen der privaten Krankenversicherung, die jährlich in den Unternehmen erhoben werden. Jeder Versicherungsinteressent kann die Abschlusskostenquote, die das Verhältnis der Abschlussaufwendungen zu den verdienten Bruttobeträgen angibt, beim betreffenden Unternehmen erfragen. In der Regel stellen auch die Vermittler diese Zahlen zur Verfügung, um Unternehmensvergleiche zu ermöglichen.

Dabei wird jeder seriöse Makler seine Kunden allerdings auch darauf hinweisen, dass die isolierte Betrachtung einer einzelnen Quote in der Regel noch keine ausreichende Information darstellt, weil jede Quote mit Blick auf andere Kennziffern sowie auf Unternehmensspezifika zu interpretieren ist. Junge Unternehmen, deren Abschlussaufwendungen noch relativ geringe Beitragseinnahmen gegenüberstehen, haben notwendigerweise eine höhere Abschlusskostenquote als andere. Diese allein kann also kein Kriterium bei der Entscheidung für oder gegen ein Unternehmen sein.

Beitragsentwicklung im Rückblick

Der Entwurf der Informationspflichtenverordnung sieht außerdem eine fiktive, individuelle Berechnung der Beitragsentwicklung für die zurückliegenden zehn Jahre vor. Das klingt aus Verbrauchersicht zunächst ungemein aufschlussreich. In der

Praxis würden die Nachteile aber den vermeintlichen Vorteil bei weitem überwiegen. Der Aufwand wäre schlicht unverhältnismäßig, weil nach Verordnungsentwurf jedes Unternehmen aufgrund unterschiedlicher Tarife, Tarifstufen und Altersgruppen zahllose, unter Umständen bis in die tausende reichende Berechnungen vorhalten müsste, obwohl der Blick in die Vergangenheit – ähnlich wie bei der Betrachtung von Rentenfonds oder Kapitallebensversicherungen – noch keine sichere Prognose für die weitere Entwicklung ermöglicht. Für den Versicherungsinteressenten, der von einem Vergleich Orientierung und Übersicht erwartet, wäre dieses Verfahren wegen der verfügbaren Datenmengen eher kompliziert und obendrein noch teuer, da er es mit seinen Beiträgen finanzieren müsste.

Eine unbürokratische, kostengünstige und somit verbraucherfreundliche Lösung des Problems ist dennoch möglich. So könnte, wie von der PKV vorgeschlagen, die durchschnittliche Entwicklung der Bestandsbeiträge des Unternehmens der vergangenen zehn Jahre ausgewiesen werden. Da dieser Wert aus den Angaben gegenüber der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach einem brancheneinheitlichen Verfahren ermittelt werden kann, wäre echte Vergleichbarkeit gegeben. Alternativ könnte gegebenenfalls auch die Beitragsentwicklung von Muster-versicherten dargestellt werden.

Die neuen PKV-Regelungen des VVG

Erfreulich für den Verbraucher sind die Klarstellungen im PKV-Bereich der VVG-Reform. Im § 192 VVG werden erstmals die folgenden Serviceleistungen als zusätzliche Dienstleistungen des Versicherers für PKV-Versicherte explizit genannt:

- Beratung über Leistungen
- Beratung über Berechtigung von Entgeltansprüchen
- Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche
- Unterstützung bei Durchsetzung von

Ansprüchen wegen fehlerhafter Leistungserbringung

- Unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit den Erbringern

Einführung des Sachleistungsprinzips?

Insbesondere die direkte Abrechnung hat während der parlamentarischen Beratungen die Sorge hervorgerufen, hier bahne sich eine Einführung des Sachleistungsprinzips und darüber eine drohende GKVisierung der PKV an. Diese Sorge war und ist unbegründet. Erstens war die direkte Abrechnung als Vereinbarung zwischen Versicherung und Versicherungsnehmer bereits vor der Reform möglich. Sie wurde nur bis dahin nicht ausdrücklich genannt. Zweitens gibt es auch weiterhin nur die vertragliche Beziehung zwischen PKV und Versicherten einerseits sowie die zwischen Versicherten und Leistungserbringern andererseits, jedoch keine zwischen PKV und Ärzten unmittelbar.

Die zusätzliche Dienstleistung ändert nichts an der prinzipiellen Haftung des Patienten gegenüber dem Arzt für die Bezahlung des Honorars. Der Versicherte erhält weiterhin eine Rechnung, kann diese aber an den Versicherer weiterleiten. Ähnliches passiert heute schon über die KlinikCard im Krankenhaus. Eine Veränderung des Arzt-Versicherten-Verhältnisses zugunsten unmittelbarer Vertragsbeziehungen zwischen Arzt und Versicherer droht mithin nicht durch das VVG, sondern vielmehr durch die im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) eingeführte gesamtschuldnerische Haftung.

Im Interesse des Verbrauchers ist auch die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche. Diese Dienstleistung haben zahlreiche Eingaben beim Ombudsmann der PKV gefordert, in denen Privatversicherte mehr Unterstützung bei zu hohen Rechnungen wünschen. Das Gleiche gilt auch

für die nun ausdrücklich genannte Unterstützung der Versicherten bei fehlerhafter Erbringung der Leistungen.

Übermaßverbot bedeutet kein Wirtschaftlichkeitsgebot

Aus Sicht von Versicherungsnehmern wie Versicherungsunternehmen gleichermaßen begrüßenswert ist auch das Übermaßverbot (§192 Abs. 2). Hintergrund dieser Regelung war die infolge des Alpha-Kliniken-Urteils des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 12. März 2003 (VersR 2003, 581) unsicher gewordene Rechtslage. Der BGH hatte damals entschieden, dass eine Privatklinik für ihre Leistung das Neunfache der vergleichbaren Fallpauschale verlangen könne. Die Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages in seiner Sitzung vom 20. Juni 2007 sieht nun erstmals vor, die PKV bei einem auffälligen Missverhältnis zwischen

Aufwendungen und Leistungen explizit von der Leistungspflicht zu befreien.

Im Bericht des Rechtsausschusses wird der Wille des Gesetzgebers mit den Worten erläutert, dass mit dieser Regelung die allgemein anerkannte Rechtslage vor dem genannten BGH-Urteil wiederhergestellt werden soll. Damit ist dem Anliegen des PKV-Verbandes, seine Mitgliedsunternehmen und die Versicherten vor vergleichbaren Forderungen zu schützen, weitgehend entsprochen.

Vertreter der Ärzteschaft haben gelegentlich die Befürchtung geäußert, an dieser Stelle drohe die Einführung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in das Versicherungsverhältnis und damit eine GKV-ähnliche Kostendämpfungspolitik oder gar die Rationierung von Leistungen. Diese Sorge ist unbegründet, da die PKV wäh-

rend der VVG-Kommissionsberatungen ein Wirtschaftlichkeitsgebot stets abgelehnt und stattdessen das Angemessenheitsgebot favorisiert hat. Und zwischen Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit besteht durchaus ein substantieller Unterschied. So stand während der VVG-Reform zu keinem Zeitpunkt in Frage, dass die PKV budgetfreie Zone bleibt und die Leistungserbringer mit Privatversicherten einen Mehrumsatz von mehreren Milliarden Euro jährlich erwirtschaften. Geld, ohne das beispielsweise viele Arztpraxen keine Investitionen in neue Geräte vornehmen könnten, die letztlich allen Versicherten zugute kommen, egal ob privat oder gesetzlich versichert. Das Übermaßverbot hat nie bezweckt, eine Mehrzahlungspraxis zu beenden. Es soll vielmehr die Privatversicherten vor überhöhten Forderungen schützen.

Die Angleichung der Systeme, vor der während des parlamentarischen Verfahrens zuweilen gewarnt wurde, ist von der VVG-Reform nicht zu befürchten. Sie droht vielmehr durch das GKV-WSG. Wer eine Konvergenz von PKV und GKV nicht will, sollte daher den Basistarif kritisieren und alles dafür tun, dass dieser nicht zum Kerngeschäft der PKV wird. Hier stehen insbesondere die Leistungserbringer in der Verantwortung: Raten sie nämlich GKV-Versicherten zum Wechsel in den subventionierten Basistarif, um damit kurzfristig Honorarvorteile zu erzielen, tragen sie mittelfristig zur Erosion der PKV bei. Denn der Basistarif ist defizitär und subventionsbedürftig. Je mehr Personen sich in diesem Tarif versichern, desto nachteiliger wäre dies für den Gesundheitsstandort Deutschland und seine nachhaltige Finanzierung.

tg



Den für Sie relevanten Bereich meiner Provisionen habe ich mit einem Pfeil gekennzeichnet...

Wahltarife in der GKV: „Kollision mit Grundrechten“

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) räumt den Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten ein, Wahltarife anzubieten. Nach Meinung des Staatsrechtlers Prof. Dr. Josef Isensee kollidiert diese Neuregelung mit den Grundrechten der Privatversicherer. Außerdem stellt sie die rechtliche Legitimation der sozialen Pflichtversicherung in Frage.

Die Neuregelungen des § 53 SGB V räumen den Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten ein, Wahltarife anzubieten. Welche Konsequenz hat das für das Verhältnis zwischen PKV und GKV?

Das Gesetz öffnet die Sozialversicherung in bestimmten Bahnen für Elemente der Privatversicherung, nämlich der Freiwilligkeit des Zugangs zum Versicherungsschutz, der Vertragsfreiheit mit Disposition über Leistung und Gegenleistung, der Leistungsäquivalenz des Beitrags und seiner Bemessung nach individuellem Risiko. Der Unterschied der komplementären Versicherungstypen schwimmt. Diese Regelung ist denn auch darauf angelegt, den Kassen den Zugang zum Markt der privaten Krankenversicherung zu erschließen und ihre Position gegenüber den privaten Konkurrenten zu verbessern. Damit rührt die Regelung an rechtlich geschützte Positionen der Privatversicherer gegenüber der Konkurrenz durch die öffentliche Hand. Zugleich wird die rechtliche Legitimation der sozialen Pflichtversicherung und der Verwaltungsmonopole der Kassen in Frage gestellt.

Wie weit reicht die Ermächtigung, Wahlleistungen und Kostenerstattungstarife einzuführen? Dürfen die Krankenkassen nun auch ihren Leistungskatalog ausweiten?

Die Ermächtigung in § 53 Abs. 4 SGB V beschränkt sich auf die Entscheidung, ob überhaupt Wahltarife eingeführt werden sollen und in welcher Höhe die Kosten zu erstatten sind. Doch sie umschließt nicht die Befugnis, den Leistungskatalog zu er-

gänzen und auszuweiten. So können unter bestimmten Voraussetzungen die Sach- und Dienstleistungen durch Kostenerstattung, also durch Geldleistungen, ersetzt werden. Damit verändern sie sich aber nicht in Inhalt und Umfang. Die Ermächtigung, Wahltarife einzuführen, bringt insofern keine Änderung. Sie entbindet lediglich die Versicherer und Leistungserbringer von bestimmten Informations-, Beratungs- und Bestätigungspflichten, die sich angesichts der satzungsmäßigen Wahltarife als entbehrlich erweisen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Teile der Aufsicht vertreten die Auffassung, dass auch das Angebot von Komfortunterbringung oder Chefarztтарifen in der GKV möglich ist. Die AOK Rheinland hat sich bereits einen Ein- und Zweibettтарif genehmigen lassen. Handelt es sich dabei nicht um Leistungsausweitungen?

Art und Umfang der Kassenleistungen werden durch die medizinische Notwendigkeit bestimmt. Sie müssen ausreichend, notwendig und wirtschaftlich sein. Leistungen, die medizinisch nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Nach heutiger Rechtsauffassung und Praxis ist die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer medizinisch gesehen in der Regel nicht notwendig und aus Sicht der Kasse nicht wirtschaftlich. Vielmehr handelt es sich um einen Zusatzkomfort, den der Kassenpatient, der darauf Wert

legt, nicht auf die Solidargemeinschaft abwälzen kann, sondern aus eigener Tasche finanzieren muss – gegebenenfalls durch eine private Zusatzversicherung.

Die ärztliche Behandlung, welche die Kasse ihren Mitgliedern schuldet, beschränkt sich auf die Tätigkeit, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Die gesetzliche Notwendigkeit, dass ein Krankenhaus regelmäßig einen Chefarzt einsetzt, besteht nicht. Der Kassenpatient hat keinen Anspruch darauf, dass ihn ein Arzt seines Wunsches behandelt, auch nicht der Chefarzt.

Wie ist vor diesem Hintergrund die Position von BMG und Bundesversicherungsamt zu bewerten?

Die Begründung, ärztliche Behandlung und Unterbringung seien Bestandteile der Krankenhausbehandlung, ist unschlüssig. Denn es geht nicht um Behandlung und Unterbringung als solche, sondern jeweils um einen besonderen, mit zusätzlichen Kosten verbundenen Modus der Behandlung und Unterbringung. Dieser Modus aber liegt außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs der Kassen. Die eigenwillige Interpretation des Bundesversicherungsamtes, die auch das BMG vertritt, kann nicht als bloße Konkretisierung des Gesetzes gedeutet werden. Vielmehr geht sie auf eine Änderung der Leistungspraxis der Kassen und ihre Angleichung an die Privatversicherer aus. Denn die Chefarztbehandlung und die Unterbringung im

Zwei- oder Einbettzimmer gehören zu den Vorteilen der Privatversicherten, die dafür auch das entsprechende Entgelt in Form von Beiträgen entrichten. Sie sind Gegenstand einer privaten Zusatzversicherung für Millionen von Sozialversicherten. Es handelt sich auch nicht um eine Bagatelle, sondern um eine für die Versicherten bedeutsame und in der öffentlichen Wahrnehmung wesentliche Differenz zwischen den konträren Konzepten der Sozial- und der Privatversicherung. Die Sozialversicherung dringt ein in das Kerngeschäft der Privatversicherung.

Welche Probleme ergeben sich, wenn gesetzliche Krankenkassen dennoch entsprechende Tarife anbieten?

Grundsätzlich erhebt sich gegen das Angebot von Wahlтарifen das Bedenken, dass es die Solidargemeinschaft als die Legitimationsbasis der Sozialversicherung in zwei Klassen spaltet, die regulär Versicherten und die Quasi-Privatversicherten, und so gegen das im allgemeinen Gleichheitssatz verkörperte Gebot der Systemgerechtigkeit verstößt. Dieses verbietet dem Gesetzgeber, von den Prinzipien, nach denen er angetreten ist, willkürlich abzuweichen. Hier aber durchbricht der Gesetzgeber das System der Sozialversicherung, und das nicht aus sozialstaatlicher Motivation, etwa zur Abhilfe für besondere Notlagen oder zur Herstellung von sozialer Sicherheit, sondern zu dem sozial-indifferenten Zweck, den Kassen organisatorische Beweglichkeit zu verschaffen und ihre Effizienz zu steigern, sowie dem sozialversicherungsfremden Zweck, den Kassen den Markt der privaten Krankenversicherung zu eröffnen.

Treten die gesetzlichen Krankenkassen nicht mit einem erheblichen Wettbewerbsvorteil in diesen Markt ein?

Ein privates Unternehmen ist unausweichlich auf den Wettbewerb verwiesen,

indes der Staat nur freiwillig an ihm teilnimmt, weil ihm die Mittel hoheitlichen Handelns zur Verfügung stehen. Er kann jederzeit auf sie zurückgreifen und sich so den Risiken des Marktes entziehen. Das gilt auch für die Träger der Sozialversicherung, die hoheitlich organisiert, auf Pflichtmitgliedschaft aufgebaut, mit Abgabenhöhe ausgestaltet sind und im Bedarfsfall mit Staatszuschüssen rechnen können. Sie nutzen die Vorteile des Marktes, ohne seine Risiken in ganzer Konsequenz auf sich



Prof. Dr. Josef Isensee war von 1975 bis 2002 Professor am Institut für Öffentliches Recht an der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bonn. Zusammen mit seinem Heidelberger Kollegen Paul Kirchhof hat er das „Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland“ herausgegeben.

zu nehmen. Wenn die Kassen den Wettbewerb zu den Privatversicherern aufnehmen, stellen sie die grundrechtliche Gleichheit infrage. Die Konkurrenz durch Wahlтарife und durch Zusatzversicherung bildet eine Intervention in den Markt und bedarf der Rechtfertigung vor dem Gleichheitssatz.

Zudem sind die strukturellen Voraussetzungen der Finanzierung für die Kassen günstiger als für ihre privaten Konkurren-

ten, da sie dem Umlageverfahren folgen und ihre Wahlleistungen anbieten können, ohne Rücklagen bilden zu müssen. Damit haben sie die günstigeren Startbedingungen. Einen dauerhaften finanziellen Vorsprung verschafft ihnen die Steuerfreiheit, die sie im Unterschied zu ihren privaten Konkurrenten genießen. Die Ausnutzung dieser Vorzüge lässt sich nicht durch Gründe des Gemeinwohls rechtfertigen. Die Benachteiligung der Privatversicherer bildet eine grundrechtswidrige Diskriminierung. Die Störung der Marktchancen beeinträchtigt die unternehmerischen Freiheitsrechte.

Kann der Gesetzgeber diesen Eingriff in den Wettbewerb mit dem Ziel rechtfertigen, die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten seiner Versicherten zu erweitern?

Das Gesetzesziel, die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu erweitern, ist implausibel, weil nicht dargelegt wird, dass der Markt als solcher die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten, zumal hinsichtlich einer Zusatzversicherung, nicht bietet, wie es der Fall wäre, wenn lediglich ein einziger Anbieter bereitstünde. Der Umstand, dass sich mit dem Eintritt des Staates in den Markt die bloße Zahl der Anbieter erhöht, reicht nicht aus, um eine Intervention in den Markt zu rechtfertigen. Die öffentliche Hand darf nur in das Marktgeschehen intervenieren, wenn die privaten, grundrechtlich geschützten Marktteilnehmer den Erfordernissen des Gemeinwohls nicht genügen. Expansions- und Optimierungsbedürfnisse der staatlichen Organisationen, die hinter den Maßnahmen des § 53 Abs. 4 SGB V stehen, genügen nicht.

Ein ausführlicher Aufsatz von Prof. Dr. Josef Isensee zur Zulässigkeit von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint in der aktuellen Ausgabe der „Neue Zeitschrift für Sozialrecht“.

www.derprivatpatient.de: Arzneimittelpreise online vergleichen

Das Gesundheitsportal des PKV-Verbandes beinhaltet jetzt auch eine Arzneimitteldatenbank. Diese bietet neben umfangreichen Informationen über Medikamente auch die Möglichkeit, die Preise wirkstoffidentischer Präparate zu vergleichen.

Die neue Arzneimitteldatenbank des Gesundheitsportals www.derprivatpatient.de enthält Informationen zu circa 65.000 verschreibungspflichtigen und circa 45.000 nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten. Die Daten werden von der ifap GmbH/München bereitgestellt und alle zwei Wochen aktualisiert.

Die Arzneimitteldatenbank kann sowohl als Nachschlagewerk als auch zum Produkt- beziehungsweise Preisvergleich genutzt werden. Zu den einzelnen Präparaten sind zum Beispiel Informationen zu Zusammensetzung, Neben- und Wechselwirkungen, zu Gegenanzeigen, Packungsgröße, Darreichungsform und Preis hinterlegt. Recherchiert werden kann nach Medikamentenname, Wirkstoff und Hersteller, sowie nach Indikation, Erkrankung und Anwendungsgebiet.

Hervorzuheben ist die Möglichkeit, einen Preisvergleich unter wirkstoffidentischen

Medikamenten durchzuführen. Zu einem ausgewählten Medikament kann man sich entsprechende Vergleichspräparate anzeigen lassen. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten entsprechen die angegebenen Preise denen, die eine privat krankenversicherte Person in der Apotheke zu zahlen hat. Für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel unterliegt die Preisgestaltung prinzipiell dem Wettbewerb, so dass hier nur die Preisempfehlung des Herstellers angegeben werden kann.

Erhebliche Preisunterschiede auffindbar

Der Lipidsenker Simvastatin – angewendet zum Beispiel bei erhöhten Cholesterinwerten – wurde in der Darreichungsform von 30 Filmtabletten pro Packung und der Konzentration von 10 mg pro Filmtablette zuletzt in einer Preisspanne von 10,36 bis 18,25 Euro von verschiedenen Herstellern angeboten.

Der Kalziumkanalblocker Amlodipin – angewendet zum Beispiel bei Bluthochdruck – wurde in der Darreichungsform von 20 Tabletten pro Packung und der Konzentration von 5 mg

pro Tablette in einer Preisspanne von 10,00 bis 19,30 Euro von verschiedenen Herstellern angeboten.

Weitere Anwendungen bietet die Datenbank bei einer notwendigen Medikation:

- Man kann gemeinsam mit dem verordnenden Arzt ein preisgünstiges generisches Präparat auswählen.
- Der Arzt kann ein konkretes Medikament (Original oder Generikum) verordnen und mit der Angabe „aut idem“ versehen. Nun kann man nach einem wirkstoffidentischen Mittel suchen.
- Der Arzt verordnet einen bestimmten Wirkstoff. Der Patient kann sich nun einen Preisüberblick über verschiedene Mittel gleichen Wirkstoffs verschaffen.

Der Preisvergleich kann für den Privatpatienten nicht nur im Rahmen eines Selbsthalts oder zur Schonung eines Anspruchs auf Beitragsrückgewähr interessant sein. Selbstverständlich lohnt sich der Preisvergleich auch bei privat beschafften rezeptfreien Arzneimitteln. Immer mehr Privatpatienten sind darüber hinaus daran interessiert, einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit zu leisten. Patienten, die Generika statt Originalpräparate nutzen, reduzieren zudem die von ihnen in der Apotheke zu tätigenden Vorauszahlungen. *tk*



Das Portal www.derprivatpatient.de ist seit drei Jahren online. Es informiert umfassend über Leistungsangebote im Gesundheitswesen und wird kontinuierlich ausgebaut. Die Nutzungsfrequenz liegt mittlerweile bei etwa 175.000 Seitenaufrufen monatlich.

PKV kommt Nichtversicherten mit Kulanzregelung entgegen

Seit dem 1. Juli 2007 nehmen die privaten Krankenversicherungsunternehmen ehemalige PKV-Versicherte, die zurzeit ohne Versicherungsschutz sind, im modifizierten Standardtarif auf. Damit setzt die Branche die gesetzlichen Neuregelungen um. Für alle, die sich bis zum 31. Dezember 2007 im modifizierten Standardtarif versichern, leisten die Unternehmen über die Bestimmungen der Gesundheitsreform hinaus nach den PKV-üblichen Wartezeiten auch für laufende Behandlungen.

Nichtversicherte, die der PKV zuzuordnen sind, haben seit dem 1. Juli 2007 das Recht, sich im modifizierten Standardtarif der PKV zu versichern. Gesetzliche Grundlage ist das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), das für die PKV-Unternehmen

- Annahmewang,
- den Verzicht auf Risikozuschläge und
- eine Begrenzung des Beitrags auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV vorsieht.

Dabei hat sich nach den ersten Wochen gezeigt, dass sich fast ausschließlich Personen, die sich bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung befinden, im Standardtarif versichern wollen. Sie verursachen oft außerordentlich hohe Behandlungskosten, die bisher in den meisten Fällen von den Sozialämtern bezahlt werden. Gesunde Nichtversicherte interessieren sich dagegen kaum für den Tarif. Offenbar wollen sie mit ihrem Vertragsabschluss warten, bis es zu einem konkreten Behandlungsfall kommt. So wächst im modifizierten Standardtarif ein Versichertenkollektiv heran, das fast ausschließlich aus sogenannten schlechten Risiken besteht. Diese Entwicklung ist mit dem Versicherungsprinzip unvereinbar.

Um dem entgegenzuwirken und auch im modifizierten Standardtarif ein gemischtes Versichertenkollektiv aufzubauen, bietet die Branche nun allen anspruchsberechtigten Nichtversicherten einen Anreiz dafür, schnellstmöglich in die PKV zurückzukehren: Wer sich bis zum 31. De-

zember 2007 im modifizierten Standardtarif versichert, erhält unter Berücksichtigung der PKV-üblichen Wartezeiten von drei beziehungsweise acht Monaten auch laufende Behandlungen erstattet. Die Vereinbarung von Wartezeiten ist notwendig, um zu vermeiden, dass sich Personen nur bei Bedarf versichern.



Durch rechtzeitige Versicherung im modifizierten Standardtarif bis zum 31. Dezember 2007 erwerben die Nichtversicherten einen Anspruch auf Kostenübernahme auch für laufende Behandlungen.

Ausserdem ist die Branche bereit, diesen Nichtversicherten erleichterte Bedingungen auch in der privaten Pflegepflichtversicherung einzuräumen, für die der Gesetzgeber hier keinerlei Regelungen getroffen hat. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung verzichten auch

in der Pflegeversicherung auf Risikozuschläge und begrenzen den Beitrag des Versicherten auf den Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung. Diese Selbstverpflichtung gilt gleichfalls nur gegenüber denjenigen, die sich bis zum 31. Dezember 2007 versichern. Danach gelten die gesetzlichen Bestimmungen, das heißt es müssen risikogerechte Beiträge erhoben werden. Unabhängig vom Versicherungsbeginn leisten die PKV-Unternehmen nach der – auch für die soziale Pflegeversicherung geltenden – gesetzlich vorgeschriebenen Wartezeit von fünf Jahren .

Mit der Befristung der Kulanzregelung wird ein Anreiz geschaffen, dem Willen des Gesetzgebers zu entsprechen, der ebenfalls einen Ausgleich von unterschiedlichen Risiken innerhalb eines Kollektivs erreichen wollte. Dazu heißt es in dem von der Regierungskoalition im Gesundheitsausschuss beschlossenen Änderungsantrag Nummer 43 wörtlich: „Außerdem soll verhindert werden, dass sich jemand erst dann versichert, wenn er bereits erkrankt ist, und damit die Versicherten-gemeinschaft übermäßig belastet.“

Da mit dem Entgegenkommen der privaten Krankenversicherung den Nichtversicherten ein Anreiz dafür gegeben werden soll, ihren Versicherungsvertrag schnellstmöglich abzuschließen, können die kulanzen Regelungen nicht unbegrenzt angeboten werden. Allen Nichtversicherten muss daher bewusst sein, dass die von der Branche eingeräumten erleichterten Bedingungen nur bis zum 31. Dezember 2007 gelten können. jw

Die Bedeutung ausgabenintensiver Fälle im Gesundheitswesen

In seiner neuesten Studie befasst sich das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) mit der Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die Versicherten. Anhand empirischer Daten hat das WIP die These überprüft, derzufolge eine vergleichbar kleine Gruppe von Versicherten den Großteil der Ressourcen im Gesundheitswesen in Anspruch nimmt. Dabei zeigt sich, dass die Gesundheitsausgaben gerade im Alter gleichmäßiger verteilt sind, als vielfach behauptet wird.

Für die Gesundheitspolitik ist die Frage der Verteilung der Gesundheitsausgaben von großer Bedeutung. Dies gilt umso mehr, wenn sich – wie bei uns in Deutschland – der Altersaufbau der Bevölkerung durch eine niedrige Geburtenrate und/oder durch eine steigende Lebenserwartung verändert.

Nun wird in der Gesundheitspolitik wiederholt die These vertreten, dass 20 Prozent der Versicherten etwa 80 Prozent der Ausgaben verursachen. Diese These ist aber empirisch keineswegs zufriedenstellend belegt. Insbesondere ist bisher unzureichend untersucht, inwieweit eine solche Verteilung in der für die Ausgaben be-

sonders relevanten Altersgruppe der über 50-Jährigen anzutreffen ist. Soweit überhaupt Untersuchungen für Deutschland vorliegen, basieren sie auf nicht vollständigen Daten. So wurden zum Beispiel die Arzthonorare nicht individuell berücksichtigt, da die hierfür benötigten Daten nicht personenbezogen bei den gesetzlichen Krankenkassen vorliegen.

Die neue Untersuchung schließt diese Lücke, da dem WIP personenbezogene Daten für fast alle Leistungsbereiche des Gesundheitswesens vorliegen, einschließlich der ambulanten Versorgung. Verwendet wurden anonymisierte Daten von 625.000 beihilfeberechtigten PKV-Versicherten.

Da insbesondere jene Altersgruppen interessieren, in denen überdurchschnittlich hohe Ausgaben auftreten, wurden die individuellen Kosten von Versicherten ab dem fünfzigsten Lebensjahr untersucht.

Empirische Ergebnisse zur Verteilung

Die Abbildungen zeigen die altersabhängigen Relationen, die besagen, wie viel Prozent der Gesundheitsausgaben jeweils auf die teuersten 20 Prozent der Versicherten ab dem fünfzigsten Lebensjahr entfallen. Der hypothetische Fall, in dem alle Versicherten gleich hohe Ausgaben verursachen, ist in der Abbildung als untere Grenze eingezeichnet. In diesem Fall würden 20 Prozent der Versicherten auch 20 Prozent der Ausgaben benötigen. Die oft unterstellten 80 Prozent sind mit der oberen, gepunkteten Linie dargestellt.

Abbildung 1 zeigt die Gesundheitsausgabenanteile, die den 20 Prozent ausgabenintensivsten männlichen Versicherten separat für die einzelnen Altersklassen im Jahr 2004 zugerechnet werden können. Es zeigt sich, dass dies bei den 50- bis 59-jährigen Männern 63,6 Prozent der Ausgaben waren. Mit zunehmendem Alter sinkt der Wert bis auf 54,7 Prozent bei den über 90-jährigen Versicherten. Je älter die Versicherten sind, desto gleichmäßiger sind die Ausgaben also auf sie verteilt.

Abbildung 2 auf der gegenüberliegenden Seite stellt den gleichen Zusammenhang für Frauen dar. Die Anteile, die den 20 Prozent mit den höchsten Ausgaben zuzuschreiben sind, liegen leicht unter denen der Männer und der Rückgang ist mit dem

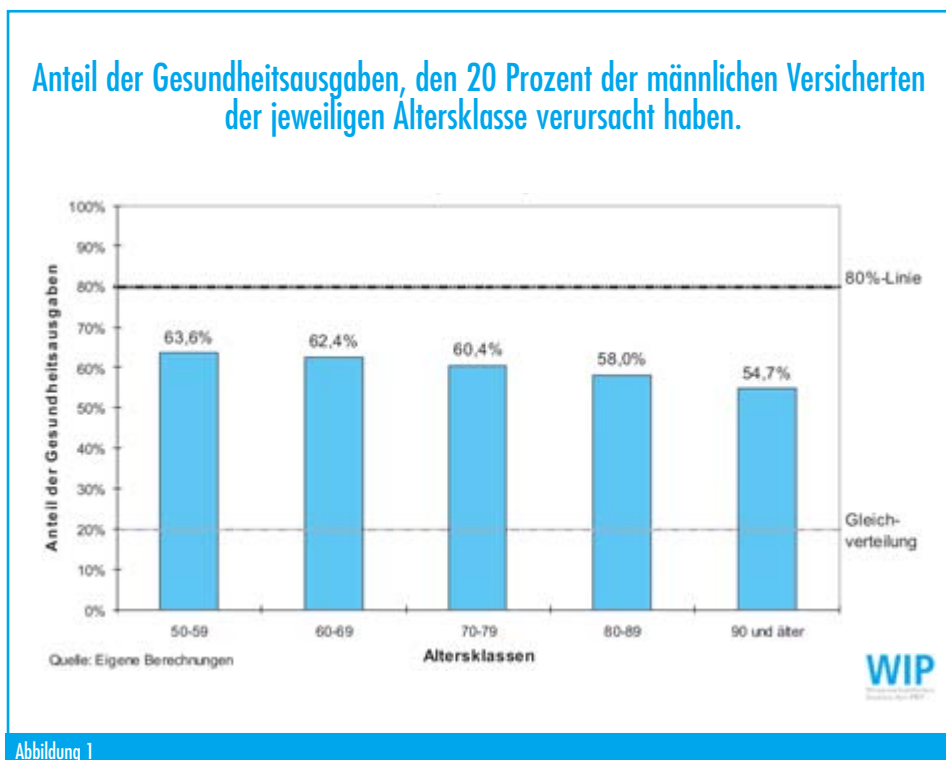


Abbildung 1

Anteil der Gesundheitsausgaben, den 20 Prozent der weiblichen Versicherten der jeweiligen Altersklasse verursacht haben.

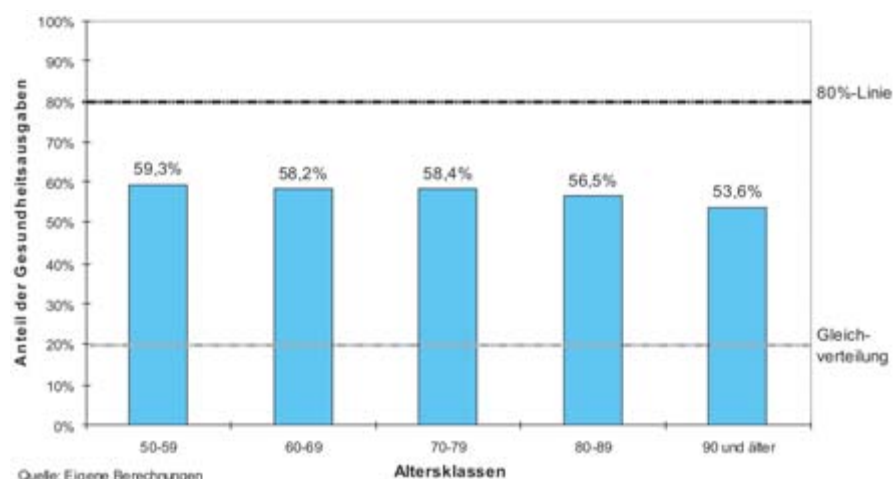


Abbildung 2

Alter etwas moderater. Die Gesundheitsausgaben der Frauen sind damit etwas gleichmäßiger verteilt als bei den Männern.

Bei den über 50-Jährigen, die die hohen Ausgaben im Gesundheitswesen verursachen, lässt sich die These, wonach auf 20 Prozent der Personen 80 Prozent der Gesundheitsausgaben entfallen, nicht bestätigen. Anders formuliert: Die Verteilung der Gesundheitsausgaben ist gerade im Alter wesentlich gleichmäßiger als bisher oft angenommen. Diese Entwicklung hat sich, wie ebenfalls nachgewiesen werden konnte, in den vergangenen zehn Jahren sogar noch verstärkt. Zum Beispiel wurde der Anteil derjenigen Personen analysiert, auf den sich die Hälfte der Leistungen je Altersklasse verteilt. Hier zeigt sich, dass sich dieser Anteil vor allem in den höheren Altersklassen im Beobachtungszeitraum kontinuierlich erhöht hat. Die Gesundheitsleistungen verteilen sich gerade in höheren Lebensaltern im Zeitablauf immer weniger ungleichmäßig auf die Versicherten.

Ausgabenintensive Fälle im Lebenszeitablauf

Ein weiterer Schwerpunkt der Analyse des WIP ist die Betrachtung des weiteren Lebensverlaufs von Personen nach einem Jahr mit hohen Gesundheitsausgaben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ausgaben der ehemals ausgabenintensiven Patienten in den Folgejahren im Durchschnitt deutlich niedriger sind. So gehören sie in den Folgejahren in der Regel nicht erneut zu den teuersten Fällen, wobei sie im Durchschnitt jedoch ein erhöhtes Risiko aufweisen, überdurchschnittliche Ausgaben zu verursachen. Die Studie belegt damit auch, dass diejenigen, die besonders hohe Gesundheitskosten verursachen, nicht jedes Jahr dieselben, sondern wechselnde Personen sind.

Fazit

Ziel der WIP-Studie ist es, die gesundheitspolitische Diskussion mit fundierten Daten aus einer für Deutschland erhobenen Versichertengruppe zu bereichern. Würden die Ausgaben des Gesundheitswesens durch teure Einzelfälle dominiert, dann

ginge es vor allem um deren optimale Behandlung und weniger um eine optimierte Breitenversorgung. In der Tat wäre es bei einer empirischen Evidenz der These, wonach in jedem Alter 20 Prozent der Versicherten etwa 80 Prozent der Ausgaben ihrer Altersklasse verursachen, zumindest plausibel, die Gesundheitspolitik in besonderem Maß danach auszurichten.

Die Ergebnisse der Studie zeigen aber, dass in der untersuchten relevanten Gruppe der über 50-Jährigen die 20/80-Prozent-These nicht bestätigt werden konnte. Die Gesundheitsausgaben verteilen sich gleichmäßiger als bisher angenommen, wobei die Ungleichverteilung mit zunehmendem Lebensalter abnimmt beziehungsweise die Gleichverteilung zunimmt. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist viel stärker als bisher bekannt ein allgemein altersabhängiges Phänomen und keine Konzentration auf wenige Härtefälle.

Zusammen mit den Ergebnissen der vom WIP veröffentlichten Studie „Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben“ kristallisiert sich eine Tendenz heraus: Mit zunehmender Lebenserwartung geht ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben einher. Viel stärker als durch einzelne teure Fälle werden die Gesundheitsausgaben davon bestimmt, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im hohen Lebensalter zum allgemeinen Phänomen wird. Dieser Effekt gewinnt noch an Bedeutung, wenn diese Personengruppen wie in Deutschland demografisch bedingt immer größer werden. Denn im Alter wird nahezu jeder zum Patienten des Gesundheitswesens. *fn*

Die vollständige Studie ist im Internet unter www.wip-pkv.de/projekte verfügbar.

Steuerfinanzierung der GKV

Mit der Gesundheitsreform wurde ein Einstieg in die verstärkte Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verabschiedet. Der Bundeszuschuss zur GKV soll von 2,5 Mrd. Euro in 2007 und 2008 schrittweise um 1,5 Mrd. Euro jährlich bis auf 14 Mrd. Euro steigen. Bis einschließlich 2009 soll dies über Ausgabensenkungen im Bundeshaushalt und ab 2010 über Steuererhöhungen finanziert werden. Die Steuerfinanzierung droht damit zum Auslöser für beträchtliche Höherbelastungen der Steuerzahler zu werden.

Eine ergänzende Steuerfinanzierung der Sozialversicherungen ist nur dann geboten, wenn die Steuermittel zur Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen verwendet werden. An deren Umfang sollte also der Bundeszuschuss bemessen werden. In der GKV zählen dazu hauptsächlich Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die insgesamt bei etwa drei Mrd. Euro liegen. Der geplante Zuschuss würde dieses Volumen weit übersteigen. Das liegt daran, dass der Gesetzgeber auch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder zu den versicherungsfremden Leistungen zählt. Diese Begründung ist jedoch bei näherer Überprüfung nicht aufrechtzuerhalten.

Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in der GKV ist keine versicherungsfremde Leistung, die aus allgemeinen Haushalts- und Steuermitteln zu finanzieren wäre. Die Versicherten mit Kindern gewährleisten die dauerhafte Funktionsfähigkeit der Umlagefinanzierung der GKV. Sie sorgen dafür, dass jeweils eine neue Beitragszahlergeneration die erhöhten Gesundheitsleistungen für die Alten maßgeblich finanziert. Die Versicherten mit Kindern erbringen also durch Aufziehen, Betreuung und Erziehung der Kinder beitragsähnliche Zusatzleistungen für die GKV, die durch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in

grob pauschalierter Weise ausgeglichen werden. Dieser Ausgleich zwischen Versicherten mit und ohne Kinder erfolgt zu Recht innerhalb des Systems der GKV, weil diese nach dem Umlageverfahren finanziert wird und daher auf das Nachwachsen von Kindern angewiesen ist.

In der PKV hingegen wird das Kapitaldeckungsverfahren angewendet, bei dem jeder Versicherte Beiträge entrichtet, aus denen Rückstellungen für das Alter gebildet werden. Jeder privat Versicherte betreibt also finanzielle Eigenvorsorge in ausreichendem Maße. Auch für ihre Kinder zahlen die privat Versicherten Beiträge. Daher ist es nicht sachgerecht, die privat Versicherten über Steuerzahlungen in den Ausgleich der GKV zwischen Versicherten mit und ohne Kinder einzubeziehen und dafür zusätzlich zu belasten.

Darüber hinaus ist zu bemängeln, dass durch die Steuerfinanzierung das Finanzierungsgeflecht der GKV noch intransparenter würde. Die tatsächlichen Gesamtkosten des Systems würden verschleiert und unterschätzt, was den politischen Druck verringert, vorhandene Einspar- und Effizienzreserven auf der Ausgabenseite zu nutzen. Vielmehr würde das ineffiziente GKV-System durch zusätzliche Steuermittel alimentiert. Daher sollte der bestehende Leistungskatalog überprüft und gegebenenfalls reduziert werden. Einsparpotenziale könnten genutzt werden, um die Beitragszahler zu entlasten.



Dr. Karl Heinz Däke

Dr. Karl Heinz Däke ist Präsident des Bundes der Steuerzahler und Vorsitzender des Karl-Bräuer-Instituts.

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. Karl Heinz Däke,
Timm Genett, Prof. Dr. Josef Isensee,
Dr. Thorsten Kessler, Dr. Frank Niehaus, Jens Wegner

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe
Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand
und Mehrwertsteuer
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 01.11.2007.